



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



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE  
CON CÁNCER DE OVARIO EN ETAPA TERMINAL,  
BAJO EL ENFOQUE TEÓRICO DE  
VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

RIVERA GUEVARA PERLA RUTH  
No. DE CUENTA 306264791

ASESOR ACADÉMICO  
DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

MÉXICO D.F.

AGOSTO, 2015



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.



*Dedicatoria:*

*Dedico este trabajo de titulación a mi madre*

*Rocío Guevara Poblano mi mayor apoyo y motor  
para mi superación profesional y personal, gracias  
mami por confiar en que podría lograrlo, este triunfo es  
también tuyo....*

## *Agradecimientos*

*Gracias a mi familia, mis abuelitos Regina Poblano y Jesús Guevara (†) y tíos Jesús Guevara y José Guevara por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre Rocío Guevara Poblano por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés eran para mí como agua en el desierto, por impulsarme a seguir y no rendirme por confiar siempre que por muy difícil que pareciera yo podría lograrlo, por hacer todo lo posible por que nada me faltara y yo pudiera llegar hasta donde estoy por su amor incondicional.*

*Gracias a Dios por cuidar mis pasos y por guiar mi camino enfocado al bienestar de las personas.*

*Gracias a la vida por este nuevo triunfo y a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de este trabajo de titulación*

*Gracias a mis amigos Rebeca, Sandy, Luis, por formar una parte importante de esta etapa, y por su apoyo incondicional.*

*Gracias a la Máxima Casa de estudios que es la Universidad Nacional Autónoma de México de la cual me siento orgullosa de formar parte por darme la oportunidad de estudiar un nivel profesional con excelentes bases así como mi formación con altos valores humanos gracias por abrirme las puertas de*

*sus instalaciones y de todos los lugares a los cuales me dirigía, así como a mis profesores a quienes recuerdo con mucho cariño, todos aquellos que en diferentes momentos fueron parte importante de mi formación académica.*

*A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por formarme como profesional de la salud capaz de brindar un cuidado holístico a las personas, gracias a mis profesores de licenciatura que se empeñaron por darme la mejor formación en Enfermería y Obstetricia, principalmente a mi profesora Angélica Esparza Sandoval por darme una formación Obstétrica de excelencia, las bases de mis conocimientos y por brindar una educación completa que permite brindar un cuidado humanizado y de calidad a las personas bajo mi cuidado en especial a las pacientes obstétricas.*

*Agradezco a mi asesor de titulación el Dr. José Cruz Rivas por su apoyo en la elaboración de este trabajo de titulación así como su excelente guía para la valoración y el manejo de el paciente oncológico, por compartir sus conocimientos conmigo y alentarme a seguir adelante y concluir satisfactoriamente esta etapa.*

# ÍNDICE

<i>Dedicatorias</i>	ii
<i>Agradecimientos</i>	iii
Introducción	vii
Justificación	viii
Metodología	ix
Objetivos	x
✓ General	
✓ Especifico	
<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
1.1 La enfermería	10
1.2 El cuidado de enfermería	11
1.3 Funciones de la enfermera	12
1.4 Reseña bibliográfica de Virginia Henderson	13
1.5 Modelo de Virginia Henderson	14
1.6 Funciones de enfermería según el Modelo Teórico de Virginia Henderson	18
1.7 Las 14 necesidades básicas de la persona	19
1.8 Proceso de Atención Enfermero	21
✓ Concepto	21

✓ Antecedentes	23
1.9 Proceso de atención de enfermería basado en las 14 necesidades básicas de el Modelo de Virginia Henderson	24
✓ Valoración	25
✓ Diagnóstico	30
✓ Planificación	33
✓ Ejecución	33
✓ Evaluación	34
<b>2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>35</b>
2.1 Presentación de la paciente	36
2.1.1 valoración por necesidades	39
2.1.2 Jerarquización de las necesidades afectadas	43
2.1.3 Clasificación de los diagnósticos	44
2.2 Plan de cuidados	45
2.2.3 Planificación de alta	66
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>69</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>71</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>76</b>

## **INTRODUCCIÓN**

El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería.

La práctica de enfermería ha progresado en las últimas décadas, desde que la profesión comenzó a considerarse una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica, centrada en un paciente y con la aplicación total de los planteamientos científicos al proceso de atención de enfermería, el cual es el eje principal de toda enfermera.

Para el desarrollo del proceso de enfermería, resulta esencial trabajar con un modelo conceptual que permita a la enfermera proporcionar una atención y cuidado de calidad, a fin de contribuir al logro de la independencia o en efecto acompañar a un buen morir.

En nuestros días, la enfermería como profesión al servicio del hombre, avanza con fuerza por el camino de buscar horizontes nuevos y perspectivas sugerentes, formulando modelos. Los modelos han seguido una corriente del holismo, donde se considera al hombre como un sistema indivisible interrelacionado con sus partes y con el entorno.

En el presente trabajo, se realiza la valoración de las 14 necesidades básicas mencionadas por la teórica Virginia Henderson, de la misma manera se aborda el manejo de las necesidades alteradas de una paciente con cáncer de ovario recurrente irsecable avanzado; encontrándose en etapa terminal. Se realizaron diagnósticos basados en la taxonomía NANDA y, se abordan intervenciones personalizadas que le brinden una mejora a su calidad de vida. Lo cual hace ver al del Proceso de Atención de Enfermería, como un proceso intelectual y un método

sistemático capaz de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, todos estos cuidados son brindados con la finalidad de que la persona recupere o mantenga la salud y que de esta manera tenga una buena calidad de vida o si es el caso brindar los cuidados y el acompañamiento tanto a el paciente como a la familia en una muerte digna y tranquila, respetando creencias y valores de la misma persona.

## **JUSTIFICACIÓN**

El motivo de la realización de este Proceso de Atención de Enfermería, es con el fin de llevar a cabo una valoración integral y poder brindar un cuidado de manera integral, gracias a una previa valoración y, por medio de ésta elaborar los diagnósticos de enfermería los cuales serán nuestra base para elaborar un plan de cuidados y brindar calidad en los mismos y que en el paciente se refleje un grado de mantenimiento de la salud favorable.

De la misma manera al elaborar un PAE direcciona el crecimiento en la profesionalización de enfermería ya que conlleva a desarrollar habilidades por parte del personal de enfermería, así como la iniciativa de investigar e informarse de los mejores métodos para el mantenimiento o la recuperación de nuestros pacientes.

El presente trabajo se elaboro en una paciente con un cáncer de ovario en etapa terminal el cual en México, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, 3 mil 277 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de ovario y 2 mil 105 fallecieron en 2012, lo que representa la sexta causa de neoplasia en esta población después del cáncer de mama, cervicouterino, colón, estómago e hígado.

El riesgo de una mujer de padecer cáncer ovárico durante el transcurso de su vida es de aproximadamente 1 en 75. Su probabilidad de morir de cáncer ovárico en el transcurso de su vida es de aproximadamente 1 en 100

Este cáncer se origina principalmente en mujeres de edad avanzada. Alrededor de la mitad de las mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario tienen 63 años o más. Resulta más común en las mujeres blancas que en las mujeres de la raza negra. La tasa de mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario ha estado disminuyendo lentamente por los últimos 20 años.

### **METODOLOGÍA:**

El siguiente trabajo se elaboró en el Instituto Nacional de Cancerología INCan México, en una paciente femenina de 64 años de edad con un diagnóstico oncológico de cáncer de ovario en etapa terminal.

La valoración se realizará a través de la aplicación del instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Posteriormente se realizará un análisis de los datos recogidos para realizar los diagnósticos de enfermería. La planeación fue a través de la fundamentación y elaboración de los diagnósticos de acuerdo a las necesidades afectadas y se llevaran a cabo intervenciones de enfermería que logran el mantenimiento de la salud, de igual manera se evaluó el resultado de cada uno y finalmente se elaboró un plan de alta por defunción, en el cual se registran las intervenciones de enfermería como lo son los cuidados pos mortem que se le darán a la paciente posterior a su fallecimiento así como el apoyo emocional que se le brinda a los familiares.

## **OBJETIVOS**

### **➤ GENERAL**

Realizar el Proceso de Atención Enfermería a una paciente con Cáncer de Ovario, realizando una valoración completa con base a las 14 necesidades básicas del ser humano según el Modelo Teórico de Virginia Henderson, con la finalidad de brindar cuidados de manera holística, atendiendo las necesidades afectadas de la persona.

### **➤ ESPECÍFICOS**

- Detectar las necesidades afectadas de la persona.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería correspondientes de acuerdo con las necesidades afectadas basadas en el formato de valoración.
- Establecer intervenciones de enfermería enfocadas en el mantenimiento o la recuperación de la salud.
- Llevar a cabo las actividades planeadas para la mejora de la salud.
- Para la ejecución se realizan las actividades prescritas durante la etapa de planeación, se determinaran las intervenciones del paciente o de su familia así como las de enfermería en el plan de cuidados y se lograran identificar nuevos problemas o los avances que se han obtenido
- Evaluar los resultados de las intervenciones realizadas en la persona con necesidades afectadas.

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 LA ENFERMERÍA

Considerada como la ciencia y arte del cuidado; ciencia por el conocimiento teórico conceptual surgido por la investigación y, arte por la necesidad de las enfermeras de sensibilizarse a la experiencia humana tanto de las personas que cuida como de ella misma, al momento de interrelacionarse con la persona a quien se le brindará el cuidado así como a las que se encuentran en su entorno, esto ayuda de igual manera al crecimiento personal del mismo profesional.<sup>1</sup>

La enfermería es la profesión que se encarga del cuidado y la atención de la salud del ser humano. Siendo una de las actividades más complejas y estresantes a la que un individuo puede enfrentarse vocacionalmente, ya que implica hallarse inmerso en un ambiente donde se convive con el dolor y la muerte, de igual manera es de las más gratificantes cuando se logra una recuperación o mejoría de la persona beneficiada con el cuidado como producto de la aplicación de los conocimientos del profesional, el manejo que cada profesional tiene de la persona depende mucho de la formación académica, pero también de las experiencias vividas por el mismo.

El profesional de enfermería no solo cubre las necesidades de la persona a quien se le está brindado directamente el cuidado si no también de familiares y amigos que rodean a la persona, ya que es quien permanece con el paciente las 24 horas y muchas de las ocasiones es quien logra ser una persona de apoyo y confianza para los mismos involucrados.<sup>2</sup>

La función de la enfermera es asistir y brindar cuidado al individuo sano o enfermo, para la realización de sus actividades que la persona no puede realizar por diferentes circunstancias ya sea por falta de fuerza voluntad o conocimiento a

---

<sup>1</sup>Sandra Luevano Ford, Aventuras del pensamiento, El arte del cuidado de enfermería 2ª ed. Edit. chihuahua, México Synthesis 2008 .

<sup>2</sup>María de Jesús García González, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª ed. México, Ed. Progreso.2010

estas actividades que van encaminadas a que la persona que recupere o conserve la salud y de igual manera brindar los cuidados requeridos para una muerte pacífica.

Los profesionales de enfermería debemos tener presente a la persona como un ser holístico al cual se le brindará la atención de la misma manera, atendiendo las necesidades no solo biológicas si no también, psicológicas y sociales, así como espirituales, por lo cual el profesional debe tener conocimientos completos sobre cada una de estas necesidades de la persona.

## **1.2 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

El objetivo de enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.

El cuidado de la persona es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de valores personales y profesionales que vayan encaminados a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida.

El cuidado de las personas representa una serie de actos de vida que tienen como finalidad preservar la salud de la persona con el propósito de que recupere sus hábitos de vida anteriores. El cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, brindar una atención personalizada y jamás realizar un cuidado “rutinario” cada individuo es diferente y requiere atenciones diferentes aun cuando tengan el mismo padecimiento; cuidar a la persona implica interesarse por él, por el conjunto de necesidades de la misma persona lo cual exige un esfuerzo de atención, una concentración para realizar de manera optima la atención. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

El profesional de enfermería debe mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrados en lo que acontezca en la personalidad del otro, no debe olvidar que se está brindando el cuidado a una persona no a una patología, hoy en día es menos frecuente que exista personal que omita esta situación por lo que es importante considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros. El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, en todo momento y en cualquier momento del ciclo vital en el que este se encuentre.

El cuidado profesional de enfermería conlleva a una serie de repercusiones positivas tanto para los pacientes, como para los mismos profesionales de enfermería en el paciente reciben una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente; se mejora la comunicación y relación enfermera-paciente; que el paciente se encuentre mejor informado para la toma de decisiones sobre su salud; se refleja menor alteración en su economía por los costos; se logra disminuir la estancia hospitalaria por lo tanto se incrementa la satisfacción de la atención. A los profesionales de enfermería: ayuda a brindar una práctica profesional competente y responsable; aumenta la capacidad de decisión y autocontrol sobre el trabajo, toma de conciencia y compromiso se logra una proyección positiva de autoimagen e imagen pública lo cual ayuda al fortalecimiento del sentido de identidad y pertenencia hacia la profesión incrementando la satisfacción profesional<sup>3</sup>.

### **1.3 FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA**

Distintos organismos profesionales de enfermería sitúan las funciones de enfermería en tres áreas:

---

<sup>3</sup>Paulina Alina Juárez Rodríguez, María de Lourdes García Campos La importancia del cuidado de enfermería. Rev. Enfermería inst Mex del seguro social , 2009. Pág. 113-115

**Independientes:** son aquellas que la enfermera está capacitada para atender y que están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería

**Interdependientes:** son aquellas funciones que se desarrollan en equipo con el resto del personal de salud

**Dependientes:** son aquellas actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las indicaciones médicas. (Leyer y colaboradores, 1989)

#### **1.4 RESEÑA BIBLIOGRÁFICA DE VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C. Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las Clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1939, revisa la 4ª ed. Del libro de “Principios y Práctica de Enfermería” cuya autora fue Berta Harmer, en 1959 inicia su actividad como investigadora entrando a formar parte del equipo investigador de la Universidad de Yale

Henderson participo como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

En 1959 inicia la dirección del proyecto “Nurses Studies Index” cuatro volúmenes en los que se recogen datos biográficos analíticos e históricos de la enfermería entre 1920 y 1950, Henderson lleva a cabo el “Informe Nacional sobre la Investigación en Enfermería” como coautora de Leo Sions. En dicho informe, se

identifican los motivos de la ausencia de investigación clínica enfermera, apreciándose que los esfuerzos se destinaban fundamentalmente a la preparación clínica.

Fue nombrada doctora honoris causa por 18 universidades y consiguió el primer premio Christiane Reimann que se concedió. Asimismo, le otorgaron el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing estadounidense.

En la convención de la American Nurses Association (ANA) de 1988, recibió mención honorífica especial por sus contribuciones a la investigación, la educación y la profesionalización de la enfermería.

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo.

## **MODELO DE ENFERMERÍA**

“Es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados, y supuestos que se han generado en Enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica”<sup>4</sup>.

### **1.5 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vida, enfermedad, infancia o edad avanzada, considera a la persona como un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup>María de Jesús García González, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, 2ª ed , México Edit. Progreso. 2004

<sup>5</sup> José Carlos Bellido Vallejo y José Francisco Lendínez Cobo, Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson 5ª ed España Edit. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería, 2010.

Tiene como objetivo ayudar a la persona a satisfacer sus 14 necesidades básicas, siendo objeto de los cuidados la persona que presenta un déficit, real o potencial, para la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

El modelo de Virginia Henderson considera que el entorno es un conjunto de factores y condiciones que incluyen a la familia y la comunidad, en el cual las condiciones del entorno pueden afectar a la salud y el desarrollo del individuo, todo esto repercute en la satisfacción de el eje principal del modelo las 14 necesidades básicas de la persona, Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

## **METAPARADIGMA**

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

**a) Salud:** La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo. Estado de bienestar físico, mental y social. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

**b) Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961). Es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

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

**c) Persona:** Es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente

**d) Enfermería:** Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

En base a la definición de salud de Virginia Henderson que menciona “Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.” Se definen estos elementos de la siguiente manera:

Fuerza: La dependencia proviene que el individuo carece de fuerza y no solo se refiere a una fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar y recuperar la salud.

Voluntad: La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado está relacionado a la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores sociales.

Conocimiento: Puede haber un desconocimiento de los mecanismos de acción de una enfermedad, de los recursos de salud existente, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general a lo que se refiere es a que puede existir un desconocimiento de diversas situaciones que disminuye la salud del individuo, y va encaminado a la prevención, curación y rehabilitación.

Posteriormente según la afectación del individuo habrá cierto grado de dependencia hacia los cuidados de enfermería estos grados de dependencia van desde la autonomía de la persona hasta el grado de total dependencia de la persona.

Independencia: Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si ésta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

Autonomía: Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Dependencia: Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para lograr un nivel óptimo de satisfacción de las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida. Esta causada por una falta de fuerza de conocimiento o voluntad

Agente de autonomía asistida: Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

Manifestaciones de independencia: Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia: Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

## **1.6 FUNCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad, o el conocimiento necesarios, y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir la independencia lo más rápidamente posible.

El objetivo de los cuidados es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

El papel de la enfermería es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos

De acuerdo al modelo de Virginia Henderson la enfermera desempeña tres funciones que le permiten entablar relación con el paciente los cuales son de acuerdo al grado de dependencia del mismo paciente

Enfermera como sustituta: Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Enfermera como ayudante: Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

Enfermera como acompañante: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

La consecuencia de estas actividades es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

## **1.7 14 NECESIDADES BASICAS DE LA PERSONA**

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Estas necesidades pueden ser modificadas por factores permanentes como:

- ❖ Edad
- ❖ Situación social
- ❖ Capacidad física o intelectual

También pueden ser modificadas por factores variables como lo son:

- ❖ Equilibrio líquido-electrolito
- ❖ Falta de oxígeno
- ❖ Conmoción
- ❖ Estado de inconciencia
- ❖ Exposición al frío – calor
- ❖ Lesión local
- ❖ Enfermedad transmisible
- ❖ Estado de pre o post operatorio
- ❖ Inmovilización
- ❖ Dolor

Estas 14 necesidades básicas son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminación
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

13. Participar en actividades recreativas

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

### **1.8 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO**

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se ha considerado una revolución en la historia de la enfermería, pues su implementación es una ventaja que suscita autonomía en el trabajo de los profesionales de enfermería, garantiza el desarrollo de una práctica clínica fundamentada en bases científicas, favorece la calidad en el cuidado brindado y facilita la atención individualizada al paciente, haciéndolo partícipe de su cuidado.

La atención de enfermería requiere de un método ordenado y sistemático que permita recoger información; identificar problemas del individuo, su familia y su comunidad; aplicar principios y fundamentos científicos, que en últimas, se traducen en este método.

El PAE se caracteriza por que tiene una base teórica, pues es un proceso concebido a partir de conocimientos sólidos que les permitan al estudiante y al profesional plantear y organizar sus acciones de enfermería, con la finalidad de dirigir y alcanzar un objetivo la interacción entre enfermera-paciente, familia y comunidad, estableciendo relaciones recíprocas e interdisciplinarias; siendo dinámico y flexible; procurando en el ejercicio de la enfermería adaptarlo a los ámbitos clínico y comunitario o en áreas especializadas, y respondiendo a las necesidades actuales en políticas de salud de la población colombiana.

### **CONCEPTO**

Según Rosalinda Alfaro (1993), “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en

identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales”.

Consta de cinco etapas:

Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. A lo largo del proceso el profesional de enfermería se basa en un modelo de enfermería que se adecue a las características de su paciente, en el caso del modelo de Virginia Henderson se basa en la valoración de las 14 necesidades básicas de cada paciente.

a) Valoración: Es la primera etapa del proceso de enfermería, en esta fase se reúne la mayoría de la información posible para tener una imagen más completa sobre los problemas del paciente. Se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente mediante la recogida de datos que abarca las 14 necesidades.

Dentro de la valoración las actividades a realizar por el profesional de enfermería serán:

- ❖ Recolección de datos
- ❖ Validación de datos
- ❖ Organización de datos
- ❖ Registro de datos

b) Diagnóstico: En esta etapa se examina cada una de las necesidades básicas y se determina el grado de dependencia e independencia de la persona o su familia.

c) Planeación: En esta etapa se desarrolla un plan de acción, con el paciente y la familia, que incluirá las actividades siguientes: determinar prioridades, objetivos, actividades de enfermería, y actividades del paciente y la familia que ayudarán al logro de los objetivos establecidos.

d) Ejecución: Se realizan las actividades prescritas durante la etapa de planeación, se determinan las intervenciones del paciente o de su familia así como las de

enfermería en el plan de cuidados y se logran identificar nuevos problemas o los avances que se han obtenido

e) Evaluación: En esta etapa se observa si el plan de atención ha sido efectivo o si será necesario hacer algún cambio, ésta evaluación se hace en base a los objetivos propuestos, de ésta manera lo que se evaluara será:

- ❖ Si se ha logrado la independencia en cada una de las necesidades básicas y en qué medida se cumplieron los objetivos.
- ❖ Si se realizaron las actividades como estaban propuestas.
- ❖ Si hay que realizar algún cambio en el plan de atención.

## **ANTECEDENTES**

El PAE apareció en la literatura de enfermería, en Estados Unidos, a principios de la década de los sesenta. En ese tiempo se conceptualizó como un proceso de resolución de problemas. A partir de 1967, Yura y Walsh establecieron cuatro etapas en el PAE: valoración, planificación, realización y evaluación, y habían definido el PAE como: El conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir objetivos de enfermería, tales como: mantener el bienestar óptimo del paciente, si este estado se altera, la enfermera deberá proveer todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. En caso de no poder llegar al estado óptimo de bienestar, el PAE debe fomentar y promover la calidad de vida del paciente, aumentado al máximo sus recursos en el menor tiempo posible.<sup>6</sup>

Por el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el proceso de atención de enfermería (PAE), ya que se le consideraba un adecuado instrumento con el cual se puede brindar un cuidado individualizado al paciente.

En 1976 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería editó un documento sobre el Proceso de Atención de Enfermería, en el cual este fue definido como “un

---

<sup>6</sup> Priscila González Salcedo, Alida Mireya Chaves Reyes Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente, 3ª ed Bogotá Colombia edit. Ciencias médicas, 2009.

ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y la comunidad”.

De igual manera con este proceso se favorece el pensamiento reflexivo del personal de enfermería, utilizando el ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar y poner en práctica un plan de cuidados guiado por enfermería, por medio del cual se brinda al paciente un trato individualizado atendiendo sus tres esferas y atendiéndolas de igual manera considerando a la persona como un ser Bio-psico-social.

### **1.9 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

El PAE está basado en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, de igual manera fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientando al logro de los objetivos de la profesión enfermera como lo son:

- ❖ Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o restablecer la salud.
- ❖ Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
- ❖ Brindar cuidados de salud de calidad eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
- ❖ Implementar formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

La implementación del PAE permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados necesarios tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas y necesidades generadas a partir de la situación de salud.

## **Las ventajas demostradas de la utilización del PAE en la práctica asistencial son múltiples**

- ❖ Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente
- ❖ Delimita el ámbito de actuación de enfermería.
- ❖ Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermera.
- ❖ Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- ❖ Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar. Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- ❖ Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales
- ❖ Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, manteniendo siempre vigente el factor humano en los cuidados. Implica de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el autocuidado y autonomía.

El proceso enfermero consta de 5 etapas en las cuales se hará la valoración completa de la persona; se desarrollaran las necesidades afectadas dándoles una resolución:

### **1ª ETAPA-VALORACIÓN**

Es el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes. Recogida y análisis de la información sobre el estado de salud buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas.

## RECOGIDA DE DATOS

Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas.

En esta etapa se valoraran las 14 necesidades de la persona de la siguiente manera:

### *1. Necesidad de respirar*

Términos que debemos valorar entre otros: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosas, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos, expectoración,

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

### *2. Necesidad de beber y comer*

Términos que debemos valorar entre otros: Alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.

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

### *3. Necesidad de eliminar*

Términos que debemos valorar entre otros: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, frecuencia, características,

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

#### *4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura*

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

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

#### *5. Necesidad de dormir y descansar*

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

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

#### *6. Necesidad de vestirse y desvestirse*

Términos que debemos valorar: capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.

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

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

Términos que debemos valorar: Temperatura, ambiente, abrigo.

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

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

Términos que debemos valorar: , piel, mucosas, condiciones higiénicas.

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

### *9. Necesidad de evitar los peligros*

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

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

### *10. Necesidad de comunicar*

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.

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

### *11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores*

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

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

### *12. Necesidad de ocuparse para realizarse*

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

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

### *13. Necesidad de recrearse*

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

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

### *14. Necesidad de aprender*

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza.

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

Para analizar y valorar todos los datos obtenidos, se pueden recoger los datos en el siguiente esquema:

#### *\* Información general:*

Nombre, Edad, Sexo, Estado civil, Diagnóstico, Ocupación, Nacionalidad, Lugar donde se encuentra el paciente.

La OBTENCIÓN DE LOS DATOS se realizará:

Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física)

Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

VALIDACIÓN o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas.

En la recogida de datos es importante discriminar entre datos objetivos y subjetivos:

Datos objetivos:

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

Datos subjetivos:

Son los que reflejan una situación personal de los hechos o situaciones, por ejemplo, el dolor; se obtienen mediante el interrogatorio.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS en esta etapa los datos se priorizaran por necesidades lo que ayudara a detectar los problemas que presenta la manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados

## **2ª ETAPA-DIAGNÓSTICO**

### **Diagnostico**

Es un problema de salud real o potencial que se centra en las respuestas humanas de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente (Rosalinda Alfaro, 1993).

EL diagnóstico de Enfermería es un Juicio emitido sobre situaciones que el profesional de enfermería identifica, valida y trata de forma independiente con pleno conocimiento, control y autoridad sobre la situación y asumiendo de esta manera la responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es dar resolución a la afección de la persona y ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a comprender a la enfermera la situación del paciente, dos métodos básicos son la observación y la entrevista con el paciente y con sus familiares.

La historia clínica de enfermería es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca el paciente por medio de la entrevista. La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración como el diagnóstico y el tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas, condición física, estado psicológico y una historia socio económica y cultural.

Esta valoración permite a la enfermera hacer un diagnóstico; que es un informe de los problemas del paciente incluyendo su condición física, limitaciones y formas de adaptarse al problema. Esto permite a la enfermera elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente<sup>7</sup>.

El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. Entre la valoración y la planificación a partir del análisis de los datos recogidos, se llegará a la Identificación del problema o problemas a resolver con el Plan de Cuidados.

Consta de dos fases:

#### ANÁLISIS DE DATOS

Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o diagnósticos de enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.

---

<sup>7</sup>Ann Marriner, R.N., Ph. D. El proceso de atención a enfermería un enfoque científico. 2ª ed. Denver colorado Edit. Manual Moderno. 2008

## IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

- ❖ Problema de colaboración (interdependientes). Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.
- ❖ Problema de Autonomía. Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un agente de autonomía asistida para que realice las intervenciones necesarias

Los diagnósticos enfermeros encontrados en el paciente dependiendo de la valoración realizada se clasifican en reales o potenciales de salud y de riesgo, ellos también localizados como:

### **Problemas de independencia divididos en:**

- ❖ **Diagnostico Real.** Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.
- ❖ **Diagnostico de Riesgo.** Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.
- ❖ **Diagnósticos de salud.** El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.

### **3ª ETAPA-PLANIFICACIÓN**

En esta etapa se desarrolla un plan de acción, con el paciente y su familia, en el cual se determinaran prioridades, objetivos, actividades de enfermería así como del paciente y la familia que ayudaran a lograr los objetivos que se han establecido

Tan pronto como identifique el problema del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuales son los más urgentes.

Debe definir objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo o las metas por las que debe esforzarse. A partir de los objetivos generales, la enfermera puede determinar objetivos más específicos, los cuales deben asentarse en términos de conducta observable.

Las intervenciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivo que pueden clasificarse en intervenciones, manejo o tratamiento de enfermería, deben estar señaladas específicamente en el plan de cuidados de enfermería, el plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado de manera que este no pueda ser empleado por ningún otro paciente.

### **4ª ETAPA-EJECUCIÓN**

En esta etapa se ponen en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos

**Preparación.** Revisando las intervenciones propuestas para:

- ❖ Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica
- ❖ Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
- ❖ Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- ❖ Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

## **Realización de las actividades**

Con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad.

Registro de las Intervenciones y respuesta del individuo.

## **5ª ETAPA-EVALUACIÓN**

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

En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto a los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup>María de Jesús García González, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª ed. México, Ed. Progreso.2004

## **2.VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

### **Ficha de identificación:**

- ❖ Nombre: A G M
- ❖ Expediente: 00064340
- ❖ Edad: 64 años
- ❖ Ocupación: Ama de casa
- ❖ Estado civil: Casada
- ❖ Religión: Católica
- ❖ Lugar de origen: Texcoco, Edo. de México
- ❖ Domicilio: Calle Pedro Moreno #105 Texcoco, Edo. de México
- ❖ Escolaridad: Primaria terminada

### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.**

- ❖ Quirúrgicos Cesárea 3 a la edad de 23 años, 24 años y 27 años
- ❖ Histerectomía a los 53 años
- ❖ Alérgicas negadas
- ❖ Transfusiones Negadas
- ❖ Niega toxicomanías y enfermedades crónico degenerativas
- ❖ Hipertensión desde los 40 años en tratamiento

### **ANTECEDENTES GINECOBISTÉTRICOS**

- ❖ Menarca 13 años
- ❖ FUM: 22-08-2005
- ❖ IVSA 23 años
- ❖ Gestas 3, Parto:0, Aborto: 0, Cesárea: 3
- ❖ N° de parejas sexuales: 1

### **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES**

- ❖ Niega antecedentes familiares con cáncer
- ❖ Madre con Diabetes Mellitus no insulino dependiente

## 2.1 PRESENTACION DE LA PACIENTE

Se trata de la señora AGM de 64 años de edad la cual ingresa al Instituto Nacional de Cancerología el 29 de noviembre del 2006, originaria de Texcoco, Edo. de México. Refiere que se realizó estudio ginecológico de control con ultrasonido FINC en el cual se reporta miomatosis uterina y quiste de ovario derecho, operado FINC Pb Ca. de ovario IIC, inicialmente se le realiza una tumorectomía pélvica FINC: el 20.05.03 y Rutina de ovario: el 18.09.04 encontrado lesión papilar seroso de alto grado de malignidad. El 17 de enero de 2007 inicia primer ciclo de quimioterapia.

**Ingresa al instituto con un diagnóstico inicial de:** CA de ovario III C irresecable con citorreducción optima+ QT CBP/paclitaxel 4 ciclos

- ❖ 17-01-07 inicia primer ciclo de quimioterapia por 6 ciclos
- ❖ Segundo ciclo de quimioterapia CBP/TXL por 8 ciclos
- ❖ Enero 2010 tercera recurrencia
- ❖ Tercera línea QT CBP/TXL 6 ciclos al 27-12-10
- ❖ 3-01-13 Cuarta línea TMX VO
- ❖ 13-03-14 se diagnostica trombosis venosa profunda por ultrasonido doppler en tratamiento con sintrom
- ❖ 24-03-14 PET con progresivo de la enfermedad a nivel ganglionar
- ❖ 28-08-12 progresión a nivel ganglionar
- ❖ 5-11-12 RT paliativa a columna lumbar 20 Gy
- ❖ 2-09-14 PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA deposito de esteroides con abordaje sacro
- ❖ 9-11-14 finaliza ciclos de RT
- ❖ 24-08-14 presenta elevación de marcadores tumorales y progresión a nivel ganglionar
- ❖ 05-12-14 PET muestra progresión a nivel pulmonar
- ❖ 28-12-14 ingresa al Instituto Nacional de Cancerología procedente de un hospital privado; es trasladada en ambulancia. Ingresa con intubación orotraqueal, con ventilación mecánica asistida, bajo sedación y analgesia y

en muy malas condiciones, acude a médico privado, por disnea de 4 días de duración, edema en miembros pélvicos, astenia, adinamia, malestar general, se le encuentra con saturación de 28% por oximetría de pulso, por lo que se le toma placa de tórax evidenciando derrame pleural masivo. Presenta insuficiencia respiratoria severa, por lo que se decide el manejo de la vía aérea avanzada, se coloca sonda endo plueral izquierda drenando 3000cc de contenido serohemático.

- ❖ Ingresa en muy malas condiciones generales, bajo sedación con apoyo de ventilación mecánica, se inicia tratamiento con hidratación y manejo hemodinámico con norepinefrina a 8 ml/mn.
- ❖ El motivo de ingreso fue por insuficiencia respiratoria + choque distributivo + manejo avanzado de la vía aérea + desnutrición severa.
- ❖ Durante la guardia la señora Margarita de 63 años de edad evoluciona desfavorablemente, TA indetectable, saturación del 60%, a las 18:35 hrs se registra trazo isoeléctrico. Fallece por la causa fundamental de tumor maligno de ovario, con un intervalo entre el comienzo de la enfermedad y la muerte de 10 años.

Ingresa el 2 de septiembre del 2014 al área de preparación de clínica del dolor para realizar procedimiento intervencionista para manejo del dolor, se prepara y se le da orientación y explicación sobre el procedimiento, en cuanto a la actitud en el momento de su ingreso se encuentra nerviosa, refiere que cada que viene al hospital se pone muy nerviosa porque le da miedo que encuentren alguna otra cosa.

Por el motivo de encontrarse nerviosa presenta una TA de 130/80 mmHg por lo que se le retrasa el procedimiento, en éste lapso de tiempo se le da una terapia de relajación, la cual consiste en realizar respiraciones profundas y visualización guiada de esta dinámica. La señora termina llorando y logrando desahogarse, una vez que se encuentra más tranquila se le explica el procedimiento que se le va a realizar de una manera didáctica con dibujos y ejemplos, me encargo de narrarle todo lo que sucederá una vez que llegue a la sala, desde que la colocaran sobre la

mesa que es un lugar frio, le colocaran anestesia y que estará sedada. Se le explica como será la colocación de las agujas espinales, que será bajo anestesia; que saliendo del procedimiento se sentirá mareada y con sueño, se aclaran sus dudas y las de su familiar. Logrando disminuir su ansiedad, posteriormente se le da un masaje en espalda y piernas mejorando su estado general disminuyendo la TA y FC.

Posterior al procedimiento egresa sin complicaciones y regresa a la semana siguiente a valoración, a lo cual la señora llega caminando sin apoyo de bastón o andadera. A la revisión refiere mejoría, al ingreso se encontraba con una EVA de 8 y que en el momento de la revisión se encuentra con un EVA de 4, posterior a esta valoración se le da seguimiento en algunas consultas, en el área de clínica del dolor vuelve a presentarse refiriendo que el dolor a aumentado y se queda con manejo de opioides morfina, buprenorfina , posteriormente se vuelve a localizar en consulta en el área de clínica de trombosis a lo cual se encuentra dada de alta por la trombosis que presentaba en el miembro pélvico izquierdo.

Posteriormente en el mes de marzo se localiza en el área de hospitalización de oncología medica, su motivo de ingreso fue dificultad respiratoria, por metástasis pulmonar a lo cual nuevamente se encuentra con miedo, hemodinámicamente inestable con tendencia a la hipertensión, se platica con ella se brinda apoyo emocional, egresa por la mañana por mejoría.

## **2.1.1 VALORACIÓN POR NECESIDADES**

### **Necesidad de oxigenación**

La persona se encuentra consciente, con palidez tegumentaria con una FR de 14 rpm, con vía aérea permeable saturando en 94% al medio ambiente, patrón respiratorio con eupnea. Taquicardia 100 lpm, con una presión arterial de 130/80 mmHg , con un llenado capilar de 3", Niega dolor precordial, no se observa ingurgitación yugular o sangrado a cualquier nivel.

### **Necesidad de nutrición e hidratación**

Se encuentra con mucosas orales hidratadas, sin presencia de mucositis, ni halitosis, reflejo de deglución presente y sin presencia de dolor abdominal a la palpación. En ayuno debido al procedimiento al que será sometida, con un peso de 70kg, una talla de 153cm, un IMC de 29.9, por lo que presenta sobrepeso, refiere que si ha tenido variaciones en su peso; consume alimentos de los cinco grupos y no le desagradan ningún alimento, toma alrededor de 2 litros de agua natural al día, evita el consumo de refrescos o aguas industrializadas, por la mañana toma una taza de café y no consume ningún tipo de té, ni bebida alcohólica, realiza solo 2 comidas al día (por lo que se le da la enseñanza de la importancia y modo de división de los alimentos en 5 comidas diarias a lo que refiere que si ya sabe pero que se le hace complicado así que prefiere solo cuidar lo que consume) también refiere que su economía influye en su alimentación ya que dependiendo de cómo se encuentre puede disminuir o aumentar el consumo de algún alimento. Diabetes mellitus negada, con una glucosa de 87 mg/dl.

### **Necesidad de eliminación**

Previo al procedimiento su diuresis se ve disminuida pero refiere que su patrón urinario es con una frecuencia de 4 veces por día en una cantidad aproximada de 300ml de características normal, menciona que no presenta ninguna molestia, como disuria, incontinencia o polaquiuria., en el patrón intestinal presenta manejo con laxante Picosulfato de sodio 15 gts VO c/24 hrs En su patrón intestinal refiere que padece estreñimiento, que evacua una vez por semana, heces duras, refiere que no tiene ningún hábito para favorecer la eliminación ya que es por efecto del

tratamiento, presenta un peristaltismo y ruidos intestinales disminuidos, refiere que al evacuar no presenta molestias como cólicos, sangrado, ni dolor solo refiere que le cuesta trabajo evacuar.

### **Necesidad de moverse y mantener buena postura**

Al momento de la entrevista se encuentra en decúbito lateral por molestia en la pierna, presentando el día de la consulta dolor en miembro pélvico izquierdo, por lo cual presenta dificultad para la marcha y requiere de apoyo de su familiar para que la deambulación sea efectiva, dentro de su actividad física refiere la deambulación cuando el dolor de la pierna es menor y soportable, refiere que realiza ejercicios pasivos de acuerdo a su limitación y para disminuir la molestia de la pierna, la cual se le interroga por que la tiene y ella refiere que trombosis venosa profunda en miembro pélvico izquierdo por lo cual es canalizada al servicio de clínica del dolor ya que refiere que el médico tratante de su servicio de base menciona que ella no podía manejar su dolor. Posterior al procedimiento intervencionista queda con manejo de analgésicos : ibuprofeno 400 mg C/12, traadol 100 mg C/12 , tradol 50 mg C/8

### **Necesidad de descanso y sueño**

Habitualmente refiere que no duerme horas corridas ya que por las noches llega a aumentar el dolor que presenta en el miembro pélvico afectado, el cual ella refiere que llega a aumentar a un EVA de 9, refiere que es un dolor localizado en toda la pierna. Se despierta por la molestia y usa los rescates los cuales disminuyen el dolor a un EVA de 6 por lo cual no descansa, pero refiere que no utiliza nada ni tiene hábitos que le favorezcan para dormir, en el mes de octubre cambian analgésicos y se le indica: buprenorfina parches de 30 mg cambiar cada 4 días , rescates de buprenorfina sublingual .2 mg, pregabalina 75mg C/8

### **Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

Puede vestirse y desvestirse sola, de igual manera ella elige su ropa sin que influyan en su forma de vestir el ánimo, la cultura, la moda etc., actualmente se encuentra cómoda en su modo de vestir y considera que la limpieza de las prendas de vestir es importante.

### **Necesidad de mantener la temperatura corporal**

En este momento se encuentra normotérmica con una temperatura corporal de 36.7°C, refiere que no ha presentado fiebre.

### **Necesidad de higiene y protección de la piel**

Presenta piel íntegra, hidratada, sin presencia de lesiones, con una adecuada coloración tegumentaria, sin presencia de hematomas, petequias. Refiere baño diario, aseo dental después de cada alimento y aseo de manos múltiples veces al día.

### **Necesidad de evitar peligros**

Etapa de la vida: es una paciente femenina adulto mayor que se encuentra orientada, con un riesgo de caídas alto debido a la dificultad que presenta en la marcha y la ausencia de un apoyo, ve bien, escucha bien. En cuanto a la actitud en el momento de su ingreso al hospital refiere que cada que viene al hospital se pone muy nerviosa porque le da miedo que le encuentren alguna otra cosa. Por el motivo de encontrarse nerviosa presenta una TA de 130/80 mmHg por lo que se le retrasa el procedimiento, para la realización del procedimiento se le toman laboratorios tiempos de coagulación:

Tiempo de trombina : 12.9seg , tiempo de tromboplastina 36.6 seg , tiempo de protrombina:11.5seg.,INR:1.10

Biometría hemática : leucocitos 5.4 millones/mm<sup>3</sup> , eritrocitos 4.99 millones/mm<sup>3</sup> , hemoglobina 14.8 gr/dl , hematocrito 45.2 % , plaquetas 298 miles/mm<sup>3</sup> , neutrófilos 60.5%, linfocitos 30.0%, monocitos 7.3%, eosinófilos 1.4% basófilos .800%

### **Necesidad de comunicarse**

Inicialmente se encuentra muy retraída cuando se le empieza a cuestionar sobre cómo se siente poco a poco va expresando sus dudas y temores. Se expresa de manera adecuada sin ninguna limitante, no habla otra lengua o dialecto. Normalmente se encuentra estable, alegre, por momentos no expresa sus sentimientos de manera adecuada, como si estuviera guardando algún tipo de

sentimiento, eso es lo que la vuelve nerviosa. Ella refiere que cuando tiene ganas de llorar se contiene para que no la vean y poner tristes o afectar a sus hijos.

Refiere que la relación con su familia es buena al igual que con sus amigos, mientras se le hace la entrevista puedo observar que como medio de defensa utiliza el miedo, y este reforzado por el desconocimiento de muchas cosas en torno a su tratamiento.

### **Necesidad de vivir según creencias y valores**

Es católica refiere que antes de padecer del dolor de la pierna acudía diario a la iglesia, pero que ahora el dolor la imposibilita, por lo que dice que requiere de apoyo espiritual y que aunque no asista a misa ella se refugia en su fe para estar tranquila. refiere sentir ansiedad ante la muerte no sabe que esperar, si será doloroso, refiere no querer acudir a psicooncología porque eso sería hasta el momento de “el final” se niega a recibir morfina ella refiere “¿que ya me voy a morir?” por lo cual se le brinda orientación.

### **Necesidad de trabajar y realizarse**

Actualmente es ama de casa con lo cual se siente satisfecha mientras puede realizar sus actividades ya que el dolor en ocasiones la limita en el desempeño de sus labores, por lo que si se han modificado sus actividades por el padecimiento actual.

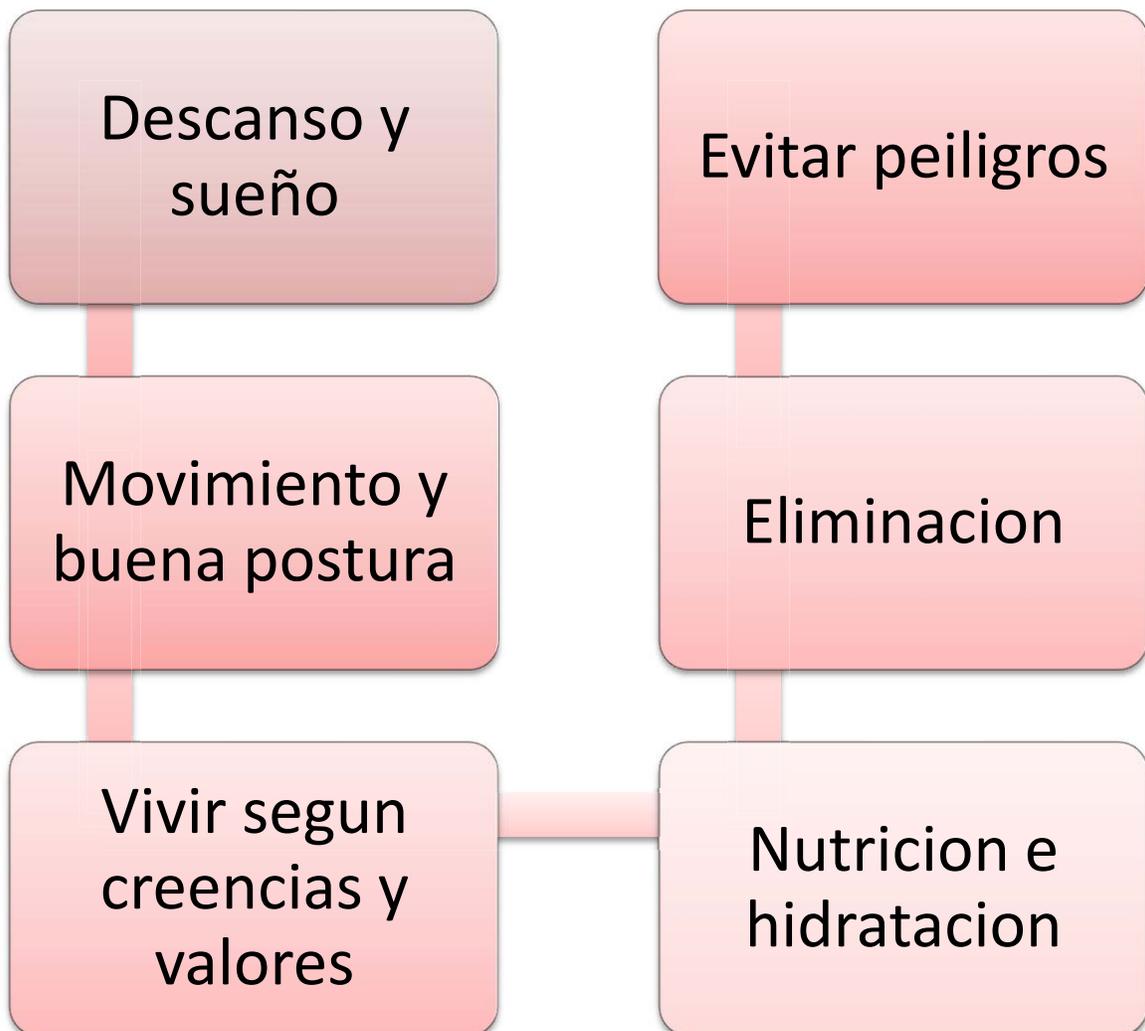
### **Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas**

En su tiempo libre le gusta tejer y caminar cuando no tiene dolor, siendo de su preferencia la segunda y por esta misma razón esta actividad se ha visto afectada.

### **Necesidad de aprendizaje**

La paciente refiere conocer bien los motivos de ingreso así como todos los signos y síntomas de alarma. Describe a detalle el número de cirugías tipo y complicaciones, así como los efectos secundarios de los tratamientos que maneja, desconoce algunos de los procedimientos que se le hicieron por lo cual se le hace la explicación de ellos, en cuanto a lo académico refiere haber estudiado hasta la secundaria completa y por motivos económicos no siguió estudiando.

## 2.1.2 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES AFECTADAS



### 2.1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS (INDEPENDIENTE E INTERDEPENDIENTE)

DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN
(00133) Dolor crónico	Interdependiente
(00085) Deterioro de la movilidad física	Independiente
(00148) Temor	Interdependiente
(00147) Ansiedad ante la muerte	Interdependiente
(00001) Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades	Independiente
(00031) Estreñimiento	Independiente
(00053) Aislamiento social	Interdependiente
(00170) Riesgo de deterioro de la religiosidad	Independiente
(00066) sufrimiento espiritual	Independiente
(00155) Riesgo de caídas	Independiente

# **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Descanso y sueño</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <b><u>Educadora y acompañante</u></b>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	<u>3</u>	4	5
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <b>(00133) Dolor crónico relacionado con actividad tumoral manifestado por informe verbal de dolor y disminución de la actividad física.<sup>9</sup></b>								
<b>Objetivo: Control del dolor mediante el manejo óptimo de la analgesia para favorecer la realización paulatina de las actividades cotidianas.</b>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<p>Manejo de la medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicación tomados. - Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.</li> <li>✓ Enseñar al paciente y/o familia el método de administración de los fármacos, según corresponda, como el uso de los parches de buprenorfina y los rescates de tradol.</li> <li>✓ Explicar al paciente y/o familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.</li> <li>✓ Proporcionar al paciente y a los familiares información escrita y</li> </ul>	<p>Reconocer que la dosis "correcta" para un paciente es la dosis que alivia el dolor de ese individuo en particular. No hay una dosis correcta común a todos los pacientes. Las dosis pueden incrementarse hasta que el paciente experimente alivio del dolor o efectos secundarios inaceptable</p> <p>Brindar una información completa sobre los beneficios así como los efectos adversos del uso de los medicamentos ayudará a que el paciente este consciente de lo que puede suceder en caso de no tomar los medicamentos en tiempo y forma y así se apegue al régimen</p>	<p>La paciente se encontraba en consultas con la clínica del dolor y posterior al procedimiento se modificaron los analgésicos prescritos en ese momento se le explica por mi parte la nueva medicación y como se utilizara en este caso se le cambia a parches de buprenorfina y se explica como es su colocación, en que área y cada cuando es el cambio. Ya que en ella se ocupan opioides después de la consulta le explico que un efecto de estos es el estreñimiento y que es normal que para ello se le recetara un laxante</p>	<p>La paciente aprende la importancia de tomar los medicamentos de la manera correcta apegándose al tratamiento, el dolor al ser producido por la actividad no se logra erradicar, sin embargo se logra una disminución de un EVA 8/10 a un 4/10, con esta mejoría la señora Margarita logra realizar algunas de sus actividades cotidianas con menor dificultad, siempre con apoyo de rescates de ser necesario.</p>					

<sup>9</sup> Herdman, TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 9ª ed. 2012-2014. Barcelona: El Sevier; 2012.

<p>visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enseñar al paciente cuándo debe solicitar atención médica. - Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación</li> <li>✓ Proporcionar alivio del dolor con los analgésicos prescritos</li> <li>✓ Instruir a la paciente sobre la importancia de los ejercicios pasivos p. ej., caminata, yoga, estiramientos</li> <li>✓ Planificar las actividades diarias cuando el dolor sea más tolerable</li> <li>✓ Educar a la paciente sobre la aplicación de los rescates.</li> </ul>	<p>establecido. La realización de caminata progresiva a tolerancia ayudara al flujo sanguíneo otro ejercicio es la dorsiflexión de ambos pies sentado o acostado, mejorando el retorno venoso por la contracción muscular.</p>	<p>que contrarreste este efecto, siendo paciente de la clínica del dolor se le da la indicación que debe acudir al servicio de atención inmediata si es que presentara dolor aun cuando no tuviera cita agendada, debido a la molestia en el miembro pélvico se le recomienda realizar ejercicios pasivos que ayuden a no deteriorar la funcionalidad de este, y ella acepta, se le explica que cuando el dolor sea más tolerable puede realizar actividades deseadas pero no en exceso, se le muestra como puede ordenar las actividades que desee realizar priorizando para evitar sobre carga de esfuerzo En el caso de esta paciente tiene indicado tomar rescates de tradol, pero al no tener claro que es un rescate se le explica de manera que entienda que es una dosis extra que le ayude a tolerar el dolor y que si lo toma durante la noche favorecerá el sueño.</p>	
---	--	---	--

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Movimiento y buena postura</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <b><u>Sustitución</u></b>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	3	4	<u>5</u>
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <b>(00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con malestar en miembro pélvico manifestado por cambios en la marcha, inestabilidad postural.</b>								
<b>Objetivo: favorecer el aumento paulatino de la movilidad física en conjunto con el manejo de medicamento que disminuya el dolor y favorezca</b>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enseñar a la paciente los ejercicios de buerguer-allen adecuados para problemas circulatorios.</li> <li>✓ Realizar ejercicios de amplitud de movimientos pasivos o activos. Con ayuda a tolerancia del paciente realizarlos con lentitud.</li> <li>✓ Evitar permanecer mucho tiempo sentado o acostado en la misma posición.</li> <li>✓ Promover la motivación y el movimiento óptimo.</li> <li>✓ Establecer objetivos a corto plazo</li> </ul>	<p>Son ejercicios indicados en problemas circulatorios periféricos, como arterioesclerosis y trombosis venosa, fundamentalmente. Se basan en reacciones de hiperemia local, y los debe realizar el paciente en su cama entre 3 y 5 veces diarias.</p> <p>Estos ejercicios además de las reacciones inmediatas que tienen lugar en la fase, consiguen aumentar el flujo sanguíneo en los miembros inferiores de manera general 5 minutos después de finalizados los mismo. Realizar una adecuada orientación a la paciente de los beneficios de realizar los ejercicios ayudar a motivarla a realizarlos para la</p>	<p>Posterior al procedimiento se buscaron ejercicios q favorecieran la circulación, y para la siguiente cita agendada se le mostraron con ejemplos impresos y mostrados al momento los ejercicios que podía realizar para favorecer la circulación y de este momento en conjunto con todo el tratamiento disminuir el dolor, se le dieron las indicaciones sobre estos ejercicios y de que iniciara movimientos pasivos de la misma manera que evitara permanecer mucho tiempo sentada, a lo cual ella acepta haber comprendido la información que se le proporcionó.</p>	<p>Se logró una leve mejoría debido a que el dolor que presenta es multi factorial, en conjunto con el procedimiento realizado por médicos de clínica del dolor refiere que el dolor disminuyo de un EVA 8/10 a 4/10.</p>					

	<p>mejoría de su movimiento como complemento de los opioides.</p> <p>Realizar una organización de los objetivos a corto plazo servirán como motivación de seguir el tratamiento farmacológico y no farmacológico al ir obteniendo resultados</p>		
--	--	--	--

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Evitar peligros</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <b>Educadora</b>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	3	4	<u>5</u>
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V ( Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <b>(00148) Temor relacionado con desconocimiento del procedimiento a realizar manifestado por informe verbal y alteración de signos vitales. <sup>10</sup></b>								
<b>Objetivo: Resolver dudas sobre el procedimiento, Estabilización hemodinámica realizar explicación de el procedimiento disminuyendo el temor mediante técnicas de relajación</b>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mostrarle técnicas de relajación como respiración profunda y visualización guiada.</li> <li>✓ Explicar de una manera didáctica el procedimiento al que será sometida.</li> <li>✓ Explicar los efectos de sedación con los cuales saldrá de la sala de procedimientos y como será el proceso durante y después del procedimiento.</li> <li>✓ Hacer tarjetas o dibujos y uso del materia didáctico que se encuentra en el</li> </ul>	<p>Iniciar ejercicios de relajación como respiraciones profundas ayudaran a que la tensión disminuya y la FC así como la T/A podrán estabilizarse.</p> <p>Aclarar las dudas ayudará a que la señora Margarita se sienta más tranquila.</p> <p>La finalidad de explicar todo el proceso antes, durante y después del procedimiento en conjunto con una demostración didáctica de cómo se realizara el</p>	<p>Antes de ingresar al procedimiento la paciente se encontraba nerviosa y con temor al procedimiento por lo que en conjunto con el personal de enfermería del área se iniciaron ejercicios de relajación se le pidió que respirara profundo, que cerrara los ojos y se le fue pidiendo que imaginara lugares tranquilos, la paciente comenzó a relajarse, al terminar los ejercicios termino llorando, pero sintiéndose más tranquila, posterior a eso le cuestioné cual era su temor a lo que ella comentó que en realidad no sabía que le harían , con apoyo de</p>	<p>Inicialmente la TA se encontraba alterada en 130/80 mmHg por lo que se retraso el procedimiento, posterior a los ejercicios de relajación y las múltiples explicaciones la TA se mantuvo en 125/80 mmHg.</p> <p>La señora M. refiere sentirse más tranquila sobre el procedimiento.</p>					

<sup>10</sup> Herdman, TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación.9ª ed.

<p>servicio para favorecer la comprensión del procedimiento.</p>	<p>procedimiento ayudará a aclarar las dudas que se tengan. Se pretende estabilizar los signos vitales favoreciendo la realización del procedimiento.</p> <p>Se utilizaron recursos didácticos para ayudar a que la señora M. a que le quede más claro que es lo que se le hará durante el procedimiento y comprenda que no es una cirugía mayor.</p>	<p>material didáctico como dibujos y un modelo anatómico le explique todo el procedimiento desde que ingresaría a la sala hasta lo que le haría como tal en el procedimiento, lo que sentiría, y como se sentiría después del procedimiento, en conjunto con los ejercicios y la explicación del procedimiento la paciente refiere sentirse más tranquila, la acompaño hasta la sala y permanezco con ella hasta iniciada la sedación, después la recibo saliendo del procedimiento se encuentra tranquila ya que todo lo que le explique fue lo que ella sintió y no se asusto .</p>	
--	---	---	--

<p><i>Necesidad alterada:</i> <b>Vivir según creencias y valores</b></p>	<p><i>Fuente de dificultad:</i> <b>*F.F *F.C *F.V</b></p>	<p><i>Cuidado básico de enfermería:</i> <b><u>Educadora y acompañante</u></b></p>	<p><i>Nivel de dependencia</i></p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p><u>5</u></p>
<p><i>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)</i></p>								
<p><i>Diagnóstico de Enfermería:</i> (000147) <i>Ansiedad ante la muerte relacionado con incertidumbre con el pronóstico, confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal manifestado por informe de tristeza profunda, informes de temor al proceso de la agonía</i></p>								
<p><i>Objetivo: Disminuir los niveles de ansiedad, proporcionar apoyo emocional que favorezca la aceptación del pronóstico así como orientación sobre el apoyo que se le puede brindar</i></p>								
<p><i>Intervenciones</i></p>	<p><i>Fundamentación</i></p>	<p><i>Ejecución</i></p>	<p><i>Evaluación</i></p>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Escucha activa</b></li> <li>✓ Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.</li> <li>✓ Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.</li> <li>✓ <b>Mejorar el afrontamiento</b></li> <li>✓ Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</li> <li>✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>✓ Canalizar con apoyo de psicooncología para manejo de emociones y proceso</li> </ul>	<p>La escucha activa es la técnica, en la que se brinda una total atención al mensaje de la persona en lo que dice y, en como lo dice; permitiéndonos identificar en su totalidad temor o ansiedad, mediante expresiones verbales y corporales. Este recurso nos ayuda a empatizar con la paciente favoreciendo la comunicación.</p> <p>Una vez que se logra crear un ambiente de confianza se cuestionará a la persona sobre la información de la cual tiene dudas, en conjunto con el equipo multidisciplinario se atenderán las dudas sobre el estado de salud</p>	<p>La paciente es una persona que siempre a padecido de mucha ansiedad ante la evolución de su enfermedad aunada al desconocimiento de varios datos, por lo que en los encuentros subsecuentes se inicia la escucha activa en la que ella expresa temores y emociones así como sus dudas respecto al pronóstico, se le resuelven dudas y se le investiga sobre su pronóstico a lo cual se le brinda información solo necesaria para disminuir la ansiedad evitando dar información que no se requiera, se le sugiere que acuda al servicio de psicooncología para que le ayude en el proceso</p>	<p>Posterior a las intervenciones mencionadas la señora Margarita refirió disminución en la ansiedad al aclarar sus dudas, de igual manera refirió que consideraría acudir al apoyo mencionado por psicooncología.</p>					

<p>de duelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Disminuir la ansiedad</b></li> <li>✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>✓ Escuchar con atención.</li> <li>✓ Animar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>✓ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>✓ Instruir sobre técnicas de relajación.</li> <li>✓ Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> </ul>	<p>y el tratamiento a seguir de igual manera se brindará apoyo emocional y se proporcionará la información de manera alentadora pero siendo objetivo sin brindar un pronóstico falso.</p> <p>El apoyo emocional será por parte del equipo de psicooncología.</p> <p>Brindar una información objetiva ayudará al afrontamiento del propio estado de salud evitando falsas expectativas, se apoyará a la disminución de los niveles de ansiedad mostrando técnicas de relajación como la visualización guiada, ejercicios de respiración profunda.</p>	<p>por el cual esta pasando pero refiere que eso será hasta que sea el momento del fin por lo que por el momento se niega a acudir a lo cual le oriento que no necesariamente es hasta ese momento si no que puede acudir para recibir apoyo profesional a sus emociones, ella menciona que lo pensara y después de la actividad ella siempre suele quedar un poco más tranquila.</p>	
--	--	---	--

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Nutrición e hidratación</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <b>Educadora</b>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	3	<u>4</u>	5
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <b>(00031) Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades Relacionado con desorganización del patrón de alimentación manifestado por peso corporal superior al ideal con un IMC de 29.9</b>								
<b>Objetivo: Lograr una organización del patrón alimenticio adecuado a las posibilidades y estilo de vida de la paciente</b>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Educar a la paciente sobre los grupos de alimentos que debe consumir para una dieta equilibrada.</li> <li>✓ Enseñarle como dividir sus comidas para realizar 5 al día.</li> <li>✓ Realizar junto con el paciente una dieta adecuada a sus necesidades y posibilidades.</li> <li>✓ Mostrarle que tipo de alimentos puede consumir en una colación.</li> <li>✓ Explicarle la importancia de llevar una dieta adecuadamente distribuida durante el día y en cantidad.</li> <li>✓ Mostrarle que los alimentos pueden reducir gradualmente de la dieta con la finalidad de perder peso para mejorar la salud y disminuir un</li> </ul>	<p>Una dieta equilibrada es aquella que permite mantener un estado nutricional óptimo, dado que su composición es cuantitativa y cualitativamente correcta, es decir que esta proporcionada en calorías y nutrientes, siendo la contribución porcentual de los macronutrientes:</p> <p>50%-55 de hidratos de carbono (3% de fibra)</p> <p>30%de grasas</p> <p>10-155 grs. de proteínas</p> <p>Explicar al paciente los alimentos que se incluyen en el plato del buen comer le ayudaran a identificar el tipo de alimentos que puede consumir a diario según sus posibilidades</p>	<p>Después de la valoración de la paciente se observa que tiene sobrepeso y que sus hábitos alimenticios no son los mejores por lo cual se le muestra el dibujo de plato del buen comer y se le explica que debe consumir alimentos de cada grupo , al mencionar ella que no realiza sus comidas a sus horas y que por lo mismo llega a comer más en unas comidas que en otras se le explica que debe dividir sus alimentos durante el día a lo cual ella refiere que ella desconocía que debía comer colaciones por o que se le sugiere que lo haga y acepta después se le cuestiona si consume harinas y menciona que si se le explica que al disminuir</p>	<p>La paciente comprende el adecuado uso del plato del bien comer y de las raciones que debe ingerir accediendo a hacer un esfuerzo por llevar a cabo el patrón establecido, y mejorando sus hábitos alimenticios.</p>					

<p>poco los síntomas.</p>	<p>Se recomienda que el aporte diario de las kilocalorías se realice en 5 tomas con una distribución de:</p> <p>Desayuno 20%</p> <p>Media mañana 25%</p> <p>Comida 35%</p> <p>Cena 25%</p> <p>Pendiendo de sus horarios y hábitos se puede distribuir la dieta para adecuarla y que no interfiera con sus actividades, si se le explica al paciente los beneficios de llevar una dieta equilibrada y los contras de no apegarse a ella facilitara que siga las indicaciones, una vez iniciada la dieta gradualmente se pueden reducir</p>	<p>las harinas paulatinamente puede favorecer a la pérdida de peso después de la breve orientación se le aclaran algunas dudas y menciona que en la medida de sus posibilidades procurara un adecuado consumo de alimentos y que mejorara los hábitos al comer a sus horas.</p>	
---------------------------	---	---	--

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Eliminación</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <b>Educadora</b>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	3	<u>4</u>	5
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <i>(00031)Estreñimiento relacionado con tratamiento con opiáceos como morfina y buprenorfina manifestado por disminución de las deposiciones con presencia de dificultad al evacuar presentando heces duras y secas.<sup>11</sup></i>								
<b>Objetivo:</b> <i>Que la paciente aprenda la importancia de el consumo de fibra como apoyo para el transito intestinal y así aumentar la frecuencia de las evacuaciones con disminución de las molestias.</i>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ingesta de fibra y líquidos.</li> <li>✓ Explicar el manejo adecuado de los laxantes en su caso el ANARA.</li> <li>✓ Orientar al paciente sobre los medicamentos que causan estreñimiento.</li> <li>✓ Aumentar el consumo de frutas secas, zumos de frutas, y verduras con piel así como leguminosas, guisantes habas y lentejas, pan integral, cereales y salvado, incluir unos 800gr de frutas y hortalizas, evitando las frutas cocidas ya que estas pierden sus</li> </ul>	<p>Las fibras son capaces de retener el agua en su matriz estructural formando mezclas de baja viscosidad; esto produce un aumento de la masa fecal que acelera el tránsito intestinal. Es la base para utilizar la fibra insoluble en el tratamiento y prevención de la constipación crónica.</p> <p>Las dietas con un contenido en fibra elevado requieren más tiempo de masticación por lo que enlentecen la velocidad de deglución y esto implica una mayor salivación que va a repercutir en la mejora</p>	<p>Posterior a la valoración y obteniendo la información de que padece estreñimiento se le explica que es un efecto secundario a los laxantes q lo que ella refiere que le están indicando laxantes pero que aun así permanece con algo de estreñimiento, por lo cual decidimos entre la persona y yo iniciar otra alternativa modificando los hábitos alimenticios y después de buscar información le doy la orientación sobre el consumo de fibra en la dieta para mejorar el tránsito intestinal esta alimentación se</p>	<p>Posterior a que se le brinda la información la paciente refiere haber comprendido la importancia de una dieta con un alto contenido de fibra de igual manera menciona que en la medida de sus posibilidades la pondrá en práctica para mejorar su patrón gastro intestinal.</p>					

<sup>11</sup> Herdman, TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación.9ª ed.

<p>propiedades y la fibra ya no es útil.</p>	<p>de la higiene bucal. A nivel del estómago las fibras solubles, como consecuencia de su viscosidad, enlentecen el vaciamiento gástrico y aumentan su distensión prolongando la sensación de saciedad.</p> <p>Mantener informado al paciente sobre los efectos de tratamiento con opiáceos hará que él sepa que es algo considerado dentro de lo normal y evitara angustia.</p>	<p>complementará con el laxante y se espera mejorar el patrón intestinal, la paciente queda de acuerdo en aumentar el consumo de fibra para mejorar la digestión de una manera más natural.</p>	
--	--	---	--

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Comunicación</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <u><b>acompañante</b></u>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	<u>3</u>	4	5
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V ( Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> (00053)Aislamiento social relacionado con alteración del bienestar , etapa avanzada de la enfermedad manifestado por tristeza , retraimiento.								
<b>Objetivo: fomentar la participación de la familia en el cuidado emocional de la paciente , facilitar áreas de apoyo a la paciente por parte del instituto y familia fomentar la convivencia con seres queridos.</b>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza en la vida.</li> <li>✓ Animar al paciente a cambiar el ambiente, como salir a caminar o realizar alguna actividad evitando mantenerse sola o aislada</li> <li>✓ Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.</li> <li>✓ Remitir a un grupo de autoayuda, en el momento que la paciente lo acepte</li> <li>✓ Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la</li> <li>✓ planificación.</li> </ul>	<p>Identificar junto con la paciente motivos positivos para su integración a las actividades ayudara a mejorar el estado de ánimo y favorecerá la convivencia.</p> <p>Realizar actividades en familia que le brinden una distracción ayudara a reforzar lazos familiares y de apoyo.</p> <p>Brindar apoyo emocional por parte de psicooncología ayudara a mejorar relaciones sociales y cambiar la perspectivas negativas, de igual manera que la familia participe activamente permitirá expresar emociones contenidas que puedan disminuir la tristeza.</p>	<p>Posterior a una de las consultas al platicar con ella, expresa que suele encerrarse en su cuarto a llorar para que no la vean por lo que le cuestiono por qué no platica con sus familiares, ella refiere no quiere que estén tristes, en ese momento le sugiero que acuda al apoyo de psicooncología a recibir alguna orientación, de igual manera que platique de sus temores o sentimientos con su familia que son su apoyo, en ese momento se encontraba su hija a la cual integramos a la plática en la cual ella acepta requerir de un apoyo emocional, y cree conveniente entablar una plática familiar que les ayude a resaltar todos esos ámbitos de</p>	<p>La paciente acepta acudir al servicio de psicooncología para apoyo emocional donde expresa preocupación por la reacción de su hijo mayor en el momento de su fallecimiento , pidiendo apoyo y comprensión para él, de igual manera acepta poco a poco su condición en cuanto al estado de su enfermedad que se encuentra avanzado, logra poco a poco expresar emociones contenidas con su familia y se reintegra paulatinamente a las actividades de convivencia.</p>					

		<p>esperanza que la paciente tiene en su vida, mencionamos en ese momento el hecho de disfrutar el tiempo con sus nietos y sus hijos, en consultas posteriores se platica con la paciente sobre sus actividades y como se siente, aun siente temor ante la muerte pero refiere estar tranquila y disfrutando de su familia.</p>	
--	--	---	--

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Vivir según creencias y valores</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <u><b>acompañante</b></u>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	<u>3</u>	4	5
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V ( Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <b>(00170)Riesgo de deterioro de la religiosidad relacionado con enfermedad terminal , dolor crónico</b>								
<b>Objetivo: Acompañar a la paciente durante su proceso de duelo ayudando a manejar emociones y brindando apoyo necesario para la expresión de emociones que puedan alterar su estado de animo, de igual manera acercar a la paciente a sus creencias religiosas para que se apoye en ellas y sienta mayor confort espiritual.</b>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<b>apoyo emocional :</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brindar apoyo durante las etapas del duelo</li> <li>✓ Favorecer la escucha activa o el dialogo, , dentro del mismo brindar un ambiente de confianza que favorezca la expresión de sentimientos o de llanto que ayuden a disminuir la ansiedad.</li> <li>✓ Durante estos momentos de ansiedad permanecer con el paciente y proporcionar apoyo .</li> <li>✓ Escuchar sentimientos, y creencias</li> <li>✓ Abrazar o tocar a la paciente para brindar apoyo</li> <li>✓ Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales</li> <li>✓ Rezar con la paciente</li> </ul>	<p>Estar con la paciente durante su proceso de duelo brindando un ambiente de confianza y mostrando empatía ayudara a que tenga mayor confianza de expresar sentimientos</p> <p>Una vez que se ha logrado entablar confianza con la paciente se permanecerá con ella, escuchando sentimientos que desee expresar sin forzar la comunicación y mostrando respeto a sus creencias lo que proporcionara alivio emocional.</p> <p>Tener contacto con la paciente reconforta a la misma y ayudara a que ella confié y facilite la expresión de emociones .</p>	<p>Al permanecer con la paciente se le preguntó sobre cómo se sentía emocionalmente, ella refirió que se encontraba triste, y con miedo a que encuentren cáncer en alguna otra parte del cuerpo, por lo que iniciamos una conversación para que ella exprese emociones, durante la plática se toca el tema religioso ella refiere que se apoya en la oración pero se ha alejado debido a todas las complicaciones, por lo que interfiere diciéndole que no debe perder la fe en lo que ella crea ya que será uno de sus principales apoyos si ella así lo desea, posterior a esa platica cuando la encontré en el área de</p>	<p>Durante las veces que se logro localizar en el hospital a la paciente se encontró positiva en cuanto a sus creencias religiosas , aun con temor por la evolución de la enfermedad , pero refirió apoyarse en Dios para salir adelante y en su familia para ir afrontando las etapas del duelo, se le acompaño lo más que se pudo dándole seguimiento continuo y se le lograron aclarar dudas sobre su estado de salud siendo realista, respetuosa y enfatizando en el área espiritual.</p>					

	<p>De ser necesario se proporcionara de un momento a solas para que la paciente pueda meditar o en dado caso realizar oraciones según sus creencias y de ser querido se puede apoyar en estos rezos si así se desea por ambas partes para que la tranquilidad</p>	<p>hospitalización dedicamos un momento a rezar por su salud logrando un momento de paz, la acompañe lo más que pude durante el duelo que pasaba por la perdida paulatina de su salud siempre fomentando no perder la fe pero siempre siendo realista en cuanto al diagnostico de su enfermedad.</p>	
--	---	--	--

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Creencias y valores</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <b><u>acompañante</u></b>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	<u>3</u>	4	5
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <i>(00066) Sufrimiento espiritual relacionado con enfermedad terminal ,ansiedad, dolor manifestado por afrontamiento deficiente, incapacidad para experimentar la trascendencia</i>								
<b>Objetivo:</b> <i>disminuir los niveles de ansiedad mediante expresión de emociones, fomentar la comunicación entre la familia y el paciente intercambiando sentimientos y vivencias que ayuden a cambiar la perspectiva de su situación actual, favorecer con esto que la paciente tenga una mayor tranquilidad ante un pronóstico reservado a corto plazo.</i>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en los hechos y relaciones que puedan proporcionar fuerza espiritual como vivencias con seres queridos.</li> <li>✓ Alentar a la paciente a expresar sentimientos, miedos y dudas.</li> <li>✓ Favorecer la comunicación entre los familiares para expresar sus sentimientos hacia la paciente</li> <li>✓ Manejo del dolor ;ministración de analgésicos, en dosis y hora correcta</li> <li>✓ Favorecer una relación de confianza con la familia para poder brindar apoyo durante la evolución de la</li> </ul>	<p>Recordar hechos relevantes de la vida ayudara a que la paciente se de cuenta que durante su vida ha tenido vivencias buenas y consiga una paz interior.</p> <p>Expresar emociones ayudara a conseguir un alivio emocional y se busaran soluciones a esos miedos para mantener una vida más tranquila</p> <p>Debido a la etapa de la enfermedad es adecuado que la familia y el paciente se dediquen un tiempo para expresar emociones que ayuden a cerrar círculos para favorecer la aceptación del duelo y evitar tener emociones guardadas</p>	<p>Se entabla una conversación con la paciente para expresar emociones, en la cual se comienza a recapitular sobre anécdotas, agradables y se le demuestra que no todo en su vida ha sido su enfermedad si no que ha tenido buenos momentos y esos son los que debe conservar, durante la conversación se expresan sentimientos y se da apoyo emocional brindando palabras de aliento, se busca que las hijas se integren a la plática y expresan su amor por la paciente, así como su apoyo incondicional en esta etapa de su vida</p>	<p>Al termino de la actividad en la que la paciente y las hijas expresaron emociones y sentimientos mutuos así como la recopilación de momentos especiales la paciente refiere sentir un alivio, así como tranquilidad con lo cual refiere que no se siente tan ansiosa, y después de expresar sentimientos refiere estar más tranquila ante la progresión de la enfermedad y el deceso inminente.</p>					

<p>enfermedad</p> <p>✓ Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o en ayudarle a obtener respuestas</p>	<p>Se mantiene una relación de confianza con el paciente y los familiares lo cual ayuda a expresar dudas, a las cuales se debe resolver ya que se disminuirán los niveles de ansiedad entre más información tengan según la requieran, siendo esta siempre proporcionada con respeto a la persona sin infundir falsas esperanzas .</p>		
---	--	--	--

<b>Necesidad alterada:</b> <b>Evitar peligros</b>	<b>Fuente de dificultad:</b> <b>*F.F *F.C *F.V</b>	<b>Cuidado básico de enfermería:</b> <b><u>Sustitución</u></b>	<b>Nivel de dependencia</b>	1	2	3	<u>4</u>	5
<b>*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)</b>								
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <b>Riesgo de caídas relacionado con disminución de la fuerza de extremidad inferior, deterioro de la movilidad física, dificultad en la marcha</b>								
<b>Objetivo: orientar a la paciente sobre situaciones que la puedan poner en riesgo de una caída y por lo tanto disminuir el riesgo de caídas y lesiones durante y después de su estancia hospitalaria</b>								
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colocar los objetos al alcance del paciente .</li> <li>✓ Sugerir el uso de algún apoyo mecánico como bastón</li> <li>✓ Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo tanto en casa como el área hospitalaria</li> <li>✓ Tener buena iluminación que ayude a la visualización</li> <li>✓ Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos</li> <li>✓ Identificar uso de medicamentos que puedan alterar el estado de conciencia</li> <li>✓ Mantener barandales en alto en el área hospitalaria</li> </ul>	<p>Tanto en casa como en el área de hospitalización los objetos personales deben dejarse cerca para que la paciente no tenga que realizar tantos movimientos o caminar distancias largas si apoyo que puedan poner en riesgo su integridad física.</p> <p>Mantener la habitación el orden y buena iluminación ayudara a que durante la deambulación exista menor riesgo de tropezar con algún objeto que pueda provocar alguna caída.</p> <p>Mantener barandales en alto disminuye el riesgo de una caída debido al uso de medicamentos como la anestesia que pueden desorientar al paciente o producir mareo.</p>	<p>A a llegada de la paciente al servicio se puede valorar u observar que tiene dificultad para la marcha , pero no utiliza bastón solo el apoyo de su hija, por lo que se le cuestiona y refiere que por el dolor de la pierna tiene dificultad para caminar y se le sugiere que valore la opción de usar bastón, una vez que se encuentra en el área de preparación se mantienen los barandales en alto y se le brindan los onjetos que requiere evitando que realice movimientos que la pongan en riesgo, durante el procedimiento antes de la sedación se le indica que no se mueva ya que la mesa es muy angosta y ella evita movimientos bruscos o excesivos,</p>	<p>Durante su estancia hospitalaria se le explicó a la paciente efectos de la anestesia y se le brindaron sus objetos personales cuando fueron requeridos, se dio de alta hasta que estaba totalmente orientada y se evitaron caídas de igual manera se dieron indicaciones para prevenirlas en el hogar quedando claras y aceptadas por familiar y la paciente.</p>					

		<p>posterior al procedimiento se le indica que se encuentra en el área de recuperación , como es que salió del procedimiento y se mantiene con barandales en alto , refiere sentirse somnolienta y mareada por lo que se le explica que son efectos de la anestesia, y se le brinda lo necesario, de igual manera al momento de su egreso se valora el momento en el que los efectos de la anestesia hayan pasado y se da de alta con el apoyo para la deambulaci3n de su hija. En visitas posteriores ella llega haciendo uso de bast3n.</p>	
--	--	---	--

### **2.2.3 PLAN DE ALTA POR DEFUNCIÓN**

**CUIDADOS POST MÓRTEM:** Son los que se efectúan después de la muerte, una vez que el médico ha firmado el certificado de defunción. A partir del momento de la muerte el cuerpo pasa por distintas fases:

- Rigor mortis: Endurecimiento del cuerpo a partir de 2-4 horas y que dura unos 4 días.
- Algor mortis: Disminución de la temperatura corporal (1°C por hora)
- Livor mortis: Cambio de color de la piel, cuando la sangre deja de circular y los procesos corporales han terminado definitivamente.

El cuerpo debe tratarse con todo respeto y sin brusquedades. No debe empezar a manipularse en presencia de otros familiares o de otros usuarios. Los cuidados deben llevarse a cabo antes de que aparezca el rigor mortis. Lo primero será retirar todos los apósitos sucios, vendajes, sondas, tubos y catéteres.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Ponerse bata, mascarilla y guantes.
- Retirar todas las pertenencias del fallecido y ponerlas en una bolsa de plástico con su identificación para entregarlas a los familiares.
- Bajar la cama y retirar todas las almohadas, excepto las de la cabeza, para evitar el estancamiento de sangre en esa zona.
- Poner el cuerpo en posición de decúbito supino, alineado y con las piernas estiradas, moviendo el cuerpo con suavidad para evitar la aparición de equimosis (moratones).
- Asear parcial o totalmente el cadáver. Lavar la cara, limpiar las secreciones, sangre y fluidos si las hubiera. Lavar las heridas y taparlas si procede, por su extensión o porque sean muy llamativas (prevenir las reacciones psicológicas adversas en la familia y acompañantes),

- Taponar con algodón, con la ayuda de unas pinzas, todos los orificios naturales: boca, fosas nasales, oídos, recto y, en la mujer, la vagina.
- Colocar las prótesis dentales en la boca, una vez lavada, y cerrarla. Si la boca no permanece cerrada, sujetarla con una venda colocada bajo el mentón, anudándola en la cabeza.
- Cerrarle los ojos, aplicando una ligera presión con las yemas de los dedos, o colocar una torunda de algodón húmedo sobre ellos.
- Peinarle el cabello.
- Ponerle los brazos cruzados sobre el pecho; atar las muñecas y los tobillos con vendas o esparadrapo, y colocar la identificación del fallecido (en caso de que sea necesario) en los tobillos sujeta con tela adhesiva.
- Colocar el cadáver sobre la mortaja o la sábana
- Cubrir el cuerpo con la mortaja o sábana, dejando visible la cara y doblando la parte superior en forma de tocado.
- Envolver el resto del cuerpo procurando que el dobléz quede a un lado, sujetando con esparadrapo los codos a la altura de la cintura, los tobillos y debajo de las rodillas.
- Volver a colocar la identificación del fallecido en el exterior, a la altura de la cintura o de los tobillos.
- Permitir a la familia que tenga tiempo para estar con el fallecido si se ha pedido con anterioridad.
- Mantener en todo momento la intimidad de la familia.
- Entregar la bolsa con todas las pertenencias del fallecido a su familia, anotando los artículos entregados y la persona a quien se le hace la entrega.

- Identificar correctamente el cadáver y tenerlo preparado con toda la documentación para su traslado.
- Verificar que el paciente tenga colocada la pulsera identificativa (colocársela si no la tuviera).
- Los certificados de defunción serán cumplimentados por el medico responsable.
- Registro en la documentación, tanto a nivel de registros enfermería como en los programas informáticos.
- Unificar y ordenar toda la historia del paciente para su posterior archivo.
- Retirar toda la ropa de la cama y colocarla en bolsas para su lavado.
- Tirar en bolsas todos los productos que sean desechables y retirar todos los utensilios o aparatos, para realizar la limpieza y desinfección de la habitación.

## **CONCLUSIONES**

El anterior PAE se realizó de manera satisfactoria, teniendo el consentimiento de la paciente así como de sus familiares; en este caso su hija quien siempre la acompañaba a las consultas, de esta manera entre las dos lograba completar la información que se requería para la valoración.

El presente trabajo como todo Proceso de Atención Enfermero tuvo por objetivo mejorar la calidad de vida de la paciente y mantener la salud así como favorecer una muerte digna ya que durante la elaboración del presente trabajo la persona fallece.

En el desarrollo del trabajo se logró la integración de toda la información sobre el estado de salud de la paciente poniendo en práctica el desarrollo de todas las etapas del proceso, valorando las necesidades, elaborando diagnósticos basados en las necesidades afectadas, planeando las intervenciones que ayudaran al mantenimiento o la recuperación de la salud, ejecutando de manera satisfactoria las intervenciones planeadas y evaluando los resultados obtenidos con cada una de ellas.

Al ejecutar la valoración, se permitió desarrollar cada diagnóstico y sus intervenciones necesarias para mejorar cada una de las necesidades alteradas y mantener el bienestar del paciente, estas intervenciones estuvieron enfocadas en mejorar la calidad de vida de la paciente así como brindar un apoyo emocional a ella y a sus familiares más cercanos con estas intervenciones se brindo un cuidado holístico haciendo énfasis en la parte emocional la cual se encontraba afectada debido a la confrontación de una etapa terminal.

La elaboración de este PAE, me permitió conocer más sobre la atención que se le brinda a una persona en etapa terminal, al brindar un cuidado holístico y humanizado, de igual manera al hacer la valoración me permitió identificar las necesidades alteradas en una persona con un cáncer avanzado con dolor crónico,

con lo cual aprendí el manejo de la escala de analgesia y los procedimientos intervencionistas que se realizan en el Instituto Nacional de Cancerología para el manejo del dolor.

En cuanto al área personal adquirí mayor conocimiento sobre el trato con la persona, atendiendo todas las necesidades alteradas sin olvidar que como persona en una etapa avanzada requiere de apoyo emocional, confianza, orientación y acompañamiento tanto ella como su familia.

De igual manera durante la elaboración del presente trabajo adquirí diferentes conocimientos de diferentes áreas, como lo fueron los procedimientos intervencionistas, los cuidados de enfermería posteriores a ellos, parte de lo que son los cuidados paliativos y su finalidad.

## GLOSARIO

**Adyuvante.** Tratamiento oncológico que acompaña a uno previo considerado principal, con el fin de disminuir la probabilidad de recaída. También llamado coadyuvante

**Antígeno.** Sustancia que induce la formación de anticuerpos, debido a que el sistema inmune la reconoce como una amenaza. Esta sustancia puede ser extraña (no nativa) proveniente del ambiente (como químicos) o formada dentro del cuerpo (como toxinas virales o bacterianas).

**Antígeno carcinoembrionario (CEA).** Siglas en inglés de CarcinoEmbryonic Antigen. Proteína que normalmente está presente en el tejido intestinal del feto y que desaparece después del nacimiento. Sirve de marcador tumoral. Bibliografía

**Ascitis.** Acumulación de líquido en el interior del abdomen.

**CA-125.** Proteína que prevalece más en las células del cáncer ovárico que en otras células y por eso se utiliza como marcador tumoral en el diagnóstico y seguimiento del cáncer de ovario.

**CA-19.9.** Antígeno asociado a los tumores de páncreas utilizado como marcador tumoral para el diagnóstico y seguimiento del cáncer de páncreas y otros del aparato digestivo.

**Cáncer.** Conjunto de síntomas de pronóstico y tratamiento diferente, que se caracteriza por la proliferación acelerada, desordenada y descontrolada de las células de un tejido que invaden, desplazan y destruyen, localmente y a distancia, otros tejidos sanos del organismo.

**Cuidados paliativos.** Atención específica, activa e integral que deben recibir los pacientes con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades. Esta atención ayuda a la persona a tener la mejor calidad de vida posible a medida que su cáncer progresa, y tiene como fines principales aliviar el dolor y demás síntomas, mejorar el bienestar emocional,

mental y espiritual y, por último, dar apoyo a los miembros de familia de la persona que tiene cáncer durante la enfermedad y después de la muerte de la persona.

**Derrame pleural.** Acumulación de líquido entre las capas de la membrana que recubre los pulmones y la cavidad torácica. Es un signo frecuente del cáncer de pulmón y de las metástasis en las pleuras.

**Disnea.** Afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

**Edema.** Acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo.

**Escala de Karnofski.** Escala numérica del 0 al 100, muy empleada en oncología para expresar de forma reducida el estado general de salud de un paciente. Consta de 10 parámetros, el más inferior es 10: moribundo y el más superior es 100: normal.

**Estadificación.** Clasificación de la extensión y gravedad de una enfermedad cancerosa.

**Etiología.** Estudio de las causas de las cosas, especialmente de las enfermedades.

**FINC:** Tratamiento realizado fuera del Instituto Nacional de Cancerología

**Gray (Gy).** Unidad derivada del Sistema Internacional de Unidades que mide la dosis absorbida de radiaciones ionizantes por un determinado material.

**Línea de tratamiento.** Ciclos que se han administrado a un paciente de un mismo esquema de quimioterapia. Por regla general, cada línea de tratamiento corresponde a una progresión de la enfermedad.

**Linfedema.** Bloqueo de los vasos linfáticos, los cuales drenan líquido desde los tejidos a través de todo el cuerpo y permiten que las células del sistema inmunológico viajen hasta donde sean requeridas.

**Marcador tumoral.** Sustancias que a menudo pueden descubrirse en cantidades mayores que las normales en la sangre, orina, o tejidos del cuerpo de algunos pacientes con ciertos tipos de cáncer. Los marcadores tumorales son producidos por el propio tumor o por el cuerpo como respuesta a la presencia de cáncer o ciertas condiciones benignas (no cancerosas)

**Metástasis.** Diseminación a órganos distantes de una infección o de un tumor primario maligno o cáncer, que ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática

**Neuropatía:** Patología en la función de un nervio periférico (cualquier parte del sistema nervioso exceptuando al cerebro y la espina dorsal) que produce dolor, adormecimiento, hormigueos, hinchazón y debilidad muscular en varias partes del cuerpo. En los enfermos de cáncer, esta patología, generalmente, es desencadenada por los agentes de la quimioterapia.

**Oncología:** Especialidad médica que estudia los tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los malignos, esto es, al cáncer. Esta especialidad se ocupa del diagnóstico y tratamiento del cáncer, seguimiento de los pacientes, cuidados paliativos de pacientes en situación terminal, aspectos éticos relacionados con la atención a los enfermos con cáncer y estudios genéticos, tanto en la población general, como, en algunos casos, en familiares de pacientes (indicado en algunos tipos de tumores, en los que se conocen las bases hereditarias).

**Opioides.** Fármacos. Variedad más importante de analgésicos en el manejo del dolor moderado a severo debido a su efectividad, dosificación fácil y relación riesgo/beneficio favorable. Hay 69 cuatro grandes clases de opioides: opioides endógenos, producidos en el cuerpo; alcaloides del opio, tales como morfina (el opioide prototípico) y codeína; opioides semisintéticos, tales como heroína y oxicodona; y opioides completamente sintéticos, tales como petidina y metadona, que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.

**Psicooncología.** Rama de la Psicología que se ocupa del efecto psicológico del cáncer en pacientes y familiares.

**Quimioterapia.** Tratamiento médico basado en la administración de sustancias químicas (fármacos). Suele reservarse para los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas. Dichos fármacos se denominan medicamento citotástico, o citotóxicos. La terapia antineoplásica tiene una gran limitación, que es su escasa especificidad. El mecanismo de acción es provocar una alteración celular ya sea en la síntesis de ácido nucleico, división celular o síntesis de proteínas. La acción de los diferentes citostáticos varía según la dosis a la que se administre. Debido a su inespecificidad afecta a otras células y tejidos normales del organismo, sobre todo si se encuentran en división activa.

**Radioterapia.** Tratamiento oncológico basado en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X o radiactividad, la que incluye los rayos gamma y las partículas alfa) 79 para eliminar las células tumorales (generalmente cancerosas), en la parte del organismo donde se apliquen (tratamiento local).

**Rescate:** cantidad de fármaco administrado cada 15 a 20 minutos, según el fármaco, hasta reducción del dolor a EVA 3 o menor. Su objetivo es adecuar el esquema de analgesia a la demanda del paciente y reducir el nivel de dolor. De acuerdo a la demanda de dosis de rescate, adecuar la dosis de mantenimiento.

**Sedación.** Empleo de medicamentos para inducir la inconsciencia en pacientes agonizantes sin tratamiento posible y que padecen síntomas severos imposibles de controlar.

**Terminal.** [Paciente] que padece una enfermedad de evolución avanzada, progresiva e incurable, sin respuesta a los tratamientos establecidos.

## Bibliografía

1. Sandra Luevano Ford, Aventuras del pensamiento, El arte del cuidado de enfermería 2ª ed. Edit. chihuahua, México Synthesis 2008 .
2. Paulina Alina Juárez Rodríguez, María de Lourdes García Campos La importancia del cuidado de enfermería. Rev. Enfermería inst Mex del seguro social , 2009. Pág. 113-115
3. María de Jesús García González, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, 2ª ed , México Edit. Progreso. 2004
4. José Carlos Bellido Vallejo y José Francisco Lendínez Cobo, Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson 5ª ed España Edit. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería,2010.
5. Priscila González Salcedo, Alida Mireya Chaves Reyes Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente,3ª ed Bogotá Colombia edit. Ciencias médicas, 2009.
6. Ann Marriner, R.N., Ph. D. El proceso de atención a enfermería un enfoque científico. 2ª ed. Denver colorado Edit. Manual Moderno. 2008
7. Herdman, TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación.9ª ed. 2012-2014. Barcelona: El Sevier; 2012.
8. David F. Cauntú de Leon, Gonzalo Montalvo Esquivel, Cáncer Epitelial de Ovario Oncogúa, 19 enero 2012, pag.53-60
9. Dr. Manuel Acuña Tovar , Dr. Edgar Román Bassaure, Cáncer epitelial de ovario Rev. Medica Guía diagnostica Hospital General de México; 2013, México D.F; Hospital General de México
10. Vallés Martínez, Mª del Pilar, García Salvador, Isidro, Sánchez Sánchez, Lourdes, Planes de cuidado estandarizados de enfermería dirigido a pacientes y familia en avanzados y terminales, 2ª ed. Madrid España ,Edit. Grupo SANED 2014,
11. *Enfermería oncológica*. (15 de febrero de 2006). Recuperado el 12 de Octubre de 2014, de Tratamiento nutricional en el cuidado integral del paciente oncológico : [http://www.oncologiaynutricion.com/archivos/pubs/monografico\\_2\\_curso.pdf](http://www.oncologiaynutricion.com/archivos/pubs/monografico_2_curso.pdf)
12. Fernandez, C. M. (19 de abril de 2008). *Guía de tratamiento nutricional para enfermos oncológicos*. Recuperado el 12 de octubre de 2014, de <http://adiex.org/nutricin%20en%20diversas%20enfermedades/Guia%20Nutricional%20para%20Pacientes%20Oncologicos.pdf>

## ANEXOS

### Anatomía y fisiología del órgano afectado

Ovarios:

Los ovarios, las gónadas femeninas, son glándulas pares de forma y tamaño similar al de una almendra sin cascara, son homólogos a los testículos.

Los ovarios producen:

- 1) gametos, ovocitos secundarios que se desarrollan hasta formar un óvulo luego de la fecundación
- 2) hormonas incluyendo la progesterona y estrógenos, inhibina y relaxina.

Varios ligamentos los fijan en su posición: el **ligamento ancho** El **ligamento propio del ovario** **ligamento superior**

### Epidemiología

En el mundo se diagnostican cerca de 205,000 nuevos casos, de los cuales mueren 125,000 mujeres por año, los países que tienen una mayor frecuencia son los europeos, EUA y Canadá; seguidos por México, Colombia, Uruguay y Australia; en tercer lugar de frecuencia, se encuentran Brasil y Argentina; es menos común en los países africanos y del sur de Asia.

En México el cáncer de ovario tiene una frecuencia del 4.5% de las neoplasias ginecológicas (1,2). El CEO constituye 80 a 90% de todos los tumores malignos del ovario, de estos, 5 a 10% de ellos se encuentran dentro de los síndromes hereditarios. El diagnóstico suele realizarse posterior a la menopausia, la edad promedio de presentación es a los 63 años, 16% se diagnostica entre los 40 y 44 años. La supervivencia a cinco años se ha modificado de 37% en 1976 y 41% en 1985 a 53% en el año 2000, esto como resultado de mejores técnicas diagnósticas y quirúrgicas, así como de quimioterapia más efectiva.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> David F. Cauntú de Leon, Gonzalo Montalvo Esquivel, Cáncer Epitelial de Ovario Oncoguía, 19 enero 2012, pag.53-60

Históricamente el cáncer de ovario se conoce como el “asesino silencioso”, al ser diagnosticadas, 8 de cada 10 mujeres, en etapas avanzadas de la enfermedad. ya que suelen confundir al Cáncer de Ovario con un cuadro de “colitis”, amibiasis o enfermedad pélvica inflamatoria.

### **Etiología y /o factores predisponentes**

Un factor de riesgo es aquel que cambia las probabilidades de que una persona padezca una enfermedad como lo es el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, exponerse sin protección a la luz solar intensa es un factor de riesgo para el cáncer de piel. Asimismo, fumar es un factor de riesgo para un número de cánceres.

Sin embargo los factores de riesgo no lo indican todo, presentar dichos factores no significa que la persona tendrá la enfermedad, de igual manera muchas de las personas que desarrollan la enfermedad pueden no tener factores de riesgo conocidos.

Entre estos factores de riesgo están:

- ❖ Edad
- ❖ Obesidad
- ❖ Antecedentes relacionados con la reproducción
- ❖ Control de la natalidad
- ❖ Cirugía ginecológica
- ❖ Medicamentos para la fertilidad
- ❖ Andrógenos
- ❖ Terapia de estrógenos y terapia de hormonas
- ❖ Síndromes de cáncer familiar
- ❖ Antecedentes personales de cáncer de seno
- ❖ Alimentación
- ❖ Analgésicos
- ❖ Hábito de fumar y consumo de alcohol

## **Fisiopatología**

Hoy día, los factores causales del cáncer de ovario son desconocidos, aunque se plantea que en el ámbito celular es el resultado de la acumulación de múltiples defectos genéticos menores. Los estudios epidemiológicos han permitido enunciar 3 teorías con respecto a las causas de esta enfermedad:

- La división celular ininterrumpida y la continua regeneración del epitelio ovárico con cada ovulación proporcionan la oportunidad para una mutación y transformación maligna por la estimulación de los ovarios y por hormonas gonadotrópicas, que de forma mantenida pueden inducir a la malignización.
- La exposición del ovario a diferentes agentes carcinogénicos.
- Los eventos moleculares que dirigen el desarrollo del cáncer epitelial de ovario son desconocidos.

Después de la penetración de la capsula ovárica la extensión maligna se desarrolla por implantación intraperitoneal difusa y genera ascitis. También hay invasión local de órganos que afectan a tuba uterina, útero, vejiga urinaria, parte inferior del colon y epiplón. En el momento de la presentación, es frecuente que la malignidad se extienda a ganglios linfáticos pélvicos. Al progresar la enfermedad ocurre invasión de ganglios linfáticos aórticos, mediastínicos inguinales, y supraclaviculares.

## **DISEMINACIÓN DEL CÁNCER DE OVARIO**

El cáncer de ovario se propaga fundamentalmente por diseminación peritoneal y otras formas son por extensión directa, linfática y hematógena. El crecimiento del cáncer epitelial de ovario es inicialmente de forma local, invade la cápsula, el mesoovario y desprende células a la cavidad abdominal, de manera que afecta órganos adyacentes o metastiza en ganglios; también puede producir, excepcionalmente, metástasis hematógenas. La diseminación peritoneal o siembra peritoneal es la forma más común. Ha sido clásicamente una enfermedad de difusión serosa, que afecta a todas las superficies peritoneales y raramente

invade a los órganos. La diseminación directa o por contigüidad se produce al romper la cápsula, lo cual puede provocar daño locorregional a todas las estructuras vecinas y afecta generalmente a las serosas de estos órganos; la linfática, altera con más frecuencia los ganglios paraórticos. La obstrucción tumoral del drenaje linfático diafragmático contribuye a la aparición de ascitis. 13 Por su parte, la diseminación hematológica del cáncer de ovario es excepcional, se presenta en fase tardía y afecta fundamentalmente hígado, hueso y pulmón. En la mayoría de las pacientes con cáncer epitelial de ovario (75- 85 %), el diagnóstico se realiza cuando la enfermedad ya ha progresado a la cavidad peritoneal. Los tumores metastásicos de ovario pueden ser de útero, trompas, mama o del aparato digestivo (tumor de Krukenberg). El cáncer metastásico en estos casos constituye de 1 – 1,5 % de todos los tumores de ovario.<sup>13</sup>

### **Cuadro clínico**

El cáncer de ovario no suele dar síntomas precoces, a no ser que se produzca alguna complicación del tumor (torsión, necrosis, rotura, etc.). La mayoría de las pacientes permanecen asintomáticas o presentan síntomas inespecíficos como náuseas, dispepsia, plenitud abdominal y dolor difuso pélvico, razón por la cual el diagnóstico temprano es poco frecuente.

Cuando la enfermedad está avanzada aparecen síntomas más llamativos como crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal agudo o subagudo, rotura, hemorragia o infección, rara vez datos indirectos de actividad especial endocrina o metabólica, tales como: pubertad precoz, hemorragia uterina disfuncional, amenorrea, tirotoxicosis, galactorrea, policitemia, hipoglucemia e hipercalcemia, . Por lo general, los síntomas que más refieren las pacientes incluyen cierto malestar abdominal, seguido de distensión abdominal, a causa de la presencia de ascitis o una masa tumoral que paulatinamente aumenta de tamaño, así como también síntomas gastrointestinales (como náuseas, dispepsias, saciedad precoz y constipación); los urinarios son menos frecuentes,

---

<sup>13</sup> Dr. Manuel Acuña Tovar , Dr. Edgar Román Bassaure, Cáncer epitelial de ovario Rev. Medica Guía diagnóstica Hospital General de México; 2013, México D.F; Hospital General de México

al igual que la metrorragia. Estos síntomas tardíos ocurren con más frecuencia en mujeres premenopáusicas. Es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, pues las manifestaciones clínicas son escasas y fácilmente se confunden con las de otras afecciones, además, no es fácil crear un sistema de detección precoz (tamizaje).

### **Métodos de diagnóstico y gabinete**

El diagnóstico del cáncer de ovario es histológico. Debido a la localización anatómica este se realiza tras una biopsia del mismo tomada en una cirugía, excepto en un 5% de casos en los que el diagnóstico se puede realizar tras un estudio microscópico del líquido ascítico o pleural tras la diseminación del cáncer.

### **Laboratorio**

Biometría hemática, química sanguínea (de 26 elementos) CA 125, CA 19.9, antígeno carcinoembrionario (ACE).

El nivel del antígeno CA 125 es de utilidad para la orientación en el diagnóstico, sin embargo, es importante mencionar que es inespecífico ya que otras patologías tanto benignas como malignas lo pueden elevar. Este antígeno se eleva en etapas clínicas tempranas en menos de la mitad de casos y se encuentra elevado en más de 80% de las etapas avanzadas.

La mayor utilidad de la determinación del CA 125 es para detectar la recurrencia de la enfermedad y evaluar respuesta a la quimioterapia.

El antígeno CA19.9 puede incrementarse en los tumores mucinosos, mientras que el ACE es de utilidad en el estudio de una paciente con una lesión anexial que se considera metastásica.

### **Imagen**

En etapas tempranas el estudio de elección es el USG pélvico endovaginal y en etapas avanzadas TAC abdomino-pelvíca contrastada. En casos específicos se puede optar por la resonancia magnética. Además se deberá solicitar: placa de tórax y mamografía.

## **Ecografía**

La ecografía es la técnica de imagen de elección ya que permite realizar un examen de la pelvis en tiempo real, y ha demostrado ser útil para detectar masas anéxales que no han sido previamente palpadas.

## **Tomografía computarizada**

Muestra una correcta identificación y caracterización de las tumoraciones ováricas, su tamaño, y el estado de órganos próximos que pudieran estar afectados, como los implantes peritoneales e intestinales, afectación hepática y de vías urinarias, y también informa del estado de los ganglios linfáticos.

## **Resonancia magnética**

Permite identificar formaciones papilares más pequeñas que las detectadas mediante CT, y diferenciar entre distintos tipos de tumoración ovárica.

## **Tratamiento**

### **Cirugía**

El tratamiento inicial en esta neoplasia tanto para fines de diagnóstico, estadificación y tratamiento es la cirugía estadificadora citorreductora, requiere realizarse una incisión media supra e infra umbilical, inspección y palpación meticulosa de cavidad abdominal, aspirado de líquido de ascitis o lavado peritoneal, protección de bordes de incisión, estudio transoperatorio del tumor para determinar la estirpe y hacer diagnóstico.

La Cirugía Estadificadora de Ovario (rutina de ovario) es el estándar de oro para el diagnóstico definitivo, estadificación y tratamiento de las etapas tempranas del CEO. En el caso de enfermedad diseminada a la cavidad abdominal el término será Cirugía Citorreductiva. La Rutina de Ovario incluye muestreo de ascitis o lavado peritoneal, exploración sistemática de la cavidad abdominal, histerectomía y salpingooforectomía bilateral, muestreo peritoneal y linfadenectomía pélvica sistemática con muestreo paraaórWco.5 Se realizará apendicectomía en tumores

de estirpe mucinosa, de alto grado o aquellos que infiltran directamente el apéndice.

## **Quimioterapia**

### ***Quimioterapia de inducción***

Reservada para aquellas pacientes no candidatas a laparotomía cito reductora y estadificadora en forma inicial. El esquema a utilizar es el mismo que para adyuvancia, solo que se administran tres/cuatro ciclos. Posterior a esto requerirá una evaluación para cirugía cito reductora y proporcionar dos o tres ciclos mas de quimioterapia

El esquema de quimioterapia adyuvante aceptado es:

- Carboplanino UAC 5-6
- Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> administrado en una infusión de tres horas

La estadificación del CEO es quirurgica debiendo ser realizada siempre por un oncologo (8), el objetivo final debe ser lograr la estadificación y la citorreduccion optima definiendose como la ausencia de enfermedad macroscopica

## **Complicaciones**

Las complicaciones del cáncer ovárico se producen por diseminación del cáncer hacia otros órganos, con pérdida progresiva de la función de esos órganos. Los ejemplos de complicaciones son obstrucción intestinal, obstrucción urinaria, acumulación de líquido en el tórax (derrame pleural) y ascitis. Las obstrucciones intestinales y urinarias pueden dar por resultado pérdida del uso del intestino y de las vías urinarias. Los derrames pleurales causan falta de aliento y a veces una tos leve, no productiva. Los síntomas de ascitis aumentan con la cantidad creciente de líquido, e incluyen agrandamiento (distensión) del abdomen, pérdida del apetito, falta de aliento, dolor en el abdomen, presión arterial baja, debilidad y fatiga.

## **CUIDADOS PALIATIVOS**

Los cuidados paliativos en el paciente con cáncer son una rama de la oncología que se ocupa del control de los síntomas en vez de enfocarse en el control de la neoplasia, y conservan un lugar prioritario en el enfoque moderno de tratamiento en este tipo de trastornos. Pese a que el desarrollo de los métodos preventivos y terapéuticos han reducido la incidencia de las neoplasias y se han mejorado con ello sus perspectivas de curación, el alivio del dolor y los aspectos psicosociales de la enfermedad siguen siendo unas de las medidas prioritarias que deberán de tomarse en cuenta para el adecuado manejo integral del paciente oncológico

La fase de cuidados paliativos se inicia una vez que se ha realizado el diagnóstico de cáncer, y en el cual el pronóstico de la enfermedad supera todo recurso terapéutico; sin embargo, el hecho de que ningún tratamiento pueda realizarse para frenar la progresión tumoral, no significa que no exista alternativa de tratamiento. Una ayuda importante, para todo enfermo en etapa terminal será el tratamiento adecuado de la angustia física de morir.

En el paciente con cáncer uno de los síntomas más comunes de la patología tumoral es el problema del dolor, y el alivio del mismo deberá de llevarse a cabo en forma temprana, así como también el tratamiento de otros síntomas acompañantes. La meta del tratamiento analgésico es prevenir el dolor de una manera continua y sistemática, no disminuirlo en forma momentánea; los objetivos concretos incluyen aumentar el número de horas de sueño libres de dolor y aliviar el dolor durante el reposo y la actividad física.

Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y continuada que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de cada enfermo y su familia. Cuando un paciente presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, es merecedor de unos cuidados específicos y de calidad administrados por un equipo interdisciplinar bien formado y con capacidad para tratar una

situación compleja que se va a ir modificando a lo largo del proceso de la enfermedad, así como el gran impacto emocional que la cercanía de la muerte produce en el enfermo, familia y equipo terapéutico.

Dentro de este equipo interdisciplinar, la enfermería tiene la misión de “proporcionar cuidados”. Estos cuidados deben estar basados en las necesidades del paciente y su familia. La utilización de una metodología científica en la práctica profesional enfermera dar respuesta a estas necesidades y garantiza la calidad y continuidad de los cuidados.

Los planes de cuidados son una herramienta muy útil para la práctica asistencial. Reflejan la línea de decisión y actuación de las enfermeras reduciendo la variabilidad en la práctica profesional, determinando el nivel adecuado de los resultados esperados y estableciendo guías de actuación para la continuidad de cuidados.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Vallés Martínez, M<sup>a</sup> del Pilar, García Salvador, Isidro, Sánchez Sánchez, Lourdes, Planes de cuidado estandarizados de enfermería dirigido a pacientes y familia en avanzados y terminales, 2<sup>a</sup> ed. Madrid España ,Edit. Grupo SANED 2014,

# INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

**1**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

FORMATO DE EVALUACIÓN EXHAUSTIVA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

**I. FICHA DE IDENTIFICACION**

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ N° De cama: \_\_\_\_\_

N°. De Exp: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

**II. DATOS SOCIECONOMICOS Y CULTURAL.**

A) Estructura familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

B) Estructura económica: Total de ingresos mensuales: \_\_\_\_\_

C) Medio ambiente: Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_ Servicios con que cuenta: \_\_\_\_\_

N° de habitaciones: \_\_\_\_\_ Tipo de fauna: \_\_\_\_\_

**III: HISTORIA DE SALUD**

Motivo de Ingreso: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico reciente: \_\_\_\_\_

Alergias: SI  (enumerarlas con la reacción experimentada) NO

Alimentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos/anestésicos: \_\_\_\_\_

Otros (lana, polen, etc.....) \_\_\_\_\_

Tratamientos prescritos:

Nombre	Via y Dosis	Horario	Motivo

## 1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

**SISTEMA RESPIRATORIO:**Frecuencia respiratoria x min: \_\_\_\_\_ Disnea SI  NO  Características: \_\_\_\_\_

Vía aérea permeable	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
Intubación orotraqueal	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
Traqueostomía	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>

Obstrucción parcial/total:Nariz  Boca  Bronquial  Pulmonar  Causas: \_\_\_\_\_Oxígeno suplementario: SI  NO  Tipo de soporte: \_\_\_\_\_ FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Tipo de respiración: \_\_\_\_\_

Características de la respiración: \_\_\_\_\_

Ruidos:Normal vesicular SI  NO Crepitaciones  Estertores  Sibilancias  Estridor  Otras: \_\_\_\_\_Tos SI  NO  Características: \_\_\_\_\_Dolor SI  NO  EVA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Fuma SI  NO  N°. De cigarrillos al día \_\_\_\_\_ Edad que comenzó a fumar \_\_\_\_\_Ventilación mecánica: SI  NO  invasiva  No invasiva  N° cánula: \_\_\_\_\_ Modalidad: \_\_\_\_\_Vol. Corriente: \_\_\_\_\_ FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Flujo: \_\_\_\_\_ P. Soporte \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_Gasometría Arterial Hora \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PH \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

Gasometría venosa Hora \_\_\_\_\_ Parámetros \_\_\_\_\_

Control radiológico: Normal SI  NO Congestión pulmonar  Infiltrados  Foco neumónico  Derrame  telectasia 

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

**SISTEMA CARDIOVASCULAR:**F. Cardíaca: \_\_\_\_\_ Lat. x min. Presión arterial: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mm/ Hg Pulsos: SI 

Características \_\_\_\_\_ Llenado capilar: Miembro torácico: \_\_\_\_\_ seg. Miembro pélvico \_\_\_\_\_ seg.

Ingurgitación yugular: SI  NO Dolor precordial: SI  NO  EVA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Irradiación: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Cianosis: SI  NO  Periferal  Ungeal  Acrocianosis Edema: SI  No  Localización: \_\_\_\_\_ Tipo: +   ++ Hemorragia SI  No  Localización: \_\_\_\_\_



Diabetes Mellitus: \_\_\_\_\_ Glucosa capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl

Observaciones: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia

Independencia

### 3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

#### Patrón urinario:

Frecuencia: \_\_\_\_\_ veces al día. Cantidad: \_\_\_\_\_ ml. Características: \_\_\_\_\_

Anuria  Oliguria  Poliuria  Polaquiuria  Disuria  Nicturia  Tenesmo  Incontinencia  Enuresis

Ardor  Retención  Color: Normal  Hematúrica  Colúrica  Otros: \_\_\_\_\_

Dolor SI  NO  EVA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ IVU frecuentes: SI  NO

Sonda vesical  Dialisis  Hemodialisis  Pañal  Otros: \_\_\_\_\_

#### Patrón intestinal:

Frecuencia habitual: \_\_\_\_\_ veces al día. Características: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? \_\_\_\_\_

Normal  Estreñimiento  Diarrea  Incontinencia  Flatulencia

Características: Acolia  Melena  Hematoquecia  Esteatorrea  Quida  Mide  Fosa

Peristaltismo  Características: \_\_\_\_\_ Problemas de hemorroides

Dolor SI  NO  EVA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

#### Otros patrones de eliminación:

Perdidas insensibles: \_\_\_\_\_ en 24 hrs. Drenajes SI  NO  Características: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

STV	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Diáforesis	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Abundante	<input type="radio"/>	Regular <input type="radio"/>
Escasa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia

Independencia

### 4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Postura en la que se encuentra el paciente al momento de la valoración: \_\_\_\_\_

#### Movilidad en cama:

Se mueve solo:  Suplencia total:

#### Inspeccionar tipo de marcha:

Marcha escalonada  Marcha festinante  Marcha tijera  Marcha pato

Actividad física:

Deambulación: Independiente:  Silla de ruedas  Muletas  Andadera  Bastón 

Postura y movimiento:

Lordosis  Escoliosis  Cifosis 

Riesgo de úlceras por presión (escala de Braden):

<i>Percepción sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de la piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	
<b>Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16</b>				
<b>RESULTADOS:</b>				

Valoración de la fuerza muscular (escala de Ashworth):

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA	PUNTAJE
1.- Ningún incremento del tono	
2.- Pequeño incremento del tono, con una sacudida ligera en los movimientos de flexión o extensión de las partes afectadas.	
3.- Incremento más notable en el tono, con facilidad de flexión de las partes afectadas	
4.- Aumento considerable del tono, con un movimiento pasivo difícil	
5.- Las partes afectadas están rígidas en la flexión o extensión	
<b>EVALUACION DE FUERZA</b>	
1.- No contracción muscular	
2.- Contracción muscular sin movimiento	
3.- Posible movimiento sin gravedad	
4.- Movimiento contra gravedad	
5.- Movimiento contra fuerza superior a la gravedad	
6.- Fuerza motora normal	
<b>RESULTADO</b>	

Valoración del estado de conciencia (escala de Glasgow):

APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL	
Espontánea	4	Espontánea, normal	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		
<b>RESULTADO</b>					

Valoración de la fuerza muscular (escala Karnofsky):

100	Normal. Sin evidencia de enfermedad
90	Actividad normal. Síntomas menores
80	Actividad normal con esfuerzo. Algún síntoma
70	Se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados.

30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte inmediata
20	Muy enfermo. Necesita tratamiento de soporte
10	Monibundo. Proceso en progresión rápida
Buen pronostico en 5 años para resultados >70%	
<b>RESULTADO</b>	

Realiza ejercicios pasivos / activos de acuerdo a su limitación: \_\_\_\_\_

Dolor SI  NO  EVA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia  Independencia

#### 5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme habitualmente? \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ hrs. Noche \_\_\_\_\_ hrs.

Alteraciones del sueño:

Trastorno del ciclo sueño-vigilia  Factores que lo ocasionan: \_\_\_\_\_

Insomnio  Hipersomnia  Apnea de sueño

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? SI  NO

Cual \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

¿Considera que el tiempo que duerme es suficiente para su descanso? SI  NO

¿Realiza alguna actividad para relajarse antes de dormir? SI  NO

Observaciones: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia  Independencia

#### 6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? SI  NO

¿En qué medida? \_\_\_\_\_

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI  NO

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Usted considera que algunos de estos aspectos influyen en su forma de vestir?

Animo  Clima  Moda  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Considera que la limpieza de la ropa es necesaria? SI  NO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Se siente cómodo con su vestimenta actual? SI  NO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia  Independencia

**7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL**

Temperatura corporal: \_\_\_\_\_ °C Hipotermia  Hipertermia  Manifestaciones clínicas: \_\_\_\_\_

Casusa: Neutropenia  Infección  Lisis tumoral  Quimioterapia  ¿Esquema? \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Radioterapia  Sitio: \_\_\_\_\_

Cirugía  Sitio: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia

Independencia

**8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIEL**

Coloración de la piel:

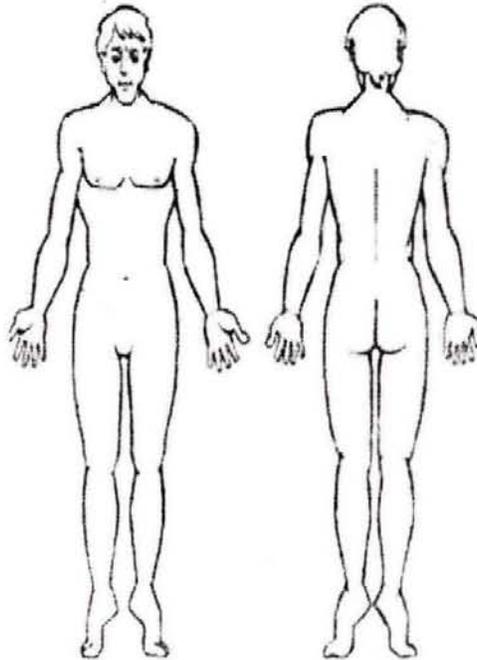
Palidez  Rubicundez  Marmórea  Ictericia  Equimosis  Hematoma  Petequias

Estado de la piel:

Hidratada  Deshidratada  Elástica  Seca

Integridad de la piel:

ESTOMAS	
1	<b>Traqueostomía</b>
2	<b>Colostomía</b>
2a	Ascendente
2b	Transverso
2c	Descendente
2d	Sigmoidea
3	<b>Ileostomía</b>
4	<b>Urostomía</b>
4a	Nefrostomía
4b	Ureterostomía
4c	Neovejiga
4d	Conducto ileal
4e	Sonda suprapúbica
5	<b>Sondas (especifique)</b>
6	<b>Drenajes (especifique)</b>
7	<b>Accesos vasculares (especifique)</b>



**8- UPP**

Grado: I  II  III  IV   
 Longitud \_\_\_\_\_ mm  
 Tamaño \_\_\_\_\_ mm

Tipo exudado: Abundante  Escaso  Purulento  Sanguinolento   
 Profundidad \_\_\_\_\_ cm

Bordes:  
 Gruesos  Irregulares  Calor

Observaciones: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia  Independencia

**9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS**

Etapa de la vida: Adulto joven  Adulto mayor  Vejez

Estado cognitivo: Perceptivo  Alerta  Orientado  Agitado  Anublado  Orientado

Riesgo de caída: Bajo  Mediano  Alto  Sujeción: SI  NO

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales  Auditivas  Otras: \_\_\_\_\_

Uso de anteojos y lentes de contacto: SI  NO  Uso de dispositivos auditivos: SI  NO

Uso de prótesis en extremidades: SI  NO

Actitud ante el ingreso: Colaborador  Confiado  Reticente  Agresivo  Negativo  Ansioso

Laboratorios alterados:

HORA			
LABORATORIO			
HB	HTO	PLAQ	
LEU	NEUT	BAND	LINF
TP	TPT	INR	
GLUC	UREA	BUN	CREA
NA	K	CL	
CAL	MG	F	
CPK	CPK-MB		
TGO	TGP	FA	
BT	BD	BI	
PROT. TOT	ALBUM	GLOB	
pH urinario	Otros		

Observaciones: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia  Independencia

**10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE**

¿Cómo es su comunicación? Clara  Confusa  Afásica  Incapaz

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse? \_\_\_\_\_

¿Se expresa en otra lengua? Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? \_\_\_\_\_

¿Manifiesta emociones y sentimientos? \_\_\_\_\_

¿Cómo es la relación con las siguientes personas? (E= excelente, B= buena, R= regular, M= mala)

Familia 

E	B	R	M
---	---	---	---

 Amigos 

E	B	R	M
---	---	---	---

 Trabajo 

E	B	R	M
---	---	---	---

 Otros 

E	B	R	M
---	---	---	---

¿Cómo le ha afectado su enfermedad en sus relaciones personales? \_\_\_\_\_

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación  Evasión  Rabia  Miedo  Ingresividad  Proyección

¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? Si  No

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia  Independencia

#### 11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión: \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia asiste a su servicio religioso? \_\_\_\_\_

¿Considera que sus creencias influyen en su estado de salud? Si  No

¿Requiere de apoyo espiritual? Si  No

¿Su familia fortalece sus valores? Si  No

¿Rechaza el tratamiento por sus creencias? Si  No

¿La familia requiere fortalecer sus valores? Si  No

¿El paciente tiene en su unidad algún objeto indicativo? Imágenes  Fetiche  Colgijes  Tatuajes

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia  Independencia

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

Cuenta con trabajo actualmente: Si  NO  ¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_

Como se siente en relación a su trabajo:

Satisfecho  Insatisfecho  Valorado

¿Tiene alguna limitación para realizar su trabajo habitual? Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

El trabajo que realiza, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas? Si  No

¿Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales? Si  No

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia  Independencia

**13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

¿Qué actividad le gusta realizar en su tiempo libre? \_\_\_\_\_

De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? \_\_\_\_\_

Su estado de salud, ¿modifica sus actividades recreativas? \_\_\_\_\_

¿Realiza alguna actividad recreativa realiza dentro del hospital? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? \_\_\_\_\_

¿Conoce los grupos y las actividades de ayuda que ofrece la institución? Si  No

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia

Independencia

**14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Conoce el motivo de su ingreso: Si  NO

¿Sabe leer y escribir? Si  No

¿Estudia actualmente? Si  No

Especifique grado de estudios: \_\_\_\_\_

¿Conoce los signos y síntomas de alarma de su padecimiento?: \_\_\_\_\_

¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? \_\_\_\_\_

¿Padece alguna otra enfermedad? Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Que toma? \_\_\_\_\_

Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Dependencia

Independencia