



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

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**ADULTO JOVEN CON DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR
DEFECTO RELACIONADO CON OBSTRUCCIÓN ESOFÁGICA
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
PRESENTA:**

**YOSELIN LUNA NAVA
No. CTA. 307196185**

**DIRECTOR ACADÉMICO:
L.E.O. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

MÉXICO D.F, OCTUBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

A ti quien supiste guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban. Gracias por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

A MIS PADRES: JULIO Y VICENTA

Por su amor y comprensión todos estos años, porque a pesar de mis tropiezos siempre estuvieron allí para levantarme, a quienes les debo todo en la vida, les agradezco el apoyo que me brindaron para culminar mi carrera profesional.

AMI HIJO: YAHELADAIR

Todo esto es por ti y para ti mi hermoso hijo, hoy estoy compartiendo mis logros contigo, pero anhelo el día cuando tu compartas tus logros conmigo, y doy gracias a Dios por darme el privilegio de ser tu madre; gracias por haber iluminado mi vida y hacer mi camino más claro.

A MI ESPOSO: CESAR

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Hoy hemos alcanzado un triunfo más porque los dos somos uno mismo y mis logros son tuyos; por tu bondad y sacrificio gracias.

INDICE

	PAG
Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Metodología.....	6
Justificación.....	8
Capítulo I. Marco Teórico	
1.1 El Proceso Atención de Enfermería.....	9
1.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	15
1.2.1 Valoración.....	15
1.2.2 El Diagnóstico Enfermero.....	18
1.2.3 La Planificación.....	23
1.2.4 La Ejecución.....	26
1.2.5 La Evaluación.....	29
1.3 Teoría de Enfermería.....	30
1.4 Cáncer de estómago.....	40
1.4.1 Epidemiología.....	41
1.4.2 Etiología y factores de riesgo.....	42
1.4.3 Diagnóstico.....	42
1.4.4 Modalidades de tratamiento.....	43
1.5 Intervenciones de Enfermería en personas con cáncer gástrico.....	45
Capítulo II. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	
2.1 Presentación del Caso.....	52
2.2 Valoración por necesidades.....	52
2.3 Diagnósticos de Enfermería jerarquizados.....	57
2.4 Planeación, ejecución y evaluación.....	60
Conclusiones	
Sugerencias	
Glosario	
Bibliografía	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (PAE), es el método mediante el cual se aplica la práctica de enfermería. Es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención; individuo, familia o comunidad.

Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Ofrece ventajas para el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación; a la personal permite participar en su propio cuidado, le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada, continua y de calidad, de acuerdo a la priorización de sus problemas.

El uso del Proceso Atención de Enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada individuo en atención.

La implementación de este PAE se inició mediante un instrumento de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson el cual dio como resultado los diagnósticos de enfermería para posteriormente realizar el plan de cuidados. El PAE se llevó a cabo en una persona con cáncer gástrico donde se desarrollaron

cada una de las fases del proceso de manera minuciosa para mejorar la calidad de vida de la persona.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un proceso atención de enfermería con una persona que padece cáncer gástrico para contar con un instrumento que permita sustentar el examen profesional y así obtener el título de Licenciada en Enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar la valoración de enfermería a un adulto con cáncer gástrico, de acuerdo a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, para la identificación de las necesidades alteradas y no alteradas.
- Identificar los datos objetivos y subjetivos para construir los diagnósticos de Enfermería.
- Planear y ejecutar los cuidados necesarios y acordes a cada diagnóstico construido.
- Evaluar la utilidad de los cuidados en relación al logro de los objetivos.

METODOLOGÍA

Para la realización del proceso de atención de enfermería se eligió a la persona con la cual se va a trabajar, posteriormente se llevo a cabo de la siguiente forma:

Se realizaron los objetivos para establecer lo que se pretende realizar con la persona.

Se inicio con la búsqueda de bibliografía acerca del proceso enfermero, incluyendo cada una de sus etapas, así mismo se continúo con la búsqueda de información acerca del modelo a seguir: para este caso el de Virginia Henderson, se incluyeron temas relacionados con la enfermedad de la persona todo esto con la finalidad de reunir datos que aseguren el conocimiento sobre el tema para poder así brindar cuidados con calidad y calidez.

Una vez obtenido el marco teórico se procedió a la aplicación de cada una de las etapas que contiene el proceso enfermero las cuales se mencionan a continuación:

La valoración: Se llevó a cabo mediante la entrevista con consentimiento informado en la cual se recabaron datos subjetivos y objetivos, también mediante la observación y la exploración física de la persona. Posteriormente estos datos se organizaron y se registraron.

Para la elaboración de los diagnósticos se organizaron los datos obtenidos en la valoración, se diseñaron los diagnósticos de acuerdo a cada una de las necesidades. se revisaron los diagnósticos para jerarquizarlos y establecer prioridades.

En la etapa de planeación, se establecieron objetivos y los cuidados que se llevarían a cabo para atender cada una de las necesidades.

En la ejecución, penúltima etapa del proceso de enfermería, se llevaron a cabo las intervenciones de acuerdo a los objetivos establecidos y en consideración a cada uno de los diagnósticos.

En la evaluación, última etapa del proceso enfermero, se explica si se lograron los objetivos propuestos como resultado de las intervenciones de Enfermería planeadas y realizadas.

Por último se realizó un plan de alta de acuerdo a las necesidades requeridas de la persona.

JUSTIFICACIÓN

La salud del ser vivo es uno de los valores más importantes en nuestro planeta tierra, ya que por ello es necesario la constante preparación sobre conocimientos científicos, metodológicos y técnicos, de la persona que se dedica a proporcionar cuidados para la prevención y continuidad de la vida del ser humano.

El proceso de enfermería se elige teniendo como principal objetivo la titulación, su elaboración estuvo fundamentada en los conocimientos adquiridos durante la Licenciatura en Enfermería, partiendo de la valoración de las 14 necesidades y consecuentemente la planeación y ejecución de los cuidados conforme a los lineamientos teóricos-metodológicos.

La aplicación del proceso en una persona con alteraciones en las necesidades básicas de la vida está determinado en función a los diagnósticos establecidos, en este caso de acuerdo al modelo de Virginia Henderson que considera al ser humano como un ser individual y único con complejidades biológicas, socioculturales y espirituales. La realización de este trabajo tiene la intención de ayudara mantener la integridad de la persona, promover el autocuidado y contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. **El proceso de enfermería** es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería.

Su finalidad es reconocer el estado de salud de la persona y los problemas o las necesidades reales o potenciales dela misma; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso de la enfermería es cíclico; es decir, sus elementos integrales siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos¹.

Componentes del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería se compone de cinco fases: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación. Aunque las teorías de enfermería puedan emplear términos diferentes para describir estas fases, las actuaciones de la enfermera que sigue el proceso son similares. Para evitar mal entendidos, la enfermera debe familiarizarse con otros términos parecidos que se emplean para describir esas fases. Por ejemplo, el *diagnóstico de enfermería puede llamarse análisis, y la ejecución (poner en práctica) se le puede denominar actuación o actuar*, a continuación se mencionan cada una de las etapas del proceso enfermero.²

¹ Kozier, B. Fundamentos de enfermería. P 314

² *Ibidem.*;

Valoración. Consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de una persona. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se tomen en fases posteriores. En esta etapa no se sacan conclusiones a partir de los datos³.

Diagnóstico. Es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase la enfermera ordena, reúne y analiza los datos, y pregunta ¿Cuáles son los problemas de salud reales o potenciales de la persona que exigen ayuda de la enfermera?, ¿Qué factores influyeron a este problema? Al responder a estas preguntas se obtiene los diagnósticos enfermeros.⁴

Planificación. Comprende una serie de pasos con la que la enfermera y la persona sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados. Colaborando con la persona, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería. El resultado final de la fase de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo.⁵

Ejecución. Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. Durante esa ejecución, la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención en otra persona adecuada y establece el valor del plan de enfermería. Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas de la persona (por ejemplo, las observaciones de enfermería sobre su evolución).⁶

Evaluación. Es la valoración de la respuesta de la persona a las intervenciones de enfermería y la comparación ulterior de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación. La enfermera

³ Kozier, B. Fundamentos de enfermería. P 315

⁴ Rosales, Susana. Fundamentos de Enfermería. P 198

⁵Ibídem.;

⁶Ibídem.; P 199

señala en qué medida se han alcanzado los fines/resultados de los cuidados. El plan de cuidados se vuelve a valorar en esta fase, y ello puede producir cambios en cualquiera o todas las fases anteriores del proceso de enfermería.⁷

Las cinco fases del proceso de enfermería no son entidades separadas sino yuxtapuestas. Por ejemplo, la valoración, la primera fase del proceso suele realizarse durante la ejecución y la evaluación.

Cada fase del proceso de enfermería afecta a las otras; todas están íntimamente relacionadas. Por ejemplo si se obtienen datos insuficientes en la valoración, los diagnósticos de enfermería no serán completos ni exactos; esto se reflejará en las fases de planificación, ejecución y evaluación. Una valoración incompleta o incorrecta significa necesariamente una evaluación equivocada por que la enfermera tendrá criterios incompletos o incorrectos sobre los cambios que ha de evaluar en la persona y sobre la eficacia de sus actuaciones.⁸

Perspectiva histórica

El término proceso de atención de enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos. En 1995, Hall creó el término y Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) fueron de las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases de distinta manera. El proceso antes descrito con sus cinco fases es aceptado en la actualidad por la mayoría de los expertos.⁹

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la Standards of Nursing Practice, que describen las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (ANA 1973).

⁷ Ídem.;

⁸ Kozier, B. Fundamentos de enfermería. P 326

⁹ Ibidem.; P 327

Características del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería proporciona un método para que las enfermeras utilicen sus conocimientos teóricos y prácticos, y para prestar sus servicios a los seres humanos, así como ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades sanitarias. El proceso de enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permiten responder a los cambios que sufre el estado de salud de la persona. Así el proceso de enfermería es cíclico y dinámico más que estático.¹⁰

Además, el proceso se centra en la persona. La enfermera organiza un plan de cuidados según los problemas de la persona. En la fase de valoración, la enfermera recoge datos para conocer los hábitos y necesidades de la persona y esto le permite incorporar esos hábitos al plan de cuidados lo más posible.

El proceso de enfermería es interpersonal y de colaboración. Para asegurar la prestación de unos cuidados de enfermería de calidad, la enfermera debe compartir con la persona las inquietudes y problemas así como participar en la evaluación continua del plan. Esto depende que exista una comunicación abierta y eficaz.¹¹

Al plantearse individualmente las necesidades especiales de la persona, la enfermera debe colaborar con cada individuo, familia, grupo o comunidad, según proceda.

Otra característica del proceso de enfermería es su universalidad. Se puede aplicar a personas de cualquier edad y en cualquier momento de la continua salud-enfermedad. Además, es útil en varios ámbitos, (por ejemplo colegios, hospitales, clínicas, asistencia a domicilio) y en todas las ramas de la especialización (por ejemplo, enfermería ortopédica, enfermería maternal, enfermería quirúrgica).¹²

¹⁰ Kozier, B. Op cit.; P 329

¹¹ Ibídem.;

¹² Ibídem.; P 330

El proceso de la enfermería es una adaptación del método de resolución de problemas. Se le puede considerar como un proceso paralelo, aunque separado, del proceso médico.

Las enfermeras utilizan diversas técnicas de relación interpersonal e intelectuales para aplicar el proceso de enfermería. Las capacidades interpersonales consisten en transmitir la información; escuchar; hacer que coincidan el interés, los sentimientos compasivos, los conocimientos y la información; inspirar confianzas; y obtener los datos de tal manera que respete la dignidad de la persona. Las habilidades técnicas comprenden el empleo del equipo y la ejecución de las técnicas. Las aptitudes intelectuales consisten en analizar, resolver los problemas, pensar con espíritu crítico y emitir juicios de enfermería.¹³

Tomar decisiones influye en todos los elementos del proceso de enfermería. Las enfermeras deben de ser creativas al utilizar el proceso de enfermería. No están obligadas a dar respuestas estándar y pueden aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos para atender a las personas.

Ventajas del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería beneficia a las personas mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades de la persona. Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de las personas.¹⁴

¹³ Reyes Gómez, E. Fundamentos de Enfermería. P 67

¹⁴ Ibíd.;

Las enfermeras tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados de salud y cumpliendo con las normas de su profesión.

El proceso de enfermería, por tanto es un método inestimable para las enfermeras. Mantiene a las enfermeras responsables y pendientes de la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de los cuidados.

Debido a que los miembros del equipo de salud deben trabajar juntos para poner en práctica el plan de cuidados, el proceso de enfermería puede ayudar a las enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión, demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de las personas.¹⁵

1.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.2.1 VALORACION

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos. Debe realizarse antes de que pueda hacerse un diagnóstico de enfermería <la valoración es una parte de cada una de las actividades que realiza la enfermera por la persona>. ¹⁶

En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería, por ejemplo, en la fase de evaluación, la

¹⁵ Reyes Gómez, E. Op cit.; P 68

¹⁶ Ibídem.;

valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y para evaluar la consecución de los objetivos.¹⁷

Todas las fases del proceso de enfermería dependen de la exactitud y completa recopilación de los datos.

La American Nurses afirma que la enfermería es <<el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales>>. Así, la finalidad de la valoración es crear una base de datos sobre la respuesta de la persona ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita la persona. Las respuestas comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud y sobre aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales. A diferencia de otros profesionales de la salud, la enfermera se interesa por las necesidades humanas que afectan a la totalidad de las personas más que por un problema aislado o por satisfacer una parte de esas necesidades.¹⁸

Hay cuatro clases distintas de valoración: valoración inicial, valoración focalizada, valoración de urgencia y valoración después de un tiempo estas varían según su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado de la persona.

La Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 1992) recomienda que a cada persona se le tomen a su ingreso unos datos de valoración de enfermería y que queden registrados siguiendo las normas del centro. Normalmente, esto lo realiza una enfermera registrada, pero algunas partes del mismo, por ejemplo, peso, talla y temperatura corporal, pueden dejarse en manos de una persona no profesional. Esta delegación, sin embargo, no exime a la enfermera de la responsabilidad de asegurarse de que la información es completa y

¹⁷Ibíd.; P 69

¹⁸ Reyes Gómez, E. Op cit.; P 70

exacta. El estado de la persona puede impedir una valoración completa a su ingreso, en cuyo caso se determinara más adelante.¹⁹

La entrevista

Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ejemplo de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar o proporcionar asesoramiento o tratamiento. La entrevista es una técnica que la enfermera emplea en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Durante la fase de valoración, sin embargo, el propósito principal de la entrevista es la recogida de los datos. Un ejemplo de entrevista es la historia de enfermería, que realiza enfermería en el momento del ingreso de la persona.²⁰

Hay dos sistemas de entrevista: **el dirigido y el no dirigido**. **La entrevista dirigida** está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos a principio, haciendo preguntas cerradas que buscan un número específico de datos.²¹

La persona responde a las preguntas pero quizás no tenga la posibilidad de hacer preguntas o de comentar sus inquietudes. A menudo, las enfermeras utilizan entrevista dirigida para recoger y dar información en un periodo limitado de tiempo.

En cambio, en **la entrevista no dirigida**, o entrevista para crear una <<relación de compenetración>> la enfermera permite que la persona dirija los objetivos, los temas y el ritmo de charla. La relación de compenetración es el entendimiento entre dos o más personas. La enfermera inicia la conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas afectivas. Las enfermeras utilizan la entrevista no

¹⁹ Kozier, B. Fundamentos de enfermería P 332

²⁰ Ibidem.;

²¹ Kozier, B. Op cit.; P 334

dirigida.²²

LA EXPLORACION FISICA

La exploración física es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación, esto es que utiliza los sentidos (vista, oído, tacto y olfato), para descubrir los problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración, la enfermera utiliza los métodos de la inspección, palpación, percusión y auscultación.²³

El desarrollo de las capacidades necesarias para una valoración física requiere conocimientos, practica y tiempo. Sin embargo, es frecuente que la enfermera estudiante comience escribiendo el aspecto general de la persona, estudiando su piel, el alcance de los movimientos hasta posiciones extremas y la capacidad para desplazarse y la vigilancia de las constantes vitales.²⁴

La exploración física se lleva a cabo de forma sistematizada.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Para que el proceso de enfermería sea un instrumento útil para cuidar a lapersona, la información recogida durante la fase de la valoración debe ser completa, objetiva y precisa. **La validación** consiste en un doble examen o inspección de los datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos. ²⁵

La validación de los datos permite a la enfermera:

- ❖ Asegurarse que la información recogida durante la valoración es completa.

²² Ibídem.;

²³Ibídem.; P 335

²⁴ Ídem.;

²⁵ Kozier, B. Op cit.; P 356

- ❖ Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados son coherentes.

1.2.2 EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Diagnosticar es la segunda etapa del proceso enfermero. En esta fase la enfermera utiliza habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas de la persona.²⁶

El diagnóstico es una fase crucial en el proceso de enfermería. Todas las actividades que le preceden a esta fase se dirigen hacia la formulación de los diagnósticos enfermeros; todas las actividades de planificación de los cuidados que la siguen se basan en ellos.²⁷

El término **diagnóstico** se utiliza a menudo para describir tanto proceso como un producto. Las enfermeras utilizan a menudo un proceso de razonamiento denominado *diagnóstico de enfermería*.²⁸

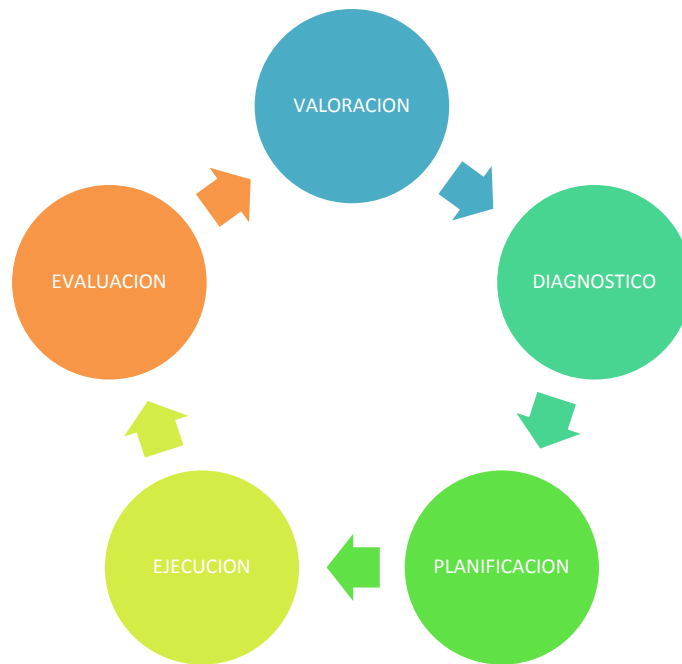
En aras de la claridad, este capítulo utiliza los términos empleados por Carpenito. El término *diagnóstico* alude al proceso de razonamiento; los términos estandarizados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se denominan etiquetas diagnósticas y el producto se denomina *diagnóstico enfermero*.²⁹

²⁶ Carpenito, J. L. Manual de diagnósticos de enfermería. P 6

²⁷ *Ibíd.*;

²⁸ *Ibíd.*; P 7

²⁹ Carpenito, J. L. *Op Cit.*: P 8



TIPOS DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Existen varios tipos de diagnósticos: reales, de riesgo posible y de salud.

1. Un diagnóstico real es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de valoración de enfermería.
2. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados. Son ejemplos de ello el **Patrón respiratorio ineficaz y ansiedad**.³⁰
3. Un diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo, según definición de la NANDA, es un juicio clínico de que en unapersona es más vulnerable a un determinado problema que otras, en situación igual o parecida. Por ejemplo, todos los ingresados en un hospital tienen cierta posibilidad de adquirir una infección; Sin embargo, enunapersona con diabetes se debe anotar el diagnóstico de **Riesgo de infección** para describir el estado de la persona³¹
4. Un diagnóstico de enfermería posible es aquel en el que las pruebas de que

³⁰ *Ibíd.*;

³¹ *Ibíd.*; P 10

existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnóstico posible requiere más datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo. Por ejemplo, una viuda anciana que vive sola e ingresa al hospital. La enfermera observa que no recibe visitas y que le agrada que el personal de enfermería la atienda y conserve con ella. Hasta que disponga de más datos, la enfermera puede redactar un diagnóstico de enfermería de **Posible aislamiento social** relacionado con etiología desconocida.³²

5. Un diagnóstico de salud se refiere a una respuesta saludable por parte de la persona que desea un mayor nivel de salud.³³

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Un diagnóstico enfermero consta de tres componentes:

1. El enunciado del problema
2. La etiología
3. Las características definitorias.

Cada uno de ellos sirve para un fin en concreto.

Enunciado del problema, describe el problema de salud o la respuesta de la persona para las cuales se está administrando el tratamiento de enfermería. Describe su estado de salud con claridad y concisión.³⁴

³² Carpenito, J. L. Op cit.; P 11

³³ Ibídem.;

³⁴ Ibídem.; P 12

El fin de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de objetivos de la persona y de criterios de resultado. También puede seguir algunas intervenciones de enfermería.

Para ser útiles en la clínica, las etiquetas diagnósticas tienen que ser concretas; cuando una de ellas va seguida de la palabra *especificar*, la enfermera menciona el área en la que se produce el problema, por ejemplo: **Déficit de conocimientos**.³⁵

Los **calificadores** o definiciones son palabras que se han añadido a algunas etiquetas NANDA para completar el significado del enunciado diagnóstico.

- **Alteración** (se ha producido un cambio con respecto a la situación inicial)
- **Deterioro** (evolución a peor, debilitamiento, lesión, reducción, deterioro)
- **Inefectivo** (que no produce el efecto deseado)
- **Agudo** (grave o de corta duración)
- **Crónico** (de larga duración, recurrente o constante)

Toda etiqueta diagnóstica aprobada por la NANDA lleva una definición que explica las características de la respuesta humana que se está considerando. Por ejemplo, la definición de la etiqueta **Intolerancia a la actividad**.³⁶

Etiología, el componente etiológico del diagnóstico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención a la persona. En la etiología pueden incluirse los comportamientos de la persona, los factores ambientales o las interacciones de ambos.³⁷

La NANDA utiliza el término **Factor relacionado** para describir la etiología o la causa probable de los diagnósticos de enfermería reales. El término **Factor de**

³⁵ Carpenito, J.L. Óp. cit.; P 13

³⁶ *Ibidem*;

³⁷ *Ibidem*; P 14

riesgo se utiliza para describir la etiología de los diagnósticos de enfermería de **riesgo**, porque no hay signos subjetivos ni objetivos.³⁸

Características definitorias son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. El caso de los diagnósticos de enfermería *reales*, las características definitorias son los signos y síntomas de la persona. Para los diagnósticos de enfermería de *riesgo*, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que la persona sea más vulnerable de lo normal al problema.³⁹

Las etiquetas diagnósticas enfermeras son semejantes a los diagnósticos médicos en tanto que se asocian a un conjunto estándar de características definitorias universalmente aceptadas. Las características mayores son las que deben estar presentes para que el diagnóstico sea válido.⁴⁰

Las menores pueden estar presentes o no. Por ejemplo, para que una enfermera pudiera emitir el diagnóstico de **intolerancia a la actividad**, el paciente debería mostrar la característica definitoria de <respuesta alterada a la actividad> que puede manifestarse como disnea, falta de aire, taquipnea o uno de los otros síntomas mayores recogidos.⁴¹

Las características definitorias sugieren criterios de resultado y también pueden orientar a las intervenciones de enfermería.

1.2.3 LA PLANIFICACION

La planificación se inicia con el primer contacto con la persona y prosigue hasta que la relación enfermera-persona termina, por lo general cuando recibe el alta.

³⁸ Ídem.;

³⁹ Carpenito, J.L. Óp. cit.; P15

⁴⁰ Ibídem.;

⁴¹ Ibídem.; P 16

Planificación inicial. Por lo general, es la enfermera que realiza la valoración de ingreso la que desarrolla el plan inicial y general de cuidados. Esta enfermera tiene la ventaja de poder observar el lenguaje corporal de la persona, así como de obtener algunas informaciones intuitivas de las que no se dispone con los datos escritos. La planificación debe iniciarse lo antes posible después de la valoración inicial, sobre todo por la tendencia a acortar las estancias en los hospitales. En ocasiones, las enfermeras utilizan la información disponible para desarrollar planes preliminares y completarlos a medida que van obteniéndose los datos que faltaban.⁴²

Planificación continúa. La realizan todas las enfermeras que trabajan con la persona. A medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas de la persona a los cuidados, pueden individualizar más el plan inicial de cuidados. También se lleva a cabo al iniciarse el turno, cuando la enfermera planifica los cuidados que deben presentarse ese día. Ateniéndose a los datos que se van actualizando, la enfermera traza el plan diario con los objetivos.⁴³

Planificación de alta. Dado que la estancia media de la persona en los hospitales para casos agudos se ha acortado, a veces se da de alta a las personas que siguen necesitando cuidados. Aunque muchos enfermos son trasladados a otros centros, cada vez presentan más cuidados en el domicilio.

La **planificación de alta** es el proceso de prever y planificar las necesidades de la persona al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud. Una planificación eficaz de alta eficiencia comienza en el momento del ingreso. En la persona deben valorarse las necesidades potenciales de cuidados, la disponibilidad y la capacidad de la red de apoyo para satisfacer sus necesidades, y como el entorno domiciliario respalda a la persona. También deben

⁴² Kozier, B. Op cit.; P 354

⁴³ Ibídem.;

evaluarse, al considerar las necesidades de alta, los recursos de la persona, la familia y la comunidad.⁴⁴

DESARROLLO DE LOS PLANES DE ENFERMERÍA

El **plan de cuidados de enfermería** es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a una persona como un todo significativo. Comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender los diagnósticos enfermeros de la persona y alcanzar los objetivos marcados. La enfermera pone en marcha el plan tan pronto como la persona ingresa en el centro y lo actualiza constantemente a lo largo de su estancia, en respuesta a los cambios en el estado de la persona y a las valoraciones de logro de los objetivos.⁴⁵

Objetivos de un plan de cuidados por escrito.⁴⁶

1. Ofrecer directrices para los cuidados individualizados a la persona. Se adoptan planes de cuidado estandarizados y se utilizan junto con planes manuscritos, según se necesite.
2. Personal. Facilitar la continuidad de los cuidados. El plan escrito es un medio para comunicar y organizar las acciones de un personal de enfermería que cambia constantemente. Es frecuente que se transmita el plan actualizado a todo el personal e informe al cambio de turno, las visitas de enfermería y las reuniones sobre cuidados a las personas.
3. Orientar sobre lo que debe de quedar documentado en las notas de evolución de la persona. El plan de cuidados indica específicamente que observaciones realizar, que acciones de enfermería emprender y que instrucciones dar a la persona o a la familia. Esto facilita la recogida de información.

⁴⁴ *Ibidem.*; P 355

⁴⁵ Kozier, B. *Op cit.*; P 355

⁴⁶ *Ibidem.*;

4. Orientar para designar al personal que va a atender a la persona. Puede que haya que encomendar ciertos aspectos de los cuidados a alguien capaz de hacer juicios necesarios sobre las respuestas de la persona.
5. Orientar para el reembolso de las compañías de seguro médico, denominado a menudo reembolso a cargo de terceros. Las compañías utilizan la historia clínica para determinar lo que van a pagar en relación con la asistencia hospitalaria que ha recibido el asegurado. Si no se ha documentado con precisión la atención de enfermería en el plan de cuidados, la enfermera no tiene como demostrar lo que se ha hecho y la aseguradora no pagara por los servicios no documentados.⁴⁷

Planes de cuidados. Un plan de cuidados de enfermería puede estar planificado e impreso de antemano o bien ser totalmente en manuscrito. Muchos centros han ideado guías estándar e impresas para prestar los cuidados fundamentales de enfermería a grupos concretos de personas con algunas necesidades en común. El personal de enfermería desarrolla y acepta los planes estandarizados de cuidados, los criterios de actuación y los procedimientos con los fines siguientes:⁴⁸

1. Garantizar que se prestan los niveles mínimamente aceptables de cuidados.
2. Favorecer un empleo más eficiente del tiempo al ahorrar a las enfermeras el tener que escribir a mano actividades comunes que se realizan una y otra vez con todos o la mayoría de las personas de una unidad de enfermería.

Los estándares de cuidados son directrices detalladas que representan los cuidados previstos indicados en una situación determinada, como un diagnóstico médico una prueba o un tratamiento, un diagnóstico enfermero o un problema interdependiente.⁴⁹

⁴⁷ *Ibidem.*; P 356

⁴⁸ Kozier, B. *Op cit.* ; P 357

⁴⁹ *Ibidem.*;

Describen los cuidados de enfermería para grupos de personas, no para individuos, y se refieren a cuidados alcanzables, no a un ideal. Definen las intervenciones que son responsabilidad de las enfermeras, y no contienen prescripciones médicas. Los estándares de cuidados son, por lo general, documentos del centro sanitario y no forman parte del plan de cuidados de la persona, pero se puede hacer referencia a ellas en dicho plan. Pueden organizarse según los problemas o los diagnósticos de enfermería o siguiendo otros criterios.⁵⁰

1.2.4 LA EJECUCIÓN

Es el proceso de enfermería la ejecución es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Globalmente definida, la ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de la planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas a las personas.⁵¹

Aunque la enfermera puede actuar en interés de la persona, las directrices profesionales apoyan la participación de la persona y de la familia, como en todas las fases del proceso de enfermería. El grado de participación depende del estado de salud de la persona. Por ejemplo, una persona inconsciente no es capaz de participar en sus cuidados, y por consiguiente requiere que se le proporcionen tales cuidados. En contraste, una persona ambulatoria puede requerir muy pocos cuidados por parte de la enfermera y puede realizar actividades para el cuidado de su salud de forma independiente.⁵²

Bulechek y McCloskey definen las intervenciones de enfermería como <<cualquier atención directa que la enfermera realiza en interés de la persona >> Estas atenciones incluyen tratamientos iniciados por el personal de enfermería como

⁵⁰ Ibidem.; P 358

⁵¹ Kozier, B. Op cit.; P 358

⁵²Ibidem;

resultado de los diagnósticos de enfermería, tratamientos iniciados por el médico como resultado de diagnósticos médicos y la realización para la persona de las actividades cotidianas esenciales, que este no pueda realizar.⁵³

Mientras el proceso de enfermería permite a las enfermeras centrarse en sus actividades independientes, la función global de la enfermera incluye también funciones dependientes y de colaboración.⁵⁴

HABILIDADES DE EJECUCIÓN

Para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Las habilidades difieren unas de otras; sin embargo, en la práctica, las enfermeras utilizan en diversas combinaciones y con distinto énfasis dependiendo de la actividad. Por ejemplo, al insertar una sonda urinaria la enfermera requiere conocimientos sobre los principios y las fases del procedimiento, habilidad técnica para cubrir a la persona y manipular el material, y habilidad interpersonal para informar y tranquilizar a la persona.⁵⁵

Las **habilidades cognitivas** incluyen la solución de problemas, la toma de decisiones, el razonamiento crítico y el pensamiento creativo. Resultan cruciales para un cuidado de enfermería seguro e inteligente.

Las **habilidades interpersonales** son todas las actividades que las personas utilizan al comunicarse directamente con otras. Incluyen actividades verbales y no verbales. La eficacia de una acción de enfermería suele depender, en gran medida, de la capacidad de la enfermera para comunicarse con los demás. Incluso cuando administra una medicación a una persona, la enfermera ha de comprender al cliente

⁵³Ibidem.; P 359

⁵⁴Idem.;

⁵⁵ Kozier, B. Op cit.; P 360

y ha de ser comprendida. Una enfermera que delega una acción de enfermería también ha de ser comprendida.⁵⁶

Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería: cuidar, acomodar, consultar, aconsejar y apoyar son solo algunas. Incluyen conocimientos transmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales de la persona y de un estilo de vida. Para que las enfermeras puedan alcanzar un alto grado de habilidad de las relaciones interpersonales deben tener conciencia, y sensibilidad hacia los demás.⁵⁷

Las **habilidades técnicas** son habilidades manuales como la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes y movilizar, levantar y colocar a la persona. Estas tareas también se denominan tareas o habilidades psicomotrices. El término *psicomotor* incluye el componente interpersonal, por ejemplo, la necesidad de comunicarse con la persona⁵⁸.

Las habilidades técnicas requieren conocimientos y, frecuentemente destreza manual. El número esperado de habilidades técnicas de una enfermera ha aumentado mucho en los últimos años debido al creciente uso de la tecnología, sobre todo en los hospitales de cuidados agudos.⁵⁹

1.2.5 LA EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto la **evaluación** es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que las personas y los profesionales sanitarios determinan:⁶⁰

1. El progreso de la persona referido a la consecución de objetivos

⁵⁶Ibidem;

⁵⁷ Ibidem.; P 61

⁵⁸Ibidem;

⁵⁹ Idem.; P 62

⁶⁰ Kozier, B. Op cit.; P 362

2. La eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es una parte muy importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o cambiarse.
3. La evaluación puede ser continua, intermitente o inmediata después de ejecutar una orden de enfermería y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención. La **evaluación intermitente**, realizada a intervalos determinados⁶¹

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA

El proceso de evaluación tiene seis componentes: ⁶²

- Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizara para determinar la consecución de objetivos (esto se realiza en la fase de planificación)
- Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
- Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
- Relacionar las acciones de enfermería con la evolución de la persona.
- Revisar y modificar el plan de cuidados de la persona.

Identificación de los resultados esperados.

Los resultados esperados, formulados en la fase de planificación, son los criterios utilizados para evaluar la respuesta de la persona a los cuidados de enfermería. La evolución esperada sirve para dos propósitos:⁶³

⁶¹Ibídem.;

⁶² Ibídem.; P 363

1. Establece el tipo de datos evaluativos que han de ser obtenidos
2. Proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos. Por ejemplo, dada la siguiente evolución esperada, cualquier enfermera que atendiera al cliente sabría qué datos obtener:

1.3 TEORÍA DE ENFERMERIA

VIRGINIA HENDERSON

Nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía de Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería, Así, en 1918 ingreso en la Escuela de Enfermería del Ejercito en Washington, D.C. En 1921 se graduó y acepto un puesto de enfermería en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicio su carrera como docente en Enfermería en el Norfolk Protestan Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de la Universidad de Columbia, dónde consiguió los títulos de B.S y M.A. en la rama de Enfermería. En 1929, Henderson ocupo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers College en 1930 como miembro de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.⁶⁴

⁶³MarrinerTomey, A. Modelos y teorías en Enfermería. P 99

⁶⁴Ibidem;

FUENTES TEÓRICAS

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The principles and practice of Nursing.*, de Harmer y Henderson.

Hubo tres factores decisivos que la llevaron a compilar su propia definición de enfermería. En primer lugar, en 1939 había revisado *Textbook of the principles and practice of Nursing* e identificó este texto como su trabajo como una fuente que le permitió darse cuenta de la necesidad de aclarar la función de las enfermeras.⁶⁵

Un segundo factor determinante fue su participación como miembro del comité de la conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Su trabajo dentro del comité fue incluido en el informe de 1948 de Esther Lucille Brown, *Nursing for the Future*. Henderson señaló que aquel informe reflejaba su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo. Finalmente, Henderson se interesó por los resultados de cinco años de investigación de la asociación ANA sobre la función de la enfermera y no se mostró completamente satisfecha con la definición que adoptó dicha asociación en 1955.⁶⁶

Henderson calificaba a su trabajo más de definición que teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos. Describió su interpretación de la enfermería como una <<síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas>>.⁶⁷

⁶⁵MarrinerTomey, A. Op cit.; P 100

⁶⁶Ibidem;

⁶⁷ Ibidem.; P 101

APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto principal de la enfermería. Su formación en estas áreas data de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios universitarios en el TeachersCollege.⁶⁸

En su curso de psicología, Stackpole tomo como base la declaración de Claude Bernard en que afirmaba que para conservar la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula.

A partir de esta idea, Henderson supuso que <<una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico>>⁶⁹

A partir de la teoría de Bernard, Henderson también adquirió su conocimiento sobre la medicina psicosomática y su relación con la enfermería. Describió su punto de vista con las siguientes palabras:

<<Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar de equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares>>.⁷⁰

Henderson no identificó las teorías exactas que apoyaban Thorndike, si no que solo indicó que se referían a las necesidades básicas de los seres humanos. En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow. Sin citar a Maslow como influencia directa. Henderson describió su teoría de la

⁶⁸Idem.;

⁶⁹MarrinerTomey, A. Op cit.; P 102

⁷⁰Ibidem;

motivación humana en la sexta edición de *Principles and Practice of NursingCare*, de 1978.⁷¹

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Enfermería: Henderson definió enfermería en términos funcionales:<<La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible. >>⁷²

Salud: Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia. En la sexta edición de *The principles and practice of nursing* cito diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la Salud. Interpretaba la salud como la capacidad de la persona de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaro, <<se trata más bien de la calidad de la salud de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayoría y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas>>. ⁷³

Entorno: Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió en cambio, al *Webster's New Collegiate Dictionary* de 1961, en el que se define entorno como <<el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo>>. ⁷⁴

Persona: Henderson pensaba en la persona como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el

⁷¹ Ibidem.; P 103

⁷²Idem;

⁷³MarrinerTomey, A. Op cit.; P 104

⁷⁴Ibidem;

cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla a la persona y su familia como una unidad.⁷⁵

Necesidades: En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas de la persona que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes.⁷⁶

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber en forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros dentro del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los demás expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar de diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normal y acudir a los centros sanitarios disponibles.

SUPUESTOS PRINCIPALES

⁷⁵ Ibidem.; P 105

⁷⁶ Idem.;

Virginia Henderson no cito directamente cuales eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos.

Enfermería:⁷⁷

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico encargado.

Henderson subrayo que la enfermera, por ejemplo la comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere. Henderson resalta especialmente ese punto en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing⁷⁸:

- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona⁷⁹

⁷⁷MarrinerTomey, A. Op cit.; P 106

⁷⁸MarrinerTomey, A. Op cit.; P 107

⁷⁹Ibidem;

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades de la persona están incluidas en los 14 componentes de enfermería

Salud⁸⁰

- La salud es calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno⁸¹

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.

⁸⁰ Ibidem.; P 108

⁸¹MarrinerTomey, A. Op cit.; P 109

- Las enfermeras deben proteger a las personas de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación enfermera-persona

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-persona que va desde una relación muy dependiente a la práctica independencia.⁸²

1. La enfermera como una *sustituta* de la persona.
2. La enfermera como un *auxiliar* de la persona.
3. La enfermera como una *compañera* de la persona.

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un <<sustituto de las carencias de la persona para ser un ser completo>>'íntegro' o 'independiente' debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

⁸²Ibidem;

Henderson reflejo ese punto de vista al declarar que la enfermera es <<temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc.>>⁸³

Durante los estados de la convalecencia, la enfermera socorre a la persona para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que <<Independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enfermera>>.⁸⁴

Como compañeros, la enfermera y la persona formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnósticos existentes unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado de ánimo, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.⁸⁵

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades de la persona sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

Henderson afirmaba que la enfermera <<debe meterse en la piel de cada persona para conocer cuáles son sus necesidades>>. Luego, debe contrastarlas con ella.

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. Henderson opinaba que <<en cada situación, las enfermeras que conocen las reacciones psicológicas y fisiológicas a la temperatura y la humedad, la luz y el color, la presión, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles>>.⁸⁶

⁸³MarrinerTomey, A. Op cit.; P 110

⁸⁴Ibidem;

⁸⁵ Ibidem.; P 111

⁸⁶MarrinerTomey, A. Op cit.; P 112

La enfermera y la persona siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana de la persona, << lo más normal posible>>. Otros de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud. Henderson señala que <<se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando los terapeutas más especializados para que le ayuden en los momentos de crisis>>. ⁸⁷

La relación enfermera-médico

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y la persona debe aplicarse de forma que se promueve al plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que cuestionaban la filosofía de que los médicos den órdenes a las personas y a los empleados sanitarios. Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda a la persona a manejar su salud cuando no se dispone de los médicos. Asimismo, indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan. ⁸⁸

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no debe realizar las tareas ajenas. Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no puede llevar a cabo dentro de su función especializada. ⁸⁹

Henderson comparaba a todo el equipo médico, incluyendo a la persona y a su

⁸⁷ *Ibidem.*;

⁸⁸ *Ibidem.*; P 113

⁸⁹ *Idem.*;

familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de las necesidades reales de la persona, y por tanto, cambia a medida que la persona progresa en su camino hacia la independencia. En algunas situaciones, algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que la persona tenga la mayor ración o la tarta entera.⁹⁰

A medida que cambian las necesidades de la persona, también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiara según la época en la que se practique y que dependen en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario.⁹¹

1.4 CÁNCER DE ESTÓMAGO

Aunque la incidencia del cáncer de estómago ha demostrado una disminución significativa (aproximadamente 60% desde la década de los 30 hasta los 70), sigue siendo la octava causa más común de muertes por cánceres en los Estados Unidos.

En México el cáncer es la tercera causa de muerte, y aunque muchos son tratables a tiempo, sólo el 40% se detectan en una etapa oportuna.

Cuando se toma en cuenta a ambos sexos, el cáncer con la mayor tasa de mortalidad es el de los órganos digestivos, al ocasionar 15 decesos por cada 100,000 habitantes en adultos de 30 a 59 años, según cifras del INEGI.⁹²

Porque ha disminuido en algunas partes del mundo y no en otras, sigue siendo un enigma. Se ha dado por sentado que el aumento en el consumo de alimentos refrigerados en vez de ahumados, sazonados en vinagre, pueden ser un factor.

⁹⁰ Hamilton, H. Enfermedades Neoplásicas. P 301

⁹¹ Ibidem.;

⁹² Ibidem.; P 302

Aunque Estados Unidos informa una incidencia de 10 por 100 mil, la de Japón es de 90 por 100 mil, Islandia y algunas partes de Centro y Sudamérica muestran incidencias similares a las de Japón.⁹³

1.4.1 EPIDEMIOLOGÍA

En los Estados Unidos se calcula que se diagnosticaron 22.800 nuevos casos de cáncer gástrico en 1996, y que un total de 14.000 muertes se atribuyeron a esta enfermedad. El cáncer gástrico es más común en los varones que en las mujeres; los informes indican una proporción de 1,7:1. Es más frecuente en las personas de 50 a 70 años de edad. Y es tres veces más común en los grupos de trabajadores semiprofesionales que en los de ejecutivos y profesionales.⁹⁴

En México el GLOBOCAN 2008 reporta una incidencia de 7,859 casos (6%) y una mortalidad 6,751 casos (8%).

El INEGI reportó 74,685 muertes por cáncer en 2010 (13% muertes en México) de las cuales 5,599 (8.6%) son por cáncer gástrico. Los estados con una tasa más alta de mortalidad son el DF, Oaxaca, Chiapas y Campeche⁹⁵.

1.4.2 ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Diversos hábitos alimenticios se han asociado con el desarrollo de cáncer gástrico. Los estudios de inmigrantes muestran que la segunda generación de familias que emigraron del país con alta incidencia a otros con baja incidencia padece menos cáncer gástrico. Esta disminución puede atribuirse a los cambios en los hábitos alimenticios. El alto consumo de alimentos ahumados, salados o contaminados con aflatoxina se relaciona con mayor incidencia del cáncer estomacal.⁹⁶

⁹³Griffiths, Margaret J. Oncología Básica. P 76

⁹⁴ Organización Mundial de la Salud. GLOBOCAN 2008.

⁹⁵ Ibidem.;

⁹⁶ Otto, Shirley E. Enfermería Oncológica P 68

La patología o antecedentes médicos asociados en el desarrollo del cáncer gástrico incluyen pólipos gástricos (en especial del adenoma vellosa), anemia perniciosa, esofagitis por reflujo, infección por *Helicobacter Pylori*, y resección gástrica de una úlcera péptica benigna.⁹⁷

1.4.3 DIAGNÓSTICO

El examen físico de la persona con un posible cáncer gástrico debe incluir la palpación del abdomen para descartar si hay masas o nódulos en la región umbilical. También debe presentarse atención a los ganglios supraclaviculares y axilares para ver si están agrandados. Debe realizarse un examen digital del recto para valorar si existe una elevación o proyección producida por depósitos metastásicos.⁹⁸

Los dos procedimientos más útiles para el cáncer gástrico son la endoscopia del tracto gastrointestinal superior y las series radiográficas de doble contraste en esta misma área. Con esta serie es posible identificar el lugar de la lesión y, con la ayuda de técnicas especiales de compresión, detectar depresiones elevaciones de la mucosa gástrica. La gastroscopia con fibra óptica permite al endoscopista experimentando obtener múltiples biopsias de todas las lesiones sospechosas y raspar el tejido para obtener muestras citológicas.

En las personas que tienen el estomago endurecido y con poca capacidad de distensión, por lo general se indica una laparotomía exploratoria para establecer el diagnóstico.

1.4.4 MODALIDADES DE TRATAMIENTO

⁹⁷ Otto, Shirley E. Op cit.P 69

⁹⁸Ibídem.;

La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia se usan para tratar el cáncer gástrico; los tres procedimientos tienen complicaciones potenciales.

CIRUGÍA

La cirugía es la modalidad principal del tratamiento y se usa como procedimiento tanto curativo como paliativo. Se recomienda que cualquier persona con cáncer gástrico comprobado por biopsia y sin evidencia de metástasis a distancia sea sometida a una laparotomía o celiotomía exploratoria para determinar si el procedimiento final debe ser curativo o paliativo. Menos del 40% de las personas sometidas a laparotomía tienen enfermedad curable.⁹⁹

QUIMIOTERAPIA

El cáncer gástrico parece responder más a la quimioterapia que algunos otros tumores. La quimioterapia se estudia en la actualidad como terapia adyuvante en los tumores resecados por completo, el cáncer gástrico avanzado y en combinación con la radioterapia. Uno de los regímenes más antiguos y más estudiados es el (5-FU, doxorubicina y mitomicina-C), que muestra una tasa constante de respuesta cercana al 35%, pero con un impacto mínimo en la supervivencia. Un régimen más novedoso es el EAP (etoposido, doxorubicina y cisplatino) su uso está limitado por la fuerte mielosupresión atribuida a la dosis, pero se ha relacionado con una mejoría ostensible en la supervivencia comparado con el FAM. Un tercer régimen que está demostrando buena respuesta es el FAMTX (5-FU, doxorubicina, metrotexate).¹⁰⁰

Altas dosis y leucovorina de rescate). El EAP y el FAMTX también se han usado en el preoperatorio, aunque aún no está claro si afecta de manera considerable los resultados quirúrgicos.¹⁰¹

⁹⁹Griffiths, Margaret J. Oncología Básica. P 80

¹⁰⁰ Ibídem.;

¹⁰¹ Ibídem.; P 82

RADIOTERAPIA

La radioterapia es importante en el tratamiento del cáncer gástrico localmente avanzado o recurrente. Aunque esta terapia se ha usado con algún éxito, ofrece mucho más beneficios cuando se le combina con la quimioterapia. Existe controversia en la relación con el método preferido para utilizar la radiación con la cirugía; se han propuesto programas pre, intra y pos operatorios. Una dosis tolerable es de 45 a 50 G y administrada en fracciones de 1,8 Gy por día.¹⁰²

1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON CÁNCER GÁSTRICO

La enfermería tiene una relación importante para identificar a las personas con riesgo de cáncer gástrico y brindar asesoría en relación con los signos y síntomas, las modificaciones en el estilo de vida que permitan eliminar o reducir dichos factores, y para insistir en la importancia de los exámenes anuales por parte de un profesional de la atención en salud. Como los síntomas precoces son muy pocos o nulos, solo una presión indefinida en el tracto gastrointestinal, indigestión o acidez (pirosis), las enfermeras deben estar pendientes de los consumidores crónicos de remedios caseros o medicamentos de venta libre para aliviar las molestias gastrointestinales e insertarlos a que busquen atención médica.¹⁰³

RESULTADOS ESPERADOS:

El paciente será capaz de:

Identificar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del cáncer gástrico.

¹⁰² Ídem.;

¹⁰³ Griffiths, Margaret J. Oncología Básica. P 83

Identificar las medidas para minimizar los riesgos.

Reconocer los signos y síntomas que debe comunicar al profesional de la salud relacionados con la detección precoz del cáncer gástrico.

INTERVENCIONES

- Enseñar comportamientos para llevar un estilo de vida sano:

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A pesar de tener información muchas personas siguen desarrollando dependencias a sustancias tóxicas, abusando del alcohol, alimentación, etc., el llevar un estilo saludable mejora la calidad de vida del ser humano y por lo tanto esto implicaría el llevar una vida digna durante muchos años.¹⁰⁴

- Sugerir un examen anual con un profesional de la salud

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La prevención es una forma ineludible de cuidar la salud. La detección temprana de enfermedades y cualquier tipo de patología permite encontrar una solución más rápida. Asimismo, tiende a mejorar los resultados de los tratamientos médicos.

- Recomendar la ayuda de profesionales para dejar de fumar

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

¹⁰⁴ Hamilton, Helen K. Enfermedades Neoplásicas. P 299

El tabaco es la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible en los países desarrollados. Por este motivo, nuestra intervención como mediadores profesionales es básica para que las personas lleguen a conseguir dejar de fumar.¹⁰⁵

La adicción al tabaco es mismo tiempo físico y psicológico, una conducta aprendida y una dependencia social. Todos estos aspectos son los que hay que tener en cuenta a la hora de proporcionar a la persona la ayuda para dejar de fumar.¹⁰⁶

- Eliminar o reducir el consumo de bebidas alcohólicas

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El exceso de alcohol contribuye a la aparición de déficit nutricional debido a que puede sustituir a los alimentos en la dieta de una persona y también disminuye el apetito. Por otra parte se produce un efecto toxico sobre la mucosa intestinal, disminuyendo la absorción de nutrientes.¹⁰⁷

- Indicar una alimentación balanceada con raciones adecuadas de los grupos recomendados de alimentos.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El ser humano para mantenerse sano tiene necesidad de una cantidad adecuada de alimentos que contengan los nutrientes indispensables para la vida. La cantidad y naturaleza de los nutrientes está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla

¹⁰⁵ Ibídem.;

¹⁰⁶ Ibídem.; P 287

¹⁰⁷Ibídem.; P 288

de la persona. Una alimentación adecuada debe contener los seis elementos siguientes: glucósidos, lípidos, próticos, vitaminas, sales minerales y agua.¹⁰⁸

- Instruirá la persona para que comunique los siguientes signos y síntomas: molestias gastrointestinales persistentes que requieren el empleo de antiácidos (regurgitación, reflujo, acidez, dolor epigástrico), dificultad al deglutir que obliga a hacer cambios de dieta, o pérdida de peso.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Muchas personas con cáncer gástrico pierden una cantidad impresionante de peso poco antes del diagnóstico; y por lo general experimentan disfagia y tienen que introducir algunos cambios en su dieta. De acuerdo con la gravedad de la disfagia, habrá necesidad de cambiar la alimentación por vía oral a nutrición enteral, e incluso parenteral¹⁰⁹.

RESULTADOS ESPERADOS

El paciente es capaz de:

Identificar los signos y síntomas que debe comunicar al profesional de salud

Identificar las medidas para obtener una nutrición adecuada

Demostrar un estado nutricional adecuado

INTERVENCIONES EN LA DISFAGIA LEVE:

¹⁰⁸ Ibidem.

¹⁰⁹ Ibidem.; P 357

- Observar si el paciente se atraganta o regurgita durante las comidas o después de ellas.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Es fundamental contar con una dieta especial para disfagia en los hospitales, para transmitir los cuidados a todo el profesional de salud pues personas con cáncer gástrico sufren frecuentemente de bronco aspiraciones debido a la obstrucción.¹¹⁰

- Acudir al nutricionista para el recuento de calorías y las modificaciones necesarias en la dieta.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El apoyo nutricional ayuda a las personas a llevar una alimentación sana, equilibrada y cumplir con los requisitos diarios de nutrientes esenciales. Se debe hacer hincapié en los grupos de alimentos genéricos, más que en alimentos específicos, dado que un determinado grupo de alimentos tiene unas características similares en cuanto a su composición. Una de las guías más utilizadas es el plato del buen comer.¹¹¹

- Pesara la persona cada dos días

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La valoración del estado nutricional de la persona oncológica debe realizarse en el momento del diagnóstico de la enfermedad con el objetivo de establecer el riesgo de desnutrición o diagnosticar la ya existente, para implementar las

¹¹⁰ Hamilton, Helen K. Op cit.; p 356

¹¹¹ Ibidem.

recomendaciones dietéticas. La desnutrición tiene una relación de influencia recíproca con el cáncer, de modo que la desnutrición puede aparecer como complicación de la enfermedad y a su vez, empeorar el pronóstico y evolución clínica.¹¹²

- Enseñar a la persona a sentarse erguida mientras come y durante 30 minutos después de las comidas.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Los alimentos tardan en promedio cuatro horas para su digestión en el intestino delgado, es por ello que se debe esperar y no realizar ninguna actividad pues se puede sufrir de dolores estomacales, vómito y mareos debido a la contracción de los músculos y a la necesidad extra de oxígeno, que se está utilizando para la adecuada combustión de los alimentos.¹¹³

- Ofrecer instrucciones orales y escritas para mantener un estado nutricional estable y evitar la aspiración.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El objetivo de la intervención nutricional consiste en prevenir efectos adversos de la malnutrición, aumentar la tolerancia al tratamiento, promover el aumento de peso y mejorar la calidad de vida durante el tratamiento.¹¹⁴

INTERVENCIONES EN LADISFAGIA GRAVE:

¹¹² Hamilton, Helen K. Op cit.; P 360

¹¹³ Ibidem.;

¹¹⁴ Ibidem.; P 374

- Consultar al nutricionista sobre las alternativas en la alimentación (enteral mediante tubo nasogástrico o de gastrostomía).

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La nutrición parenteral ha demostrado su eficacia en personas de alto riesgo nutricional en los que ésta ha corregido alteraciones nutricionales, permitiendo la correcta administración de los tratamientos en fases de quimioterapia intensiva.¹¹⁵

- Enseñar a la persona/cuidador cuales son los signos y síntomas que debe comunicar al profesional responsable de la salud.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Todas las personas deben saber acerca de su enfermedad, de los signos y síntomas, de las etapas por las que pudiese pasar pues cada uno es dueño de su propio cuerpo y nadie mejor lo conocerá, así mismo, esto ayudará a identificar un diagnóstico precoz.¹¹⁶

En colaboración con el dietista, se enseñara a la persona con cáncer de estomago la importancia de una dieta rica en proteínas y calorías (2500 a 3500). Una persona con disfagia tal vez necesite bebidas ricas en calorías y complementos enterales o parenterales. Se enseñará a la persona con trastornos del gusto a usar especias y a alternar las fuentes proteicas, como huevos, productos lácteos, aves y pescados. Se le animara a comer con otros y a mantener una higiene bucal adecuada con enjuagues bucales no alcohólicos, y cepillado de dientes antes y después de las comidas. Si ha sufrido tratamiento quirúrgico, se le explicara que los nutrientes los recibirá por vía I.V. hasta que la perístasis se restablezca y pueda tolerar alimentos orales.

¹¹⁵ Hamilton, Helen K. Op cit.; P 380

¹¹⁶ Ibídem.;

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Nombre: J.L.C

Edad: 30 años

Residencia: Ecatepec Edo. México.

Fecha de Ingreso: 18 de enero 2014

Servicio: Tercer piso hospitalización

Diagnóstico Médico: Cáncer Gástrico

2.2 VALORACION POR NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Tiene una tensión Arterial 110/70 milímetros de mercurio, Frecuencia cardiaca de 75 por minuto, ruidos cardiacos de buena amplitud e intensidad. Respiración 21 por minuto, eupneica, de amplitud normal, con movimiento torácico y ausencia de secreciones: campos pulmonares ventilados sin estertores ni sibilancias, en vías respiratorias no hay malformaciones que impidan la permeabilidad de la vía aérea. Narinas con presencia de sonda nasogástrica 14F a derivación drenando 80 ml de secreción biliar.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso 58 kg, Talla 1.65 IMC: 21.3039. Refiere pérdida de peso y cambio de fórmula, así mismo refiere no tener vómito pero si presenta náuseas. Su abdomen es globoso con dolor a la palpación. Inicia nutrición parenteral periférica ya que no cuenta con catéter debido al costo. NPT: fórmula estándar Oli-clinomel N-4 por

infusión continúa. Dentición completa, sin prótesis, mucosa oral rosada, con reflejo de la deglución., ingiere 1 a 2 vasos de agua por día.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Evacua 1 vez por día, durante la hospitalización su evacuación es pastosa, de consistencia dura y cantidad escasa, con sensación de pujo, presenta estreñimiento a causa del medicamento analfin. Sonda Foley a derivación con un gasto de 1.9ml/kg/hr. Color ámbar, sin olor, Sin presencia de estoma intestinal.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Puede trasladarse de un lugar a otro, pero sus movimientos son muy lentos. No presenta deformidades en el cuerpo, no realiza ningún tipo de ejercicio, no puede agacharse para tomar algo del suelo, se cansa con facilidad al realizar alguna actividad. Refiere sensación de dolor en la herida quirúrgica.

Presenta herida quirúrgica en abdomen con dolor EVA de 6/10.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Duerme de 4 a 5 horas diarias durante el día, antes de dormir ve la televisión. Susueño es ligero y no satisfactorio, no tiene ningún hábito ligado al sueño presentainsomnio debido al dolor. Suestado de ánimo cambia, la mayor parte del tiempo es irritable por no tener descanso a pesar de estar acostado.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Por el dolor requiere asistencia para colocarse la playera, viste de acuerdo a su edad y le gusta usar todo tipo de ropa pero en este momento se sientemáscómodo con pans, aunque hay veces que no se los cambia debido al dolor, su madre refiere que a veces no quiere cambiarse de ropa ni siquiera para salir a sus citas del hospital o para algún evento.

7. NECESIDAD DETERMORREGULACIÓN

Mantiene una temperatura de 36.5° C, eutérmico, se adapta muy fácil a todo tipo de clima. Su piel es rosada, sin presencia de cianosis. Refiere en ocasiones sentir escalofríos mientras permanece acostado.

8. NECESIDAD DEHIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

El estado de la piel es limpia, no hidratada, color rosada, sin suavidad y poca flexibilidad. Presenta herida quirúrgica en abdomen, con un bioback en región hepática drenando 100 ml de líquido seroso y un bioback en corredera parietocólica izquierda drenando 40 ml de líquido serohemático. La piel alrededor de este se muestra húmeda, sucia y poco lubricada.

Mantiene higiene bucal con lavado de dientes 1 o 2 veces al día sin presencia de mucositis.

Se baña todos los días por las noches a veces solo se enjuaga la cabeza y no utiliza siempre jabón. Hace su cambio de ropa, tres veces por semana.

Se lava las manos antes y después de ir al baño. Se lava los dientes dos veces al día.

Tiene una puntuación de 10 puntos con bajo riesgo en la escala de Braden.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Su esquema de vacunación es completo.

Tiene cama con los barandales arriba.

Presenta riesgo de Infecciones debido a la mala higiene de su herida quirúrgica

Madre y tías maternas con hipertensión arterial sistémica.

Conoce su tratamiento médico y sabe sobre su enfermedad es por ello que lleva un buen régimen terapéutico.

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Solo vive con su mamá, mantiene un lenguaje verbal y no verbal, expresa movimientos significativos, manifiesta sus necesidades como desahogarse con su mamá aunque refiere no poder hacerlo completamente pues no quiere dañarla más.

Solicita información cuando la desconoce, no presenta alteración intelectual ni psicológica,

Mantiene una buena comunicación con su madre pues ella es quien lo acompaña en sus tratamientos.

Por su enfermedad dejo de comunicarse con amigos y compañeros de trabajo.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUSCREENCIAS Y VALORES

Es católico, aunque casi no visita la iglesia, y sus creencias le ayudan a sobrellevar su enfermedad.

Los valores primordiales en su familia son el amor y el respeto.

Su madre reza cuando inicia algún tratamiento o procedimiento.

En su cabecera se encuentra una virgen de Guadalupe y en su mano un rosario.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su rol familiar es de hijo y padre de una niña.

Termino la preparatoria y trabajaba como guardia de seguridad ahora está desempleado debido a que ya no tiene fuerza y a que está en tratamiento médico, por ello tiene ayuda económica por parte de sus familiares, no realiza actividades de recreación.

Muestra ira y coraje por las limitaciones de su enfermedad, presenta signos de depresión (llanto fácil y aislamiento).

13. NECESIDAD DE RECREACIÓN

Vepelículas mientras está hospitalizado, sus preferidas son las de acción.

Lee el periódico durante el día, no realiza ninguna actividad física y refiere que anteriormente solía salir a correr y hacía ejercicios de fuerza en casa pues era guardia de seguridad pero ahora solove la televisión.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Su nivel de estudios es bachillerato, no tiene problemas de aprendizaje o cognitivo, usa lentes para poder leer de cerca, escucha bien, no presenta pérdida de la audición ni sensibilidad a los sonidos. Tomadecisiones en cuanto a su tratamiento, sabe y lee acerca de su enfermedad; cuestiona a los médicos o al personal de enfermería aunque piensa que nunca podrá saber todo lo que necesita.

Para reforzar su aprendizaje solo refiere leer el periódico.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA JERARQUIZADOS

1. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Desequilibrio nutricional por defecto R/C obstrucción esofágica M/P reflujo, náuseas y abdomen globoso.

2. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Estreñimiento R/C el suministro de fármacos opiáceos M/P evacuaciones de consistencia dura, heces escasas y sensación de pujo.

3. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería. Deficiente higiene personal R/C la instalación de biobackabdominalbilateral M/P piel húmeda, sucia y poco lubricada. Aunado a la dificultad para la deambulaci3n.

4. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de Enfermería. Alteración en el ciclo de sueño R/C dolor en herida quirúrgica M/P labilidad emocional, irritabilidad y verbalización de insatisfacción en el descanso.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnóstico de Enfermería. Deterioro en la deambulacion R/C herida quirúrgica M/P movimientos lentos, imposibilidad para agacharse y sensación de dolor.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico de Enfermería. Dificultad para realizar por sí mismo las actividades de vestido. R/C bioback abdominal bilateral y dolor en herida quirúrgica M/P desaliño y ropapersonal sucia.

7. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnóstico de Enfermería. Depresión por desempleo R/C el proceso de enfermedad M/P ira, coraje, llanto fácil, aislamiento y dificultades económicas.

8. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de presentar infección en la herida quirúrgica R/C mala higiene.

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de deterioro de la comunicación verbal R/C proceso de la enfermedad.

10.NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para mejorar la oxigenación.

11.NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para mantener su temperatura corporal en condiciones óptimas.

12.NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para mejorar su aprendizaje en cuestiones de salud y enfermedad.

13.NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para mejorar su bienestar espiritual.

14.NECESIDAD DE RECREACION

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para participar en actividades recreativas.

2.4 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION

1. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Desequilibrio nutricional por defecto R/C obstrucción esofágica M/P reflujo, náuseas y abdomen globoso.

Objetivo. Javier a mantendrá en óptimas condiciones su estado de nutrición e hidratación.

Intervención de Enfermería 1

Vigilar que la dieta sea la correcta antes de la ingesta.

Fundamentación teórica

La identificación inadecuada de las personas es una causa importante de los problemas y complicaciones asociadas a errores en la asistencia, pues se pueden administrar tratamientos distintos los cuales nos llevaran a respuestas no esperadas.

Intervención de Enfermería 2

Proporcionarle una paleta de hielo para disminuir la inflamación e irritación de la faringe.

Fundamentación teórica

El frío produce efectos fisiológicos, biológicos y vasculares, dentro de los vasculares, la vasoconstricción los primeros 15 min de aplicación es lo que da el efecto desinflamatorio, además de que disminuye el flujo sanguíneo. También funciona como analgésico ya que disminuye el dolor y el espasmo muscular.

Intervención de Enfermería 3

Observar si se producen náuseas y vómitos.

Fundamentación teórica

Las náuseas y vómitos son síntomas frecuentes en pacientes con cáncer esto puede ser debido a intolerancia a la dieta, o por tratamiento de quimioterapia o cuando se irradia a las personas en el área del abdomen superior.

Intervención de Enfermería 4

Proporcionar cuidados bucales antes y después de las comidas.

Fundamentación teórica

Hay muchas clases diferentes de bacterias en la boca. Algunas ayudan y otras causan daño. La quimioterapia y la radioterapia pueden producir cambios en los tejidos de la boca y las glándulas salivales, que elaboran la saliva. Esto puede alterar el equilibrio saludable de las bacterias. Estos cambios conducen a llagas en la boca, infecciones y caries dentales.

Intervención de Enfermería 5

Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.

Fundamentación teórica

Es importante el tratamiento temprano de los síntomas y los efectos secundarios que afectan la alimentación y causan pérdida de peso. Tanto la terapia nutricional como la medicina pueden ayudar a la persona a mantener un peso saludable.

Evaluación

Javier refiere sentir mejoría al comerse una paleta de hielo pues siente la faringe menos irritada, en cuanto a su peso ha aumentado debido a la calidad de los alimentos que se le proporcionan.

2. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Estreñimiento R/C el suministro de fármacos opiáceos M/P evacuaciones de consistencia dura, heces escasas y sensación de pujo.

Objetivo. La persona conocerá acerca de técnicas que ayuden a la disminución del estreñimiento.

Intervención de Enfermería 1

Valorar la presencia de peristaltismo.

Fundamentación teórica

Es de vital importancia vigilar los movimientos peristálticos pues estos producen contracciones musculares rítmicas y coordinadas que facilita la progresión del bolo alimentario y luego fecales.

Intervención de Enfermería 2

Fomentar la ingesta de líquidos.

Fundamentación teórica

Beber agua es fundamental para mantener las heces blandas y facilitar así su tránsito por el colon y su expulsión. Sin el agua suficiente, el bolo fecal se hace más seco y duro y, por tanto, más difícil de mover por el intestino.

Intervención de Enfermería 3

Instruir a la persona sobre el uso de laxantes.

Fundamentación teórica

Existen diferentes tipos de laxantes, cada uno con unas propiedades, unas indicaciones y unas contraindicaciones distintas, y deben utilizarse con precaución y siempre bajo control médico, pues pueden interferir en la absorción tanto de alimentos como de medicamentos, y alterar de forma grave e incluso de forma irrecuperable las estructuras nerviosas del intestino grueso, especialmente del colon.

Intervención de Enfermería 4

Instruir a la persona sobre la relación de dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos.

Fundamentación teórica

Los líquidos ayudan a que las heces se mantengan suaves y facilitan su evacuación, el ejercicio ayuda al sistema a mantenerse activo y sano, con solo caminar unos 20 a 30 minutos, se mejorará la actividad peristáltica del intestino grueso favoreciendo la movilidad intestinal, y de este modo el avance del bolo fecal.

Evaluación

Javier expresa haber evacuado con las técnicas realizadas durante su hospitalización.

3. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería. Deficiente higiene personal R/C la instalación de bioback abdominal bilateral M/P piel húmeda, sucia y poco lubricada. Aunado a la dificultad para la deambulacion.

Objetivo. Javier mejorara su higiene personal para así favorecer su pronta recuperacion.

Intervención de Enfermería 1

Considerar la cultura de la personaal fomentar las actividades de auto cuidado.

Fundamentación teórica

En muchas culturas, el olor corporal es ofensivo, pero algunos lo ven como algo natural. Al interactuar con diferentes culturas, es importante evitar las suposiciones. Es mejor informarse sobre las expectativas de cada persona con respecto a la limpieza.

Intervención de Enfermería 2

Colocar jabón, toallas y equipo necesarios para realizar una higiene.

Fundamentación teórica

El aseo corporal debe realizarse al menos una vez por día con jabones antibacterial es para purificar nuestra piel de bacterias, eliminar la transpiración y los olores que nuestro cuerpo produce naturalmente.

El baño diario es una medida de higiene importante para evitar gérmenes y enfermedades en la convivencia diaria.

Intervención de Enfermería 3

Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida.

Fundamentación teórica

Es importante mantener un buen ambiente, pues toda persona dispone de su eficiencia, eficacia y bienestar de un ambiente digno el cual promueve el bienestar de las personas favoreciendo la integridad y evitando la fatiga.

Intervenciones Enfermería 4

Enseñar a limpiar la zona de drenajes con movimientos circulares de lo limpio a lo sucio.

Fundamentación teórica

Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de microorganismo y bacterias.

Intervención de Enfermería 5

Enseñar la importancia de mantener limpia, seca y lubricada la piel.

Fundamentación teórica

El cuidado de la piel es importante tanto en la persona sana como en la enferma. En las fases finales de la vida las pequeñas alteraciones en la textura y resistencia de la piel son fundamentales a la hora de aumentar el riesgo de aparición de diversas alteraciones de la misma, la deshidratación, la caquexia, la medicación, etc., pueden provocar desde problemas leves, aunque muy molestos como el picor por una piel seca, hasta problemas más serios y difíciles de tratar como pueden ser las úlceras por presión.

Intervención de Enfermería 6

Fomentar la participación de los familiares en el aseo de Javier.

Fundamentación teórica

A través de la red familiar es posible encontrar apoyo, por ello, es importante considerar la influencia de las relaciones familiares, dado que esto puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también puede interferir en su cumplimiento.

Evaluación

Javier realiza un buen aseo de su cuerpo así como de sus heridas, su piel se observa rosada y lubricada.

4. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de Enfermería .Alteración en el ciclo de sueño R/C dolor en herida quirúrgica M/P labilidad emocional, irritabilidad y verbalización de insatisfacción en el descanso.

Objetivo. Javier logrará tener un sueño satisfactorio.

Intervención de Enfermería 1

Ayudar a Javier a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena.

Fundamentación teórica

El sueño, parte indispensable de la rutina diaria de cada persona, no solo es el eje fundamental del correcto estado motriz del ser humano, sino que influye de manera vital en sus funciones mentales.

Intervención de Enfermería 2

Limitar la cantidad de visitas nocturnas y las interrupciones por parte de las mismas.

Fundamentación teórica

La excesiva cantidad de personas en una habitación limitan el tiempo de sueño durante la noche, así mismo los ruidos influyen evitando tener un sueño reparados pues nuestro subconsciente sigue trabajando.

Intervención de Enfermería 4

Apagar las luces de la habitación.

Fundamentación teórica

Al dormir es necesario apagar la luz ya que con la oscuridad el organismo segrega una hormona llamada melatonina, necesaria para un sueño reparador. La oscuridad, por otro lado, permite distinguir el día de la noche y acoplar mejor el ritmo para el descanso.

Intervención de Enfermería 5

Verificar el horario de medicamento analfin para control del dolor, este antes de dormir.

Fundamentación teórica

El tomar los medicamentos antes de dormir en personas que padecen de dolor, insomnio, etc. ayudara a tener un sueño profundo y prolongado evitando despertar durante la madrugada.

Evaluación

Mejora su descanso, duerme más horas durante la noche.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnóstico de Enfermería. Deterioro en la deambulacion R/C herida quirúrgica M/P movimientos lentos, imposibilidad para agacharse y sensación de dolor.

Objetivo. Javier realizará ejercicios pasivos que le ayuden a mantener un buen tono muscular y evitar pensamientos de dolor para que enseguida pueda mejorar su deambulaci3n.

Intervenci3n de Enfermería 1

Determinar la capacidad de Javier para participar en actividades.

Fundamentaci3n te3rica

Es de vital importancia despu3s de una cirugía animar a las personas a que practiquen actividades fuera de la cama, tales como ponerse de pie y caminar inmediatamente despu3s de la cirugía, Se debe recomendar que sigan un programa progresivo para volver a una vida diaria funcional.

Como cada procedimiento quirúrgico es diferente y est3 diseñado para la correcci3n de un trastorno específico, cada actividad debe de estar personalizada para una pronta mejoría.

Intervenci3n de Enfermería 2

Facilitarle un ambiente seguro para la pr3ctica de los ejercicios.

Fundamentaci3n te3rica

Podemos considerar un ambiente terapéutico como un refugio temporal y seguro a agentes estresantes de la vida, a la vez la persona podr3 sentirse capaz de adquirir nuevas conductas, las característic3s esenciales de un ambiente seguro consisten en tomar a la persona como un ser individual el cual tiene vnculos familiares y necesita de intimidad para realizar dichas actividades.

Intervención de Enfermería 3

Enseñar sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.

Fundamentación teórica

Al ejercitar los músculos, se consume calorías, y cuanto más tiempo se prolongue este tipo de vida activo, más calorías quemará el organismo. Mantenerse en forma, con un buen tono muscular, durante toda la vida ya no es simplemente una posibilidad, sino una necesidad que día a día necesitan las personas para tener una vida plena el cual les permita valerse por sí mismos.

El entrenamiento físico mediante movimientos lentos y controlados estimula las fibras musculares

Intervención de Enfermería 4

Aconsejar a Javier que use calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.

Fundamentación teórica

El utilizar calzado adecuado ayudara a facilitar la deambulación en el post-operatorio. Este puede ser de una suela anti-deslizante que garantice seguridad a la persona en dar pasos seguros.

Intervención de Enfermería 5

Ayudar a Javier en sus movimientos, según a tolerancia.

Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad

Fundamentación teórica

La movilidad es vital para el ser humano pues se produce un aumento de la capacidad cardiovascular, de la musculatura y de la densidad ósea, disminuye la ansiedad, la hostilidad y los síntomas depresivos

Evaluación

Comienza a dar pasos por sí solo y a realizar ejercicios con ayuda de su familiar.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico de Enfermería. Dificultad para realizar por sí mismo las actividades de vestido. R/C bioback abdominal bilateral y dolor en herida quirúrgica M/P desaliño y ropa personal sucia.

Objetivo. Javier utilizará ropa cómoda y limpia que le permita sentirse a gusto consigo mismo.

Intervención de Enfermería 1

Considerar la cultura de la persona al fomentar las actividades.

Fundamentación teórica

Las creencias culturales en los individuos son un complemento de apoyo emocional, ya que la mayoría de las religiones o creencias se basan en los principios de vida. Es necesario que todo profesional se provea de unas competencias culturales. Esta competencia significa que la enfermera sea capaz de

conocer la perspectiva cultural, los valores, conocimientos y las necesidades de las personas, con el fin de realizar acciones congruentes y respetuosas de esa diversidad.

Intervención de Enfermería 2

Informar a la persona de la vestimenta disponible que puede seleccionar.

Fundamentación teórica

La imagen es tan importante, que en muchos casos, sin una buena imagen no podrá llegar a demostrar la buena educación, los conocimientos profesionales o cualquier otra cosa que las personas quisieran demostrar,

el buen uso de prendas va mas allá de verse bien implica higiene y el cuidado que tenemos para nuestro cuerpo.

Intervención de Enfermería 3

Disponer las prendas de la persona en una zona accesible (al lado de la cama).

Fundamentación teórica

La imagen corporal se refiere cómo una persona se siente con su aspecto físico.

La autoestima es la medida en que nos aceptamos y valoramos nosotros mismos, esto puede influir sobre nuestra forma de actuar.

El cambio de ropa es importante no sólo por la imagen corporal que se desee expresar, también está relacionado con la higiene personal, pues expresa cómo una persona se siente con su aspecto físico.

Intervención de Enfermería 4

Estar disponible para ayudar a vestir si es necesario.

Fundamentación teórica

El respeto entre enfermera-persona permite una buena comunicación retroalimentaría.

La vestimenta adecuada es parte fundamental de la higiene personal, la enfermera debe brindar la función de ayuda para satisfacer el autocuidado.

Intervención de Enfermería 5

Colocar la ropa sucia en un bote adecuado.

Fundamentación teórica

Como profesionales debemos educar a las personas acerca de las tareas de limpieza, por lo que es necesario siempre brindar un cuidado en donde cada área al realizar una intervención se encuentre limpia, esta condición favorecerá de una manera notable la calidad de vida así como la comodidad de la persona.

Intervención de Enfermería 6

Proporcionar información de higiene.

Fundamentación teórica

La higiene personal tiene gran importancia para la salud del hombre. Por ello, debemos establecer de forma clara y precisa qué es la higiene personal y cómo podemos determinar el grado de desarrollo alcanzado en este sentido.

Intervención de Enfermería 7

Facilitar que el paciente se afeite por sí mismo.

Fundamentación teórica

La afeitada es una parte necesaria en el cuidado personal de un hombre, eliminar el vello facial puede hacer que se sienta más cómodo y aun más si el logra su independencia para realizarlo.

Evaluación

Javier refiere sentirse más cómodo con ropa limpia, aunque cree que aún es necesaria la ayuda de algún familiar.

7. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnóstico de Enfermería. Depresión por desempleo R/C el proceso de enfermedad M/P ira, coraje, llanto fácil, aislamiento y dificultades económicas.

Objetivo. Javier expresará sus emociones y eliminará sentimientos de culpa.

Intervención de Enfermería 1

Facilitar la discusión del impacto sobre la enfermedad.

Fundamentación teórica

La familia y la persona enferma tienen grandes dificultades para poder hacerse cargo de todo el peso que conlleva la enfermedad, la información que brinde el profesional de salud debe de ser muy precisa para que la familia pueda dialogar claramente acerca del pronóstico.

Intervención de Enfermería 2

Facilitar ayuda espiritual.

Fundamentación teórica

Las creencias y las expectativas de un individuo pueden tener efectos sobre el bienestar físico de la persona. Es por esto que el profesional de enfermería debe

realizar intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades de la persona. Entre las necesidades espirituales que pudiéramos mencionar están; la necesidad de propósito, necesidad de amor y relaciones, necesidad de creencias y de perdonar.

Intervención de Enfermería 3

Canalizar a la persona con ayuda de profesionales en terapias ocupacionales.

Fundamentación teórica

La Terapia Ocupacional es una herramienta fundamental para el tratamiento de las personas, la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir

la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

Intervención de Enfermería 4

Canalizar a Javier y a su familia a terapia psicológica.

Fundamentación teórica

La terapia es siempre recomendada y a pesar de que en otros tiempos solía creerse que sólo era recomendable para las personas con serios problemas psicológicos, hoy en día muchas personas sin problemas graves buscan recurrir a una terapia que les ayude a entender mejor el por qué de sus comportamientos y a mejorar aquellas cosas que sienten no del todo satisfactorias consigo mismo, la enfermera asesorara acerca de los lugares a los cuales los familiares y las personas podrán acudir.

Evaluación

Javier entiende el proceso de enfermedad y acude a su primera terapiapsicológica junto con su familiar.

8. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de presentar infección en la herida quirúrgica R/C mala higiene.

Objetivo. La persona mejorará la limpieza de su herida quirúrgica para evitar infección.

Intervención de Enfermería 1

Limitar el número de visitas.

Fundamentación teórica

La prevención de infecciones es un asunto de todos, en donde no solo el profesional de salud debe tomar medidas específicas, cada una de las personas que están en contacto con la persona deben adecuarse a las necesidades de este, el entrar y salir en una habitación permite que las bacterias se introduzcan al estar en contacto con la persona o con algún objeto de su habitación.

Intervención de Enfermería 2

Mantener las normas de asepsia.

Fundamentación teórica

Evitar la infección iatrogena y del personal asistencial, aplicando los métodos más idóneos en cada momento. Entendemos por asepsia la ausencia de toda clase de microorganismos patógenos y de materia séptica.

Intervención de Enfermería 3

Instruir a Javier y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección.

Fundamentación teórica

Conocer acerca de los signos y síntomas de infección nos acercara al problema, dichos factores nos permitirán tomar medidas de prevención frente al problema, lo

cual aportará dos beneficios; primero, garantizar una pronta recuperación de la persona, mejorar el servicio de atención y reducir la frecuencia de infecciones intrahospitalarias; segundo, reducir el tiempo de hospitalización de la persona, que conlleva a disminuir el consumo de medicamentos, material sanitario, pruebas adicionales de diagnóstico y costos por día/cama.

Intervención de Enfermería 4

Fomentar una ingesta nutricional adecuada.

Fundamentación teórica

Una alimentación correcta, variada y completa, permite por un lado que nuestro cuerpo funcione con normalidad (que cubra nuestras necesidades biológicas básicas -necesitamos comer para poder vivir-) y por otro, previene o al menos reduce el riesgo de padecer infecciones o enfermedades a corto y largo plazo.

Intervención de Enfermería 5

Enseñar a Javier a tomar los medicamentos tal y como se han prescrito.

Fundamentación teórica

Es obligatorio seguir estrictamente las recomendaciones del médico a lo largo de todo un tratamiento, ya que de lo contrario se corre el riesgo de agravar la situación y aumentar así la posibilidad de ingreso hospitalario.

Las consecuencias de la no adherencia al tratamiento farmacológico pueden ser fatales.

Evaluación

Se le explico a Javier acerca de los signos y síntomas de una infección así como la manera correcta de lavar su herida quirúrgica y fue de mucha ayuda ya que no presento ningún malestar durante la cicatrización de la herida.

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de deterioro de la comunicación verbal R/C proceso de la enfermedad.

Objetivo. Javier expresará sentimientos con familiares o algún profesional.

Intervención de Enfermería 1

Dialogar con Javier sobre la importancia de comunicarse con los demás para expresar sus emociones y temores.

Fundamentación teórica

Expresar los sentimientos es dar a conocer a los demás nuestra inclinación para responder de manera emocional delante de objetos particulares, personas, situaciones o circunstancias.

Intervención de Enfermería 2

Transmitir nuestra disponibilidad para lo que pueda necesitar.

Fundamentación teórica

La comunicación verbal con la persona en términos directos, concretos y específicos acordes a la realidad es parte vital de la relación enfermera-persona y de tal manera se podrán brindar los cuidados específicos.

Intervención de Enfermería 3

Tener una actitud abierta y tolerante.

Fundamentación teórica

La interrelación enfermera-persona es importante para que la persona se sienta segura y tenga confianza y pueda expresar sus sentimientos e inquietudes, y mejore su autoestima.

Intervención de Enfermería 4

Evitar contrariar a la persona tratando de convencerlo de que sus ideas son falsas e irreales.

Fundamentación teórica

Abordar las ideas falsas e irreales con la persona permitirá situarlo en la realidad, sin que esto pueda generarle una conducta de irritabilidad, autoagresión que ponga en peligro su persona.

Intervención de Enfermería 5

Poner atención a la persona cuando hable y observar su expresión facial, gestos y tono de voz, que ayuden a identificar la manera de apoyarla.

Fundamentación teórica

El escuchar a la persona es parte del apoyo que se le debe brindar para proporcionar confianza y pueda expresar con libertad sus inquietudes.

Evaluación

Javier refiere sentirse más tranquilo al conversar con personas distintas a su familia pues tiene miedo de expresar sus opiniones y el sentirse triste de saber que dejara a su madre.

10.NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para mejorar la oxigenación.

Objetivo. Javier tendrá una óptima oxigenación.

Intervención de Enfermería 1

Enseñar a Javier las diferentes posiciones para mejorar la oxigenación.

Fundamentación teórica

La posición semifowler permite que salga más aire de los pulmones durante la espiración. En esta postura el paciente no puede usar los músculos accesorios de la respiración y mejora la acción de elevación del diafragma.

Intervención de Enfermería 2

Brindar orientación sobre el uso correcto de prendas de vestir.

Fundamentación teórica

El uso de ropa debe ser adecuado, prendas sueltas, ligeras, calientes é impermeables, se aconseja llevar varias “capas de ropa” y no prendas apretadas, para facilitar la circulación periférica. Usar guantes, gorras, sombreros, bufandas y calcetines de lana, pues hay que recordar que la mayor parte del calor del cuerpo se pierde por la cabeza, manos y pies. El calzado debe ser caliente, resistente al agua y antideslizante. En los días fríos debemos realizar salidas breves a la calle, evitando los cambios bruscos de temperatura de forma continua.

Intervención de Enfermería 3

Orientar acerca de la importancia de ejercicios respiratorios.

Fundamentación teórica

Modificando el ritmo respiratoria podemos influir en nuestro estado emocional; la respiración profunda y lenta nos calma, nos tranquiliza. A través de ella podemos regular nuestro equilibrio emocional.

Intervención de Enfermería 4

Informar acerca de la actividad física.

Fundamentación teórica

El ejercicio mejora la capacidad respiratoria, consiguiéndose una mayor cantidad de aire y como consecuencia de oxígeno.

Evaluación

Javier refiere tener respiraciones profundas, sin dolor, así como el caminar le permite evitar la fatiga.

11.NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para mantener su temperatura corporal en condiciones óptimas.

Objetivo. La persona optimizará su termorregulación.

Intervención de Enfermería 1

Explicar a Javier sobre la importancia de la actividad física.

Fundamentación teórica

El ejercicio aumenta la demanda sobre el sistema cardiovascular, más aun cuando lo sometemos en ambientes calurosos. Es el encargado de llevar el calor desde el interior del cuerpo hacia la piel. Durante el ejercicio hay demanda de sangre hacia los músculos, el ejercicio mejora la capacidad respiratoria, consiguiéndose una mayor cantidad de aire y como consecuencia de oxígeno.

Intervenciones Enfermería 2

Mantener a Javier con actividades durante el día, así como caminar por los pasillos, evitando cambios bruscos de temperatura y el escalofrío.

Fundamentación teórica

Hacer actividades que favorezcan a la movilidad ayuda claramente a sentirse mejor física y psicológicamente, con importantes beneficios en la prevención de enfermedades como sobrepeso, la obesidad, diabetes, hipertensión, colesterol ayudando a mejorar su salud.

Intervención de Enfermería 3

Informar a Javier sobre los signos y síntomas de una infección, así como la importancia de tener un termómetro a la mano.

Fundamentación teórica

Conocer acerca de los signos y síntomas de infección nos acercara al problema, dichos factores nos permitirán tomar medidas de prevención frente al problema, lo cual aportará beneficios; para garantizar una pronta recuperación de la persona.

La fiebre es uno de los síntomas indicativos de la presencia de infección, es de vital importancia contar con un termómetro idóneo para poder obtener una lectura fiable,

y poder verificar la temperatura de personas que se encuentren en riesgo de padecer infecciones.

Intervención de Enfermería 4

Brindar orientación sobre el uso correcto de prendas de vestir.

Fundamentación teórica

La ropa, tiene múltiples funciones en el ser humano. Desde la más básica de proteger del frío a la bíblica de ocultar la desnudez, pasando por la demostración del rango, la categoría social, la pertenencia a una profesión, condición, clase o

casta, o la simple de expresar, supuestamente, las características de la personalidad. En el ámbito de la asistencia sanitaria las implicaciones de la ropa son múltiples, a veces sorprendentes, y afectan tanto a pacientes como a profesionales

Intervención de Enfermería 5

Brindar orientación sobre cambios bruscos de temperatura.

Fundamentación teórica

Ante todo hay que contar con que somos seres homeotérmicos. Esto implica mantener una temperatura corporal determinada para continuar con nuestras funciones vitales en forma óptima. Nuestro cuerpo consigue este fenómeno manteniendo un equilibrio entre el calor que generamos y el que perdemos al contacto con el exterior.

Evaluación

Javier comprende la importancia de mantener una temperatura adecuada para su tratamiento y lleva a cabo cada una de las actividades.

12.NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para mejorar su aprendizaje en cuestiones de salud y enfermedad

Objetivo. Javier reforzara la información brindada.

Intervención de Enfermería 1

Identificar las necesidades de aprendizaje de la persona.

Fundamentación teórica

Las personas se diferencian en la forma de percibir, pensar, procesar la información, sentir y comportarse, esto influye en la forma de aprendizaje así como para la toma de decisiones. Para obtener un mayor aprendizaje es necesario saber las costumbres, los hábitos y los valores de cada persona para que la información transmitida sea la adecuada.

Intervención de Enfermería 2

Identificar las características de aprendizaje (idioma, creencias, valores).

Fundamentación teórica

Cada persona aprende de manera distinta a las demás, si bien los estilos de aprendizaje, son relativamente estables, pueden cambiar; es decir pueden ser diferentes en situaciones diferentes y además son susceptibles de mejorarse, sobre todo al avanzar en su proceso de aprendizaje.

Intervención de Enfermería 3

Diseñar actividades de enseñanza o aprendizaje.

Fundamentación teórica

La educación en salud, es una herramienta utilizada para prevenir la enfermedad y promover la vida. La educación se considera como un importante factor en la promoción del cumplimiento y la reducción de las condiciones de enfermedad en las personas así como resolver cuestiones de su tratamiento.

Intervención de Enfermería 4

Cuestionar sobre sus dudas.

Fundamentación teórica

Se ha encontrado que la mala comunicación es la principal causa de falta de seguimiento de las indicaciones y los cuidados necesarios de la salud y el recibir cuestionamientos por parte de las personas contribuirán a desarrollar una cultura de identificación, análisis y comunicación de eventos adversos en salud.

Intervención de Enfermería 5

Fomentar la comunicación entre médico y persona.

Fundamentación teórica

Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico y por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica.

Con el uso de habilidades de comunicación efectiva, se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para la persona.

Evaluación

Javier resuelve sus cuestionamientos y mantiene una mejor comunicación acerca de su tratamiento con su médico tratante.

13.NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para mejorar su bienestar espiritual.

Objetivo. Javier fomentara sus creencias que le permitirán estar bien consigo mismo.

Intervención de Enfermería 1

Respetar las creencias de la persona.

Fundamentación teórica

Hablar de respeto es hablar de los demás.

El respeto es la base de toda convivencia en sociedad.

El respeto también tiene que ver con las creencias religiosas, pues en nuestro hogar tuvimos una determinada formación, o a lo largo de la vida nos hemos ido formando una convicción, todos tenemos una posición respecto de la religión y de la espiritualidad. La convivencia entre enfermera paciente debe ser basada en el respeto en todos los sentidos y para ello no es necesario saber todo tipo de religión simplemente saber acompañar y respetar.

Intervención de Enfermería 2

Remitir a la atención sacerdotal.

Fundamentación teórica

La enfermera es la persona que primero percibe las necesidades espirituales de la persona y puede ser llamada para interactuar en una oración, esta función es de suma importancia para la persona, pero no ayuda eficazmente a sanar o resolver lo que se desea es por ello que la enfermera debe brindar orientación acerca de la necesidad de un sacerdote, pues quien mejor que él para brindar la paz que necesita.

Intervención de Enfermería 3

Ofrecer el apoyo para alguna oración.

Fundamentación teórica

Es de gran importancia la asistencia de enfermería ante la espiritualidad pues La oración posee poderes no sólo beneficiosos para el cuerpo sino sobre todo para mantener el espíritu en excelente estado de salud. Sin embargo, aún nos es difícil entender cuán importante y magnífico puede resultar para la persona el ser escuchada y apoyada. Así mismo, la enfermera dentro de todas sus dimensiones está el apoyo hacia la espiritualidad por la cual se debe de atender como un cuidado más para la mejoría de la persona.

Intervención de Enfermería 4

Permitir a la persona tener imágenes simbólicas que lo reconforten durante su estancia.

Fundamentación teórica

Las imágenes religiosas en algunos pacientes disminuyen miedos y promueven un significado de continuar viviendo.

Evaluación

Javier se siente más tranquilo al realizar una oración antes de cada estudio o tratamiento en compañía del personal de enfermería y de su mamá, así como cuando se le brinda la información acerca de la posibilidad de platicar con un sacerdote, lo cual decide pensarlo.

14.NECESIDAD DE RECREACIÓN

Diagnóstico de Enfermería. Disposición para participar en actividades recreativas.

Objetivo. La persona organizará su tiempo para poder realizar actividades recreativas.

Intervención de Enfermería 1

Ayudar en la organización de tiempo.

Fundamentación teórica

La utilización de nuestro tiempo debe de estar en función de la importancia de nuestras metas y actividades.

El ser humano está en continuo movimiento y para hacer un excelente uso de nuestro tiempo siempre nos enfocaremos a aquello que tiene mayor trascendencia aunque para ello debemos sacrificar otras que sean de mayor relevancia, como por ejemplo, el bienestar de familia o la comunicación para favorecer a una pronta mejoría y hacer más amena la estancia hospitalaria.

Intervención de Enfermería 2

Fomentar terapias ocupacionales como la elaboración de cartas, actividades con su madre.

Fundamentación teórica

La terapia ocupacional y recreativa, cuyo fin es mantener un grado de actividad en el paciente, para que a través de ello obtenga un buen grado de salud, es un método activo de tratamiento, con una profunda justificación psicológica, la misión de esta terapéutica es ayudar a la persona a través de una valorización cuidadosa de su problema y de la utilización de situaciones y actividades apropiadas a recuperar o desarrollar su competencia en lo físico, psíquico, social y económico y en competencia para comunicarse, establecer adaptaciones y relaciones.

Intervención de Enfermería 3

Brindar orientación acerca de los grupos de apoyo del Instituto Nacional de Cancerología.

Fundamentación teórica

Los grupos de apoyo y las redes de contacto entre pacientes pueden ayudar a las personas a que se sientan menos solas y perturbadas y mejoran la calidad de sus vidas. Los grupos de apoyo relacionados con el cáncer proporcionan un ambiente seguro en donde las personas con cáncer pueden hablar de la vida de cáncer con otras personas que pueden estar teniendo experiencias semejantes.

Intervención de Enfermería 4

Fomentar el ejercicio.

Fundamentación teórica

El ejercicio ayuda a mantener nuestro cuerpo en equilibrio y obtener muchos beneficios. Cuando nosotros realizamos por lo menos media hora de ejercicio al día nuestro cerebro se oxigena y permite que nuestras neuronas se conecten de mejor manera, con lo que nos ayuda a pensar y aprender mejor.

Evaluación

Javier realiza actividades como el hacerle cartas a sus familiares y a jugar domino con su mamá, así mismo se muestra interesado por visitar las actividades ocupacionales con las que cuenta el instituto.

CONCLUSIONES

Se logro llevar a cabo cada uno de los objetivos mencionados anteriormente pues se aplico un cuidado individualizado de forma integral, se realizo un valoración adecuada a la persona elegida para la realización de dicho proceso, se formularon los diagnósticos de acuerdo a los problemas encontrados en la valoración, se realizo la planeación de los diagnósticos para establecer las prioridades, elaborar los objetivos y determinar los cuidados específicos para que estos fueran llevados a la ejecución.

Javier logro ser independiente en muchas de sus necesidades aunque por el proceso de la enfermedad otras no se lograron cubrir como es el caso de la necesidad de nutrición y de movilización pues en mi estancia en hospitalización pude observar la forma en que la enfermedad avanzaba día a día y aun con el mayor esfuerzo de Javier no se pudo lograr la dependencia. Me encontré con dificultades que me sirvieron para seguir adelante y aumentar mis conocimientos, este trabajo me llena de satisfacción al haber logrado mi objetivo principal y estoy segura de que esta experiencia la viviré día a día pues la trayectoria profesional de la enfermería es muy grande.

SUGERENCIAS

La práctica de enfermería acorde con la evolución ha tenido cambios de acuerdo a los avances tecnológicos y científicos y esto hace que el gremio enfermero cada día tenga la necesidad de seguir un camino que no tendrá fin en lo referente a la preparación profesional, profundizando en los conocimientos teóricos y metodológicos que sustenten la práctica y permitan reconocer al ser humano en una dimensión holística que se traduce a cuidados integrales, permitiendo al hombre prolongar sus expectativas de vida, todo esto hace que la enfermería este reconocida profesionalmente.

Por lo anterior, se recomienda:

1. Que el proceso enfermero siga siendo una asignatura durante la carrera de la licenciatura en enfermería pues es la herramienta principal de toda enfermera en su práctica profesional.
2. Promover la difusión del proceso como opción a titulación ya que es un método de mucho aprendizaje que aplicaremos durante el ejercicio laboral.
3. Es importante conocer el proceso enfermero porque tiene un enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo humano, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes.

GLOSARIO

ALOPECIA: Caída del cabello. Pérdida reversible del cabello durante la aplicación de la quimioterapia. Después de finalizado el tratamiento el cabello vuelve a crecer normalmente.

ANTIEMETICO: Que detiene o previene la émesis o vómito; que remedia las nauseas.

ASTENIA: Término médico para el cansancio. Es un síntoma frecuentemente ligado al cáncer y a sus tratamientos.

BIOPSIA: Procedimiento que consiste en tomar una muestra pequeña de un tejido vivo de un órgano ó lesión, para su estudio microscópico, a través del cual se puede obtener un diagnóstico.

CÁNCER: El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Grupo de signos y síntomas que suelen concurrir de un determinado diagnóstico de enfermedad.

CICLO CELULAR: Proceso ordenado y repetitivo en el tiempo en el que la célula crece y se divide en dos células hijas. Las células que no se están dividiendo no forman parte, de por sí, en el ciclo celular, sino que están en una fase conocida como Go. Muchas de las alteraciones genéticas que subyacen al cáncer tienen lugar en genes relacionados con el gobierno del ciclo celular.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: Problema de salud real o potencial de (una persona, grupo o familia) que las enfermeras tratan de forma legal e independiente, iniciando actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.

DISFAGIA: Pérdida o trastorno para tragar.

DUELO: En psicología, la serie estereotipada de fases por la que atraviesan los familiares tras la muerte de un ser querido.

EMESIS: Sensación de tener la urgencia de vomitar y la expulsión forzada de los contenidos del estómago hacia arriba a través del esófago y fuera de la boca. También se conoce como vómito.

ENDOSCOPIA: Endoscopia es un término amplio para describir el estudio del interior del cuerpo usando un instrumento flexible e iluminado (endoscopio). En general, el endoscopio es introducido al cuerpo a través de una apertura natural como la boca o el ano. Aunque la endoscopia puede incluir el examen de otros órganos, su uso más común es como procedimiento para evaluar el esófago (introduciendo el endoscopio por la boca), el estómago y, parte del intestino.

ESTOMA: Procedimiento quirúrgico en el que se realiza una apertura en la superficie de la piel con el fin de comunicar artificialmente una cavidad interna del cuerpo con el exterior. Es el caso del ano artificial que es necesario hacer para evacuar las heces en el caso del cáncer de colon.

ETIOLOGÍA: Factores que causan un problema o contribuyen a él.

METÁSTASIS: Dispersión de un tumor primario hacia otro lugar del cuerpo, distante de su órgano de origen. Las células malignas pueden trasladarse, viajar por vía linfática ó sanguínea hacia otros sitios.

NANDA: Siglas de North American Diagnosis Association.

ONCOLOGÍA: Rama de la medicina que se ocupa del estudio de los tumores malignos: rasgos, prevención y tratamientos.

OBJETIVO DE ENFERMERIA: Exposición de lo que la enfermera planifica para ayudar a las personas a alcanzar una evolución esperada.

PLAN DEL CUIDADOS DE LA PERSONA: Plan escrito de cuidados de enfermería que describe los problemas específicos de la persona, evolución esperada, ordenes de enfermería y progresión de la persona.

QUIMIOTERAPIA: Constituye uno de los tratamientos contra el cáncer en el cual se aplican medicamentos o drogas antineoplásicas, para destruir las células cancerígenas. El tipo ó combinación de tratamientos dependerá del tipo de tumor y las condiciones de salud de la persona.

RADIOTERAPIA: Tratamiento contra el cáncer basado en el empleo de radiaciones ionizantes de alta energía para dañar las células cancerosas e impedir que crezcan o se dividan. Como la cirugía, la radioterapia es un tratamiento localizado que afecta solamente las células del área tratado.

ULTRASONIDO: Uso de ondas de sonido para producir imágenes de tejidos del cuerpo. Se utilizan en numerosas aplicaciones médicas como el monitoreo fetal, la obtención de imágenes de los órganos internos del organismo y la limpieza de instrumental médico y odontológico. Ver: Sonograma.

VALORACIÓN DE ENFERMERIA: Proceso de recopilación de información (datos) sobre una persona, familia o comunidad con el fin de identificar diagnósticos/problemas de enfermería reales o potenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carpenito J L. Manual de diagnósticos de enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 4ª Edición. España. 1993.

GLOBOCAN 2008 Organización Mundial de la Salud.

Griffiths, Margaret J. Oncología Básica. Editorial La prensa Medica Mexicana, S.A. de C.V. México, D.F. 1984.

Hamilton, Helen K. Enfermedades Neoplásicas. Editorial Científica, S.A de C.V. 1ª ed. México.

Jordi Estape y María Domenech. Enfermería y Cáncer. Barcelona, España. 1992.

Kozier, B. Fundamentos de Enfermería. Editorial Interamericana. 3ª Edición. España. 1999

López González, C. M. y López Ruiz, J. El Proceso de atención de enfermería. Editorial McGraw-Hill, España, 1993.

Luis Rodrigo, Ma. Teresa y Cols. De la Teoría a la Práctica. Editorial Masson, Barcelona, 2000.

Marriner Tomey, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Editorial Interamericana, México, 1999.

Murray Ellen. Proceso de atención de enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 5ª ed. México, 1996.

NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2002, Madrid, España.

Otto, Shirley E. Enfermería Oncológica. Editorial Harcourt Brace. 3ª ed. Madrid, España.

Potter y Perry Fundamentos de Enfermería. Vol. I. Editorial Harcourt/Océano, Elsevier, España, 2002.

Reyes Gómez, E. Fundamentos de Enfermería. Ciencia metodológica y tecnológica. Editorial El Manual Moderno. 4ª. Reimpresión. México, 2011.

Riopelle, L. Cuidados de Enfermería Un proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Editorial McGraw-Hill. España, 1993

Rosales Barrera, S. y Reyes G., E. Fundamentos de Enfermería. Editorial El Manual Moderno, 3ª. Edición. México, D.F., 2004



ANEXOS

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA VALORACIÓN CLÍNICA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

Institución: _____ Registro: _____
Fecha: _____ Servicio: _____ No.
Consultorio/cama: _____

I. Necesidades básicas

1.- Características personales

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Tel. particular: _____ Religión: _____
Karnofsky: _____ Lugar de procedencia: _____
Años de estudio: _____ Trabajo/profesión: _____
Ingreso familiar: _____ Actividades recientes: _____
Metas programadas para la salud:

2.- Características familiares

Composición familiar:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte económico

--	--	--	--	--	--

2.1 Estructura Familiar

a) Estructura del rol

¿Se siente apoyado por sus familiares? Si _____ No _____ ¿Por qué?

¿Alguien de su familia ha adoptado su rol? Si _____ No _____ ¿Por qué?

b) Sistema de valores

¿En la familia existen normas para cumplir en relación con las obligaciones de la escuela, trabajo y del hogar? No _____ Si _____

¿Cuáles? _____

c) Patrón de comunicación

¿Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos? _____

¿Estas _____ son respetadas? _____

d) Estructura del poder (afrentamiento familiar)

¿Cuáles eventos o situaciones han causado tensión en la familia?

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

¿Quién se encarga de la disciplina y actividades de los hijos?

¿Quién toma las decisiones importantes de la familia? _____

2.2 Función familiar

a) Función afectiva

¿Cómo expresa usted sus emociones y sentimientos? _____

¿Con qué frecuencia lo hacen y lo considera suficiente?

¿Cómo le gustaría que su familia se lo expresara?

¿Qué actitudes y/o sentimientos le gustaría cambiar en su familia?

b) Socialización

¿Existe en su dinámica familiar un espacio dedicado a la convivencia?

Si _____ No _____

¿Comen juntos? Si _____ No _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Comparte la familia las tareas del hogar? _____

¿Algún miembro externo a la familia, interviene en el cuidado de sus hijos o el de su hogar? _____

¿Quién? _____

¿Ha tenido algún problema con familiares, compañeros, amigos y/o vecinos?

¿De qué tipo? _____

Función reproductora

¿Utiliza algún método de planificación familiar? _____

¿De qué tipo? _____

¿Existen planes para tener más hijos? _____

¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad? _____

¿Cuál? _____

c) Función económica (provisión de las necesidades físicas)

¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares? _____

¿Cuenta con los recursos económicos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud? Si _____ No _____

d) Características ambientales (entorno físico y social)

- ¿La vivienda donde convive con la familia es propia? _____
- ¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios? _____
- ¿Tienen cocina y baños independientes? _____
- ¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación en su hogar? _____
- Especifique _____
- ¿En su vecindario cuenta con seguridad pública y suficientes medios de transporte? _____
- ¿En su vecindario existen factores nocivos para la salud? _____
- Especifique _____
- ¿Algún miembro de la familia pertenece a grupos o asociaciones civiles? _____
- ¿Cuáles? _____

II. NECESIDADES BÁSICAS

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración:

Frecuencia: Respiraciones: _____ por minuto. SO₂: _____ %

Tipo: Eupnea. ___ Taquipnea. ___ Bradipnea. ___ Ortopnea. ___

Cheyne-stokes. ___ Apnea. ___ Aleteo nasal ___.

Tiros: Supra esternal. ___ Infra esternal ___

Amplitud: Normal. ___ Profunda. ___ Superficial ___

Movimientos: Torácico. ___ Abdominal ___

Tiene un estoma respiratorio: No _____ Si _____ Tipo de cánula: _____

Secreciones: Ausente. ___ Escasa. ___ Abundante ___

Boca. ___ Nariz. ___ Color. ___ Olor ___

Volumen: Normal. ___ Hiperventilación. ___ Hipo ventilación ___

Ruidos: Normal ___ Crepitantes ___ Estertores ___ Sibilancias ___

Estridor ___ Otro: _____

Dificultad respiratoria: No _____ Si _____

Tos: Seca ___ Productiva ___ Ronquera ___ Afonía ___ Disfonía ___

Ronquido ___ Obesidad ___ Ansiedad ___ Estrés ___ Derrame pleural ___

Cianosis: No ___ Si___ Central: No ___ Si___ Periférica: No ___ Si___ Localización:

Dolor: No ___ Si ___ Garganta ___ Tórax ___ Abdomen ___

Otros: _____

Valoración E.V.A.: _____ Deformaciones: No ___ Si. ___ Nariz ___ Boca
___ Tórax ___ Abdomen ___

Otros: _____

Datos a considerar: _____

Circulación:

F.C. _____ x min. Características del pulso: _____

T/A: Sistólica ____. Diastólica ____. Media ____. P.V.C. _____ cm/H2O.

ECG: No ___ Si___ Alteraciones: No ___ Si___

Tipo: _____

Dolor torácico: No ___ Si___ Localización: _____

Características: _____

Edemas: No ___ Si___

Localización: _____

Llenado capilar: _____ Coloración de tegumentos: Normal ___

Cianosis ___ Equimosis ___

Localización: _____ Datos a considerar: _____

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: _____ Talla: _____ I.M.C. _____

Vómitos: No ___ Si___ Núm. Veces: _____ Cantidad: _____ Contenido:

Higiene bucal: Normal ___ Deficiente ___ Dentición completa: Si ___ No ___ Prótesis:
No ___ Si___ Removible ___ Fija ___.

Características de la mucosa oral, encías y lengua:

Rosada ___ Pálida ___ Heperémica ___

Presencia de mucositis: No ___ Si___ Grado: _____

Proceso de masticación: Lento ___Rápido___
Reflejo de la deglución: Si ___No___ Causa: _____
Apetito: Si ___No___
Saciedad: Si ___No___ Causa: _____
Horario comidas: Mañana: _____ Tarde: _____ Noche: _____
Ingesta de líquidos y alimentos entre comidas: No ___Si ___
Tipo y cantidad: _____
Cantidad de líquidos al día:
1 a 2 vasos al día___ 3 a 5 vasos al día___ 6 a 8 vasos al día ___
Digestión: Ligera ___Lenta ___Pesada___
Alimentos que lo indigestan: _____
Alimentos preferidos:
Verduras: _____
Carnes: _____
Fruta: _____
Pescado: _____
Otros _____
Alimentos que le desagradan: _____
Restricciones: _____
Datos a considerar: _____

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Eliminación urinaria

Cantidad: ml. al día. _____ ml. por hora_____

Satisfactoria: Si ___No___ Frecuencia: veces al día_____

Cantidad por micción: _____ ml. Dolor: No ___Si___

Presencia de estoma urinario: No ___Si___ Tipo: _____ Características:

Color orina: Trigo ___Ámbar ___Transparente___

Olor: No ___Si. ___Débil ___Fuerte___ Semejante a: _____

pH: _____ Densidad: _____ Urea: _____ Creatinina: _____

Obstrucción uretral: Total ___ Parcial___

Causa: _____

Sonda vesical: No ___ Si ___ Tipo: _____

Calibre: _____ Fecha de instalación: _____

Dificultades durante la instalación: No ___ Si___

Tipo: _____

Datos a considerar: _____

Eliminación intestinal

Frecuencia: _____ veces al día. Satisfactoria: No ___ Si ___

Presencia de estoma intestinal: No ___ Si ___

Tipo: _____

Estreñimiento: No ___ Si___ Habitual: No ___ Si___

Diarrea: No ___ Si___ Habitual: No ___ Si___

Coloración marrón: No ___ Si___ Otro color: _____

Cantidad: Normal ___ Escaza ___ Abundante___

Consistencia: Dura ___ Blanda ___ Liquida___

Otros contenidos: _____

Toma laxantes: No ___ Si___ Tipo: _____

Datos a considerar: _____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Deambulación: No ___ Si ___ Motivo: _____

Mantiene posición adecuada: No ___ Si ___

Dificultad: _____

Deformaciones: No ___ Si___ Tipo: _____

Dolor: No ___ Si___ Localización y tipo: _____

Realiza ejercicio: No ___ Si. ___ Activo ___ Pasivo___

Tipo: _____

Fuerza muscular: Normal: No___Si ___ Disminuida: Si ___No ___ Dificultad:

Facilidad de movimientos:

Levantarse: No___Si ___ Caminar: No___Si ___ Inclinar: No___Si ___ Sentarse:
No___Si ___ Acostarse: No___Si ___ Correr: No___Si ___ Agacharse: No___Si ___
Arrodillarse: No___Si ___

Levantar peso: No___Si ___ Estirarse: No___Si ___

Tomar objetos: No___Si ___ Alcanzar objetos: No___Si ___

Otras dificultades: _____

Prótesis: No ___Si___ Tipo: _____

Datos a considerar: _____

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Sueño:

Nocturno: No___Si ___ Duración: _____ horas.

Diurno: No ___Si___ Duración: _____ horas.

Normal ___ Profundo ___ Ligero___ Satisfactorio: No___Si ___

Hábitos ligados al sueño: No ___ Si___

Baño ___ Ducha ___ Infusión ___ Leche ___ Lectura ___

Medicamentos___ Tipo: _____

Otros hábitos de reposo/sueño: _____

Datos a considerar: _____

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Capacidad: No___Si ___ Dificultad: No ___Si___ Tipo: _____

Utiliza ropa/calzado adecuado: No___Si ___ Frio ___ Calor ___

Humedad ___ Movimiento ___ Actividad física ___ Trabajo___

Datos a considerar: _____

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura: _____°C. ___Axilar ___Oral.

Eutermia ___Hipertermia ___Hipotermia___ Duración: _____horas. Sensación de: Frío ___Calor___ Escalofríos: No ___Si___ Sudor: No ___Si___ Piel rosada: No___Si ___ Cianosis: No ___Si___ Periférica: No___Si ___ Central: No___Si ___

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Estado de la piel:

Limpia: No___Si ___Hidratada:No___Si ___Integra:No___Si ___

Color rosada: No___Si ___Pigmentación: No ___Si ___

Tipo: _____ Localización: _____

Turgencia: No___Si ___ Lisa: No___Si ___ Suavidad: No___Si ___ Flexibilidad: No___Si ___ Transpiración: No ___Si___ Olor: No ___Si ___ Frecuencia de lavado de manos: _____.

¿Cuenta con algún drenaje y/o herida quirúrgica? _____ Tipo: _____

¿Tiene un dispositivo central o periférico? _____ Tipo: _____

Baño: No___Si ___Ducha: No___Si ___ Frecuencia: _____ Lesiones en la piel: No ___ Si ___ Localización: _____

Cabello: Limpio: No___ Si ___ Integro: No___Si ___

Aspecto: _____ Frecuencia de lavado: _____

Ojos: Limpios: No___Si ___ Humedad conjuntivas: No___Si ___

Prótesis: No ___Si ___

Nariz: limpia: No___Si ___ Mucosa integra: No___Si ___

Mucosa húmeda: No___Si ___

Boca: Limpia: No___Si ___ Mucosa Integra: No___Si ___

Humedad mucosa: No___Si ___

Dientes: Limpios: No___Si ___ Presencia de caries: No ___Si___

Falta de piezas dentales: No ___Si___

Frecuencia de higiene bucal: _____ veces al día.

Orejas: Limpias: No___Si ___ Integras: No___Si ___

Configuración: _____

Uñas: Limpias Integras: No ___ Si ___ Coloración: _____ Configuración:

Genitales: Limpios: No ___ Si ___ Mucosa integra: No ___ Si ___

Humedad mucosa: No ___ Si ___

Ano: Limpio: No ___ Si ___ Mucosa integra: No ___ Si ___ Lesión: No ___ Si

___ Tipo: _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Mantiene seguridad física

Su esquema de vacunación está completo: No ___ Si ___

¿Cuál vacuna no se aplicó? _____

¿En su casa/trabajo realiza medidas de seguridad? Si ___

¿Cómo cuáles? _____

No ___ ¿Por qué? _____

¿Realiza medidas preventivas? Si ___

¿Cómo cuáles? _____

No ___ ¿Por qué? _____

¿Existen factores hereditarios de riesgo? No ___

Si ___ ¿Cuáles? _____

¿Conoce su enfermedad? No ___ Si ___

A partir de ello mantiene un régimen terapéutico: No ___ Si ___

Motivo: _____

Sabe que por su enfermedad está en riesgo de infección: No ___ Si ___

¿Cuáles son los riesgos a los que está expuesto? _____

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Comunicación verbal: No ___ Si ___ Fácil: No ___ Si ___ Claro: No ___ Si ___ Preciso

Asertivo: No ___ Si ___ Agresivo: No ___ Si ___

Limitaciones: No ___ Si ___ Tipo: _____

Mantiene lenguaje: No verbal: No ___ Si ___ Símbolos: No ___ Si ___

Otros: _____

Expresa movimientos significativos: No ___ Si ___

Tipo: _____

Expresa gestos significativos: No ___ Si ___ Tipo: _____

Mirada significativa: No ___ Si ___ Tipo: _____

Manifiesta necesidades: No ___ Si ___ Tipo: _____

Manifiesta opiniones/ideas: No ___ Si ___ Tipo: _____

Manifiestas sentimientos/experiencias: No ___ Si ___ Tipo: _____

Solicita información: No ___ Si ___ Tipo: _____

Mantiene silencio: No ___ Si ___ Lloros: No ___ Si ___

Otros: _____

Manifiesta actitud de confianza: No ___ Si ___

Presenta alteración: intelectual: No ___ Si ___ Psicológica: No ___ Si ___ Sociológica:

No ___ Si ___ Tipo: _____

Mantiene todos los sentidos: No ___ Si ___

Oído: Agudeza No ___ Si ___ Limitación: No ___ Si ___

Tipo: _____

Vista: Agudeza No ___ Si ___ Limitación: No ___ Si ___

Tipo: _____

Olfato: Fineza No ___ Si ___ Limitación: No ___ Si ___

Tipo: _____

Gusto: Fineza No ___ Si ___ Limitación: No ___ Si ___

Tipo: _____

Tacto: Sensibilidad No ___ Si ___ Limitación: No ___ Si ___

Tipo: _____

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Necesita ayuda religiosa y/o espiritual: No ___ Si ___

Tipos: _____

¿Sus creencias le ayudan a sobrellevar o superar la enfermedad? _____

Utiliza objetos religiosos y/o culturales: No

Tipo: _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Trabaja actualmente _____ Su remuneración económica le permite cubrir sus necesidades básicas _____

Muestra ira o coraje por limitaciones de la enfermedad _____
Presenta signos de depresión _____ Cuenta con apoyo económico de pareja o familiares _____
Acepta el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad _____

13. NECESIDAD DE RECREACIÓN

Realiza actividades de recreación: No ___ Si ___

Lectura ___ Música ___ Arte ___ Manualidades _____ Otros: _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce su estado de salud: No ___ Si ___

Conoce su diagnóstico médico: No ___ Si ___

Conoce su tratamiento médico: No ___ Si ___

Conoce los fármacos, horarios y vías de administración: No ___ Si ___

Existen factores que limiten su aprendizaje: No ___ Si ___

Cuales: _____

Necesita medios de apoyo para su aprendizaje: No ___ Si ___

Cuales: _____

¿Considera que la información que le proporciona el personal médico y de enfermería es suficiente? _____

¿Por qué? _____

Otras consideraciones: _____