



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PERSONA CON DOLOR
CRÓNICO.

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

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

P R E S E N T A:

SANDRA IVONNE GARCÍA RODRÍGUEZ

DIRECTORA DEL TRABAJO:
M.C.E. GLORIA MARÍA GALVAN FLORES



MEXICO, D.F. OCTUBRE 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

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis padres.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

*Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.
Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.*

A mi mayor amor.

Por tu paciencia y comprensión, por tu bondad y sacrificio, me inspiraste a ser mejor para tí, ahora puedo decir que este proceso lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado, por ese gran amor que me ha motivado a ser mejor de lo que soy, cada día, a seguir soñando y seguir viviendo... Gustavo

A mi asesora académica.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de este proceso; por su apoyo ofrecido en este trabajo y por su tiempo compartido y por impulsarme en el desarrollo de mi formación profesional.

A mis profesores.

A mi jurado académico por la motivación de concluir una etapa más en este largo recorrido profesional.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi PAE.

Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. JUSTIFICACIÓN.....	6
III. OBJETIVO GENERAL.....	8
a. Objetivos Específicos	8
IV. MARCO TEÓRICO.....	9
a. Proceso de Atención de Enfermería.....	9
b. Modelo de Virginia Henderson	15
c. Cáncer en México.....	20
d. Mieloma Múltiple.....	21
Criterios de diagnostico	22
Características clínicas y de laboratorio	23
Factores pronósticos.....	24
Tratamiento.....	24
e. Definición de dolor.....	25
Clasificación del Dolor	25
f. Paciente oncológico en fase terminal	28
V. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	31
VI. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS	34

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	34
VII. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	40
PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL CUIDADO.....	41
VIII. CONCLUSIONES.....	71
IX. ANEXOS	73
a. Instrumento de valoración	74
b. Historia clínica	83
d. Escala de valoración de úlceras por presión	84
e. Escalas de valoración del dolor.....	85
a. EVA (Escala analógica visual)	86
f. Escalera analgésica de la OMS.....	86
g. Buprenorfina:.....	88
X. GLOSARIO	91
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	94

I. INTRODUCCIÓN

El número de casos de cáncer está aumentando en el mundo. En México, tal tendencia no es la excepción, ya que se presentaron cuatro veces más defunciones por neoplasias malignas en 2002 que en 1992,⁽¹⁾ y representa el segundo lugar como causa de muerte, ya que la mayoría de estas personas se diagnostica la enfermedad cuando ya es incurable.

Se calcula que cada año se diagnostica a 10 millones de personas con cáncer. Asimismo, cada año fallecen 6 millones de pacientes por un tumor malignos, y actualmente, hay cerca de 22 millones de personas en el mundo que viven con cáncer.⁽¹⁾

En el año 2006 se notificaron en México 91,913 casos nuevos de neoplasias malignas, lo cual representa un incremento de 46.5% con relación a 1994 (62,725 casos). La distribución por género de los nuevos casos fue de 34% para los hombres y 66% para las mujeres.⁽¹⁾

El Mieloma Múltiple es la segunda enfermedad maligna hematológica más común y la causa de un mínimo de 2% de las muertes secundarias al cáncer.⁽²⁾

El Mieloma Múltiple es un tipo de cáncer que se forma debido a la presencia de células plasmáticas malignas; es una proliferación neoplásica de plasmocitos, caracterizada por lesiones óseas lítica, anemia, elevación homogénea de globulina en suero y orina. Es un proceso maligno de los linfocitos, que constituyen las células B en la etapa de maduración del plasmocito.^(2, 3)

Discrasia (disproteinemias) de células plasmáticas que se caracteriza por una proliferación clonal de células B linfoides e infiltración de la médula ósea.⁽³⁾

Los pacientes oncológicos necesitan medidas de alivio del dolor en todas las fases de la enfermedad. El dolor se produce en alrededor de la tercera parte de las personas que reciben tratamiento antineoplásico. Para ellos, las medidas de alivio del dolor han de ser paralelas a las de tratamientos.⁽³⁾

Según la Internacional Association for the Study of Pain, IASP (fundada en 1974), “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, que se describe como ocasionada por dicha lesión”. Más de las dos terceras partes de los casos de fase terminal experimentan tanto dolor físico como espiritual, por lo que el alivio de este y de otros síntomas, pasa a ser el objetivo principal del tratamiento. Para ellos, la única posibilidad razonable de tratamiento es el alivio del dolor y la atención paliativa. ⁽⁴⁾

De acuerdo con la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), estos constituyen un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes terminales, y de las familias de los mismos, quienes se enfrentan a problemas asociados a la enfermedad terminal, a través del alivio del sufrimiento, identificando de forma temprana, evaluando y manejando el dolor y otros padecimientos físicos, psicosociales y espirituales. ⁽⁵⁾

Su meta fundamental es proporcionar al paciente y a la familia, como unidad a tratar, con el objetivo de reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso natural. ⁽⁵⁾

La base fisiológica de los dolores oncológicos se encuentra en diversos mecanismos, ya sea fisiológico, psicosociales y/o espiritual de acuerdo a las creencias de cada paciente. Entre los aspectos más importantes son los psicosociales y espirituales; entre los cuales están la *ansiedad, el miedo, la depresión y el sentimiento de impotencia y/o culpa*.

Todos estamos familiarizados con la sensación del dolor. Usualmente afecta al cuerpo pero también tiene influencia de factores psicológicos y esto siempre afecta la conciencia humana. ⁽⁶⁾

Lo que ocurre con mucha frecuencia en el dolor crónico, es que se evitan actividades y contacto social afectando al paciente, traduciéndose en aun menos actividad, retirada social y un enfoque casi total de atención al dolor. Esta tendencia lleva a un círculo vicioso de dolor, carencia de actividad, miedo, depresión y más dolor.

La preparación para el ejercicio de la profesión de enfermería exige del conocimiento y los elementos fundamentales de la profesión con su evolución, para ello se hace sumamente importante la aplicación del proceso del cuidado de enfermería, el cual, es una metodología de trabajo consistente; en un sistema con pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades alteradas y resolver problemas de salud que afecten al ser humano en su contexto, familia y comunidad a través de las intervenciones de enfermería adecuadas para su mejoría.

La finalidad del cuidado y apoyo del personal de enfermería para cubrir estas necesidades, es disminuir la carga de peso que implica la palabra “cáncer en fase terminal” en la vida de la persona; de modo que pueda llevar una vida aceptable y, llegado el caso, tenga una muerte sin sufrimiento.

Según Henderson “La función propia de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen *a la salud, recuperación o a lograr una muerte digna*; actividades que la persona realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que le ayude a lograr independencia a la mayor brevedad posible”.⁽⁷⁾

Este proceso atención de enfermería se basa en la Sra. Susana de 56 años de edad, casada, católica; con diagnóstico médico de Mieloma Múltiple; desafortunadamente en un estadio ya avanzado, en donde su única opción de tratamiento es paliativa y no curativa.

II. JUSTIFICACIÓN

En casi todo el mundo, la mayoría de las personas con cáncer, se diagnostican cuando presentan la enfermedad en una fase avanzada. Para ellos, la única posibilidad razonable de tratamiento es meramente paliativa; fundamentalmente el alivio al dolor y la depresión.

Es por ello que con la elaboración de este proceso de atención de enfermería además de implementar los conocimientos teóricos-prácticos obtenidos durante la formación profesional, en función del objetivo de enfermería, el cuidado; se pretende documentar la atención de enfermería a una persona en fase terminal con dolor crónico con base al modelo teórico de Virginia Henderson, haciendo hincapié en el lado humanístico, que con el paso de los años laborales es sustituido por la rutina.

Un cuidado que usualmente no es el adecuado ante el tema “persona en fase terminal”. Este debería consistir en la atención activa y completa de las personas, ya que estos pacientes experimentan tanto dolor físico como espiritual, por lo que el alivio a los factores bio- psico-social y espiritual, debería ser el objetivo de nuestro cuidado como profesional de enfermería; donde no debemos olvidar dar a la persona la mejor calidad de vida y/o una muerte digna, y brindar apoyo moral a los familiares que en la mayoría de veces suelen ser olvidados.

Siendo de suma importancia la comunicación entre enfermera-paciente-familiar, ya que somos el primer contacto con ellos en todo momento de su tratamiento. El papel de enfermería no solo radica en el cuidado a través de las indicaciones médicas, sino de brindar a la paciente un cuidado integral, holístico y con un trato digno; y con ello lograr la confianza total del paciente-familiar para así abordar todas las dimensiones que afectan a la calidad de vida de los pacientes con cáncer: la fisiológica, la social, la psicológica y/o espiritual.

El contexto de un estadio avanzado de la enfermedad conlleva a un gran sufrimiento e impacto cultural tanto para la persona como para la familia.

Siendo tal vez la parte psicosocial y espiritual la más afectada y la menos atendida, las cuales comprende un sistema íntimo de creencias, donde la capacidad de soportar el dolor físico y emocional como una prueba de fe o del destino, están gradualmente relacionados con la capacidad de cambiar a un estado de ánimo diferente que puede hasta parcialmente bloquear el sufrimiento.

Es por ello mi interés por documentar cómo el sufrimiento de un paciente que sabe que tiene una enfermedad que ya no puede ser curable se concreta en el dolor físico, el deterioro de la propia imagen, la pérdida del papel social, la imposibilidad de privacidad, el romper lazos con otras personas, las actividades que no se pueden continuar, un presente que no puede ser vivido y un desafío con respecto al sentido y significado de la vida y la muerte.

Las razones para elegir el modelo de Virginia Henderson son debido a que su construcción teórica es muy abierta y da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados, ya sea en entornos hospitalarios o de una comunidad.

Reconoce que la *persona* posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno, y de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.

El modelo de Virginia Henderson como marco teórico, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención; manejando una definición del rol de enfermería en relación al paciente.

“La función propia de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, recuperación o a *lograr una muerte digna*, actividades que la persona realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que le ayude a lograr independencia a la mayor brevedad posible” ⁽⁷⁾

III. OBJETIVO GENERAL

Documentar a través del Proceso de Atención de Enfermería, el cómo debería ser un cuidado de forma holística por parte del profesional de enfermería a una persona en fase terminal, con dolor crónico y depresión; en base al modelo teórico de Virginia Henderson; y con ello, concientiza sobre la importancia del impacto bio-psico-social y espiritual en el paciente y como estos factores influyen en su dolor y deterioro físico.

a. Objetivos Específicos

- ❖ Valorar la dependencia de la Sra. Susana con base a las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson.
- ❖ Determinar etiquetas de enfermería que nos ayuden a un mejor diagnóstico, identificando los daños físicos y/o psicológicos que pudieran afectar o empeorar su estado y/o enfermedad actual.
- ❖ Implementar intervenciones de enfermería que nos ayuden a darle independencia.
- ❖ Llevar a cabo las intervenciones planeadas que nos permitan contribuir a su pronta mejoría y/o una muerte digna.
- ❖ Realizar una evaluación de las intervenciones realizadas para identificar si se logró independencia en la Sra. Susana.

IV. MARCO TEÓRICO

a. Proceso de Atención de Enfermería

Se define como:

Modelo sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.⁽⁸⁾

Se caracteriza por ser:

- *Sistemático*: enfoque organizado para lograr su propósito.
- *Dinámico*: cambios continuos, centrados en respuestas humanas.
- *Interactivo*: centrado en las respuestas cambiantes del paciente previamente identificadas.
- *Flexible*: se adapta a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización (individuo, grupo o comunidad).
- *Base teórica*: sustentada en varios conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades que son aplicables a cualquier modelo de enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados a la persona, familia y comunidad, el cual consta de las siguientes etapas:⁽⁸⁾

1. Valoración:

Conduce a la identificación del estado integral del paciente, temas y diagnóstico de enfermería. Se inicia con la obtención de datos del paciente, se logra mediante la observación, entrevista y exploración física. Estos datos se analizan y organizan.

Observación: consiste en describir minuciosamente el estado de salud-enfermedad del paciente y el entorno físico o psicodinámico que lo rodea.

Entrevista: debe de ser continua en la relación enfermera-paciente, aplicada en un ambiente de privacidad, requiere de autoconocimiento del profesional de enfermería para poder comprender al paciente. Puede ser formal a través de un interrogatorio dirigido o informal que es durante la realización de cuidados en la que con frecuencia el paciente expresa sentimientos y problemas, utilizados como complemento de la entrevista formal.

Exploración física: es el examen sistemático del paciente para encontrar evidencia física de capacidad funcional. Esta es céfalo-caudal o por aparatos y sistemas según el caso.

Además también se recurre a fuentes directas (paciente) o indirectas (familiares u registros documentales); y el manejo del expediente clínico (conjunto de documentos escritos, gráficos e imagen lógicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias).

2. Diagnóstico:

Es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos. Se deriva de los datos confirmados por la valoración. No solo considera el diagnóstico médico, se basa en las necesidades y problemas del paciente, es individualizado y específico, es modificado según el estado de salud o enfermedad, describe los afectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y forma de vida del paciente. Puede ser descriptivo, predictivo o explicativo.

Los elementos que lo integran son; etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas y factores relacionados o de riesgo con la etiología, causales o asociados. ⁽⁹⁾

3. Planeación:

Es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud. Comprende de tres pasos:

- Establecimiento de prioridades:

Es el proceso para establecer un orden de preferencia a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería.

- Identificación de objetivos:

Describe un resultado futuro de una acción particular, que permita identificar el que, como, cuando, y quien del actuar de la enfermera y el paciente. Pueden ser a corto o largo plazo lo primero son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Los siguientes requieren un tiempo más largo.

- Planificación de cuidados de enfermería:

Se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas.

4. Ejecución:

Aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente de forma integral y progresiva, en coordinación con sus familiares. Incluye 5 elementos:

- Valoración del plan de cuidados.
- Fundamentación.

Describe y explica la base de los cuidados ya establecidos, se basa en teorías, modelos, esquemas y principios de ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

- Brindar cuidado de enfermería.

Debe considerarse que el paciente puede presentar durante su atención en la comunidad o estancia hospitalaria, necesidades, problemas o situaciones inesperadas que alteren dicho plan para que se realicen las modificaciones pertinentes sin que esto altere la atención del paciente.

- Continuidad del cuidado.
- Registro de los cuidados.

Registro legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, riesgo, posibles interdependientes. Deben de ser claros, precisos, veraces, concisos y completos.

5. Evaluación:

Proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud. Evaluación del logro de los objetivos y la revaloración o modificación del plan:

- *Evaluación del logro de los objetivos:*

Se inicia con la valoración del paciente, se le tendrá que examinar y entrevistar para reunir datos de su estado actual de salud- enfermedad.

- *Revaloración o modificación del plan:*

Se realiza cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan que afectaron el logro de los objetivos. Se fijan objetivos nuevos y realistas que permitan identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de estos.

Sin embargo; la normalización está considerada como una de las herramientas fundamentales para el desarrollo de un país, ya que sirve de base para mejorar la calidad de las organizaciones, empresas y la prestación de servicios; por lo que se desarrollaron las interrelaciones “NNN”, para garantizar que los profesionales dispongan de un lenguaje común para comunicar el plan de cuidados, diagnósticos formulados, intervenciones que se van a realizar, y los resultados esperados. Empleando catálogos y códigos normalizados de enfermería NANDA (codificación de diagnósticos de enfermería), NIC (clasificación de intervenciones de enfermería) y NOC (el estado del paciente después de una intervención de enfermería).⁽¹⁰⁾

Además, facilita la continuidad de los cuidados y la comunicación, así como evita la repetición de datos y facilita que éstos puedan ser usados para la investigación, la formación y el cálculo del coste-beneficio.

La codificación de los diagnósticos de enfermería (NANDA), se compone de lo siguiente:

- **Valoración** cuyos objetivos son que:
 - Se centre en los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas.
 - Se realice en colaboración con la persona, la familia o la comunidad siempre que sea posible.
 - Los hallazgos estén basados en la investigación y otras evidencias.

- **Diagnóstico enfermero:** juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.
 - **Etiqueta diagnóstica:** describe un problema de salud que puede ser mejorado o resuelto, mediante cuidados de enfermería.
 - **Factores relacionados:** factores que parecen mostrar algún tipo de patrón en relación con los diagnósticos enfermeros.
 - **Factores de riesgo:** factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.
 - **Características definitorias:** características de las personas, las familias y las comunidades que son observables y verificables.

Tipos de diagnósticos:

- **Real:** describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad.

Composición:

Etiqueta diagnóstica r/c factores relacionados m/p características definitorias.

- **Riesgo:** describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables (exposición a factores que provoquen lesión o pérdida).

Composición:

Etiqueta diagnóstica r/c factores relacionados

- **Promoción de la salud:** juicio clínico sobre la motivación y el deseo de la persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud. ⁽⁹⁾

Composición:

Etiqueta diagnóstica m/p características definitorias

- **Bienestar:** describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar.

Composición:

Etiqueta diagnóstica

El NIC es la clasificación global y estandarizada de las intervenciones enfermeras, definidas como las acciones llevadas a cabo por enfermería para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados.

El NOC es la clasificación global y estandarizada de los resultados del individuo, definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera.

c. Modelo de Virginia Henderson

Para Henderson la insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia, le hizo realizar. La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro „The Nature of Nursing“ en el que se define la función propia de la enfermera.

“La función propia de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen *a la salud, recuperación o a lograr una muerte digna*, actividades que la persona realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que le ayude a lograr independencia a la mayor brevedad posible” ⁽⁷⁾

Es decir, como miembro del equipo multidisciplinar debe colaborar en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

La necesidad fundamental o necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial del ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar; son para Henderson un requisito que ha de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias. ⁽⁷⁾

Y de acuerdo a este concepto, Virginia sustentó su modelo teórico en 14 necesidades vitales para el ser humano:

1. **Oxigenación:** pretende conocer la función respiratoria de la persona y se valora; frecuencia respiratoria, saturación parcial de oxígeno, tipo de respiración, permeabilidad de la vía aérea, tos, secreciones, si es fumador y dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración.
2. **Nutrición e hidratación:** incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento

energético por parte del cuerpo; como son dieta, inapetencia, IMC, algún problema para masticar etc.

3. **Eliminación:** pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona (eliminación intestinal, vejiga, piel, menstruación). Como lo es frecuencia de la eliminación, características, hábitos que dificultan la eliminación etc.
4. **Moverse y mantener una buena postura:** la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales; entre ellos están actividad física, condición habitual, postura entre otras.
5. **Descanso y sueño:** capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna.
6. **Usar prendas de vestir adecuadas:** implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa.
7. **Termorregulación:** mantener la Temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. **Higiene y protección de la piel:** procura una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo. Implica frecuencia de baño, aseo bucal, características de la piel etc.
9. **Evitar peligros:** busca que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas.
10. **Comunicarse:** valora la capacidad del individuo de comunicarse y relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales.

11. **Vivir según sus creencias y valores:** atiende a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona.
12. **Trabajar y realizarse:** valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar. adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestado en términos de tolerancia al estrés. Incluye el manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.
13. **Actividades recreativas:** toma en cuenta las actividades recreativas que hace en el día, fines de semana, o el tiempo que invierte para realizarlas.
14. **Aprendizaje:** adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente en el autocuidado, así como sus habilidades y los obstáculos que tiene para comprender la información de manera adecuada.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. ⁽¹¹⁾

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Metaparadigma según Virginia Henderson

De esta definición se desprende algunos conceptos y sobre conceptos.

a) Salud.

Según V. Henderson es el estado óptimo de la propia salud (física, mental y social). ⁽⁷⁾

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán, en base a sus propias capacidades de acuerdo a las 14 necesidades y esto se deberá si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

- Independencia

Puede ser definida como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación

- Dependencia

La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades

- Causas de dificultad

Obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson los agrupa:

- Falta de fuerza: capacidad de llevar a cabo Las acciones
- Falta de conocimientos: no sabe mantener la salud
- Falta de voluntad: incapacidad para comprometerse

b) El 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).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Los profesionales de enfermería deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas de acuerdo a los riesgos de su entorno.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona.

Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona como objeto de los cuidados, que se configura como un ser humano único y completo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades fundamentales que deben satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

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. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Según Virginia Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma que la enfermera debe "Meterse en la piel" de cada uno de sus pacientes para saber qué necesita. Las necesidades deben entonces ser ratificadas con el paciente (validación de los datos).

c. Cáncer en México

El cáncer presenta una tendencia ascendente en México. Así como en otros países en vías de desarrollo. Ello implica un enorme reto de salud pública, a fin de resolver aspectos relacionados tanto con la falta de atención temprana e incremento en el número de pacientes, como con el alto costo del tratamiento y la falta de recursos e insumos para la atención de los mismos.

El número de casos de cáncer está aumentando en el mundo. En México, tal tendencia no es la excepción, ya que se presentaron cuatro veces más defunciones por neoplasias malignas en 2000 que en 1992, y representa el segundo lugar como causa de muerte, ya que la mayoría de estos pacientes son ya incurables cuando se diagnostican la enfermedad. ⁽¹⁾

Se calcula que cada año se diagnostica a 10 millones de personas con cáncer. Asimismo, cada año fallecen 6 millones de pacientes por un tumor malignos, y actualmente, hay cerca de 22 millones de personas en el mundo que viven con cáncer. ⁽¹⁾

En el año 2006 se notificaron en México 91,913 casos nuevos de neoplasias malignas, lo cual representa un incremento de 46.5% con relación a 1994 (62,725 casos). La distribución por género de los nuevos casos fue de 34% para los hombres y 66% para las mujeres. ⁽¹⁾

En casi todo el mundo, la mayoría de las personas de cáncer presentan la enfermedad en una fase avanzada. Para ellos, la única posibilidad razonable de tratamiento es el alivio del dolor y la atención paliativa.

d. Mieloma Múltiple

Los trastornos de la célula plasmática son un grupo de enfermedades relacionadas surgidos de un progenitor común perteneciente al linaje de la célula B. Se caracteriza por la expansión de las células plasmáticas en la medula ósea y casi siempre van acompañados por la presencia de la inmunoglobulina (Ig) monoclonal o fragmento Ig en el suero y/o la orina de los personas. ⁽³⁾

El Mieloma Múltiple es un tipo de cáncer que se forma debido a la presencia de células plasmáticas malignas; es una proliferación neoplásica de plasmocitos, caracterizada por lesiones óseas lítica, anemia elevación homogénea de globulina en suero y orina. Es un proceso maligno de los linfocitos, que constituyen las células B en la etapa de maduración del plasmocito. ⁽²⁾

Es una discrasia (disproteinemias) de células plasmáticas que se caracteriza por una proliferación clonal de células B linfoides e infiltración de la medula ósea por células plasmáticas.

Es la segunda enfermedad maligna hematología más común y la causa de un mínimo de 2% de las muertes secundarias al cáncer. Se han informado factores de riesgo potencial para sufrir Mieloma Múltiple, tales como, haberse expuesto a radiaciones y a productos derivados del petróleo. También se han comunicado casos familiares, lo que resulta sugestivo de alguna predisposición genética. Asimismo se ha identificado que el Mieloma Múltiple ocurre con una frecuencia superior al promedio entre agricultores, trabajadores del papel, fabricantes de muebles y leñadores. ⁽²⁾

Cuando las células plasmáticas se tornan cancerosas y crecen sin control, pueden producir un tumor llamado plasmacitoma. Estos tumores generalmente se originan en un hueso, aunque en raras ocasiones también se encuentran en otros tejidos. Si existe un solo tumor de células plasmáticas, a éste se le llama plasmacitoma aislado (o solitario).

Cuando hay más de un tumor de células plasmáticas, se le llama Mieloma Múltiple. ⁽³⁾

En el Mieloma Múltiple, la proliferación desmedida de células plasmáticas en la médula ósea pueden desplazar las células productoras de células sanguíneas normales, causando bajos recuentos sanguíneos. ⁽³⁾

Criterios de diagnóstico

El diagnóstico de Mieloma Múltiple se basa en la presencia de criterios mayor y menor bien definidos.

Estos criterios ayudan a distinguir el Mieloma Múltiple de otras discrasias de células plasmáticas y enfermedades por células B relacionadas con una paraproteína o de un plasmacitoma solitario. Los plasmacitoma solitario son colecciones de células monoclonales originadas en hueso (plasmacitoma óseo solitario) o en tejidos blandos (plasmacitoma extra medular).⁽³⁾

El diagnóstico requiere un mínimo de un criterio mayor y un criterio menor.

CRITERIOS DE DURIE-SALMON PARA EL DIAGNOSTICO DEL MIELOMA.ⁱ
<p><u><i>CRITERIOS MAYORES</i></u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Plasmacitomas en biopsia tisular2. Plasmacitosis en medula osea (>30% de células plasmáticas).3. Pico de inmunoglobulina monoclonal en la electroforesis sérica o urinaria. IgG >3.5g/dl o IgA >2.0g/dl. <p><u><i>CRITERIOS MENORES</i></u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Plasmacitosis en medula osea (10-30% de células plasmáticas).2. Espiga de inmunoglobulina monoclonal presente, pero en una magnitud menor que en criterios mayores.3. Lesiones óseas líticas.4. IgM normal <500mg/L, IgG <6g/L o IgA <1g/L.

**Adaptado de Durie BG. Semin Oncol 1986; 13:300-309.*

Características clínicas y de laboratorio

La edad promedio al momento del diagnóstico de Mieloma Múltiple es de 62 años para los hombres y de 61 años para las mujeres. La mayor parte de los síntomas relacionados con el Mieloma Múltiple son consecuencia del daño del órgano final causado ya sea por la infiltración de células tumorales Mieloma Múltiple, por la paraproteína dependiente de las mismas, o por ambos factores.

Los síntomas de dolor óseo y anemia se mantienen como los más característicos ya que afectan el 80% de los pacientes. ⁽³⁾

-HIPERCALCEMIA Y ENFERMEDAD ÓSEA: esta patología presenta lesiones óseas osteolíticas. Estas pueden vincularse con fracturas patológicas y compresivas de los cuerpos vertebrales; ocurre un incremento de la osteoclastogénesis y un incremento de la resorción ósea. Este aumento de resorción ósea produce un incremento del calcio en el líquido extracelular. ⁽³⁾

-ANEMIA: puede deberse a varios factores, como la infiltración tumoral de médula ósea, el deterioro de la función renal, los efectos mielo supresores de los productos tumorales y de la quimioterapia, y la producción deficiente de eritropoyetina en relación con el grado de anemia. ⁽³⁾

ORGANO AFECTADO	PATOGENESIS	SIGNOS Y SINTOMAS
Sistema esquelético	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de osteoclastogénesis. ▪ Infiltración de células tumorales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor óseo. ▪ Osteoporosis. ▪ Enfermedad lítica. ▪ Fracturas patológicas. ▪ Hipercalcemia. ▪ Compresión medular.
Sistema hematopoyético	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infiltración de células tumorales. ▪ Citosinas inhibitorias. ▪ Disminución Eritropoyetina. ▪ Aumento de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia. ▪ Neutropenia. ▪ Trombocitopenia. ▪ Hemorragia.

	Anticuerpos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hiperviscosidad. 	
Sistema urinario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riñón de Mieloma. ▪ Deshidratación. ▪ Amiloide. ▪ Nefropatía por urato. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiencia renal. ▪ Hipercalcemia.
Sistema inmunitario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipogammaglobulinemia. ▪ Disminución de la migración de neutrófilos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infecciones.
Sistema nervioso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de anticuerpos. ▪ Hiperviscosidad ▪ Infiltración tumoral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neuropatías. ▪ Accidente vascular cerebral. ▪ Compresión medular.

Factores pronósticos

El sistema de estadificación de Durie-Salmon ha sido el de uso más extendido. En este sistema, la estadificación se correlaciona con la masa de células tumorales.⁽¹²⁾

ETAPA	MICROGLOBULINA SÉRICA β_2	ALBUMINA SÉRICA	SUPERVIVENCIA MEDIANA
I	<3.5 mg/L	\geq 3.5 g/dl	62 meses
II	<3.5 mg/L	<3.5 g/dl	44 meses
III	O 3.5- 5.5 mg/L \geq 5.5 mg/L	Cualquier nivel Cualquier nivel	29 meses

**Adaptado de Grepp PR et al. J Clínica Oncológica 2005. Reimpreso con autorización de Asociación Americana de Clínica Oncológica.*

Tratamiento

Entre el 5 y 10% de los pacientes con Mieloma Múltiple muestra un curso indolente y no requieren tratamiento inmediato. Para la mayoría de los enfermos de Mieloma Múltiple, su tratamiento está indicado al momento del diagnóstico dependiendo de la sintomatología del paciente.⁽¹²⁾

- TRATAMIENTO ANTITUMORAL INICIAL
- TRANSPLANTE DE CELULAS MADRE ALOGÉNICO

- TRANSPLANTE AUTONOMO DE CELULAS MADRE
- CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTADIOS AVANZADOS.

e. Definición de dolor

Según la Internacional Association for the Study of Pain, IASP (fundada en 1974), “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, que se describe como ocasionada por dicha lesión”.

Se considera Desagradable al conjunto de sentimientos entre los que se encuentran sufrimiento, ansiedad, depresión y desesperación.

Clasificación del Dolor

Existen diferentes clasificaciones del dolor, según su fisiopatología subyacente (Nociceptivo y Neuropático), según su duración de presentación (agudo, crónico) y otros tipos de dolor (oncológico, psicógeno).⁽¹³⁾

- **Dolor Nociceptivo**

El Dolor Nociceptivo está causado por la activación de los nociceptores A-δ y C en respuesta a un estímulo nocivo sobre los tejidos corporales, que puede ser secundario a una lesión, enfermedad, inflamación, infección o cirugía.

En el Dolor Nociceptivo el funcionamiento del sistema nervioso es correcto. Es una respuesta fisiológica a una agresión.

Una característica importante de este tipo de dolor es que en general, existe una importante correlación entre la percepción del dolor y la intensidad del estímulo desencadenante. A su vez el Dolor Nociceptivo se subdivide en dolor Somático y Visceral.⁽¹³⁾

A. Dolor Somático

El dolor somático se debe a lesiones en los tejidos corporales tales como piel, músculos, cápsulas articulares, y huesos. Se caracteriza por ser bien localizado, pero variable en la descripción y la experiencia. ⁽¹³⁾

B. Dolor visceral

Es el dolor que se origina por una lesión o disfunción de un órgano interno ó sus serosas y suele estar mediado por los receptores de estiramiento, isquemia e inflamación. Hay que tener en cuenta que no todas las vísceras son sensibles al dolor (cerebro, hígado, pulmón, ovarios).

El dolor visceral se caracteriza por ser, cólico cuando la víscera es hueca, profundo, sordo, difuso, mal localizado que en ocasiones se irradia o se refiere en un área distante al órgano afectado. Suele acompañarse de sintomatología vegetativa, como náuseas, vómitos, sudoración, aumentos de la presión arterial y frecuencia cardíaca. Ejemplos de este tipo de dolor sería el asociado con apendicitis, colecistitis, o patología pleural.

El Dolor referido se origina frecuentemente de un órgano visceral y se puede sentir en regiones del cuerpo alejadas de la zona de origen. Se cree que el mecanismo es en parte debido a la convergencia espinal de fibras aferentes viscerales y somáticas en las neuronas espinotalámicas y por otro lado, a patrones de desarrollo embriológico y migración tisular.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la hiperalgesia cutánea y profunda, hiperactividad autonómica y las contracciones musculares. Ejemplos típicos son el dolor que se siente en los brazos o en el cuello cuando se produce un infarto de miocardio.

El Dolor irradiados trasmite a lo largo de un nervio, extendiéndose a partir del sitio de origen. Tanto el dolor de origen somático y algunos dolores de origen visceral pueden irradiarse. Por ejemplo, el dolor de un espasmo muscular, que es somático, suele extenderse gradualmente a partir del punto de origen lo mismo

ocurre con el dolor del nervio ciático que suele irradiarse a la pierna. Las patologías más frecuentes del Dolor Nociceptivo son las patologías osteomusculares, patología visceral y el Dolor Postoperatorio. Generalmente este tipo de dolor responde bien a los fármacos analgésicos habituales como AINE y mórnicos.⁽¹³⁾

- **Dolor Neuropático**

El Grupo de Interés Especial sobre Dolor Neuropático [Special Interest Group on Neuropathic Pain (NeuPSIG)] de la IASP, propuso una nueva definición de Dolor Neuropático como “el dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial”.

Dolor Neuropático es una descripción clínica (y no un diagnóstico), que requiere una lesión demostrable o una enfermedad que cumpla los criterios diagnósticos neurológicos establecidos. El término lesión se utiliza comúnmente cuando las pruebas diagnósticas (por ejemplo, imágenes, neurofisiología, biopsias, pruebas de laboratorio) revelan una anormalidad o cuando hay un trauma obvio. El término enfermedad se utiliza comúnmente cuando la causa subyacente de la lesión es conocida (por ejemplo ictus, vasculitis, diabetes méllitus, anormalidad genética). Somatosensoriales se refiere a los datos del organismo en sí incluyendo los órganos viscerales, no de información sobre el mundo exterior (por ejemplo, la visión, el oído, el olfato).

El Dolor Neuropático surge por la actividad generada en el sistema nociceptivo sin una adecuada estimulación de sus terminaciones sensitivas periféricas y los cambios fisiopatológicos se hacen independientes del evento desencadenante.

La sensibilización juega un importante papel en este proceso. Así Aunque la sensibilización central sea de una duración relativamente corta en ausencia de estímulos nocivos continuos, la lesión nerviosa desencadena cambios en el SNC que pueden ser persistentes indefinidamente.

La sensibilización central explica por qué el dolor neuropático suele ser desproporcionado para el estímulo o se produce cuando no hay un estímulo identificable (por ejemplo, dolor persistente, dolor de propagación).

El Dolor Neuropático también se le considera como un "dolor patológico" dado que no tiene ninguna utilidad beneficiosa para el organismo al contrario del Nociceptivo. A pesar de la diversidad de los procesos fisiopatológicos y de la etiología subyacente, los pacientes con Dolor Neuropático presentan similitud en las características del dolor como, quemante, punzante, lancinante, hormigueo, picazón, pinchazos, descarga eléctrica, golpeando, opresión, dolor profundo, espasmo o dolor al frío.⁽¹³⁾

f. Paciente oncológico en fase terminal

Los pacientes oncológicos necesitan medidas de alivio del dolor en todas las fases de la enfermedad. El dolor se produce en alrededor de la tercera parte de los pacientes que reciben tratamiento antineoplásico. Para ellos, las medidas de alivio del dolor han de ser paralelas a las de tratamientos.⁽¹⁴⁾

Ante un paciente oncológico que manifiesta dolor, lo primero será elaborar una buena historia clínica y una exploración física para definir las características del dolor (localización, intensidad, tipo de dolor, respuesta a analgesia y otros métodos de control de dolor como lo son la relajación, distracción, etc; y el tiempo de aparición).⁽¹⁴⁾

En segundo lugar abra que aplicar un tratamiento analgésico basado en la denominada Escala Analgésica establecida por la OMS.

Más de las dos terceras partes de los casos de fase terminal experimentan tanto dolor físico como espiritual, por lo que el alivio de este y de otros síntomas, pasa a ser el objetivo principal del tratamiento. Para ellos, la única posibilidad razonable de tratamiento es el alivio del dolor y la atención paliativa.⁽¹⁵⁾

De acuerdo con la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), estos constituyen un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes terminales, y de las familias de los mismos, quienes se enfrentan a problemas asociados a la enfermedad terminal, a través del alivio del sufrimiento, identificando de forma temprana, evaluando y manejando el dolor y otros padecimientos físicos, psicosociales y espirituales.⁽¹⁶⁾

Su meta fundamental es proporcionar al paciente y a la familia, como unidad a tratar, con el objetivo de reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso natural.⁽¹⁶⁾

La base fisiológica de los dolores oncológicos se encuentra en diversos mecanismos, ya sea fisiológico, psicosociales y/o espiritual de acuerdo a las creencias de cada paciente. Entre los aspectos más importantes son los psicosociales y espirituales; entre los cuales están la *ansiedad, el miedo, la depresión y el sentimiento de impotencia y/o culpa.*

La mayoría de los pacientes oncológicos no tiene un tipo de dolor y/o sufrimiento único, si no de carácter múltiple y, hasta en un 30% de los casos, se pueden distinguir más de dos formas de dolor y/o sufrimiento diferentes.⁽⁵⁾

En los años 1990 estudios demostraron que las diferentes actitudes y creencias de los diversos grupos étnicos alrededor del mundo desempeñan un papel en la variedad de intensidad, duración y percepción subjetiva del dolor. Como consecuencia el equipo multidisciplinario de salud tiene que darse cuenta que los pacientes con dolor (crónico) aprecian aún más a los terapeutas que reconocen sus creencias culturales y religiosas.⁽¹⁷⁾

Todos estamos familiarizados con la sensación del dolor. Usualmente afecta al cuerpo pero también tiene influencia de factores psicológicos y esto siempre afecta la conciencia humana.

El dolor a menudo es acompañado por emociones fuertes. Es percibido no solo como una sensación descrita con palabras, como quemantes, punzantes, sino también como una experiencia emocional (sentimiento) con palabras.

Lo que ocurre con mucha frecuencia en el dolor crónico, es que se evitan actividades y contacto social afectando al paciente, traduciéndose en aun menos actividad, retirada social y un enfoque casi total de atención al dolor. Esta tendencia lleva a un círculo vicioso de dolor, carencia de actividad, miedo, depresión y más dolor.

Los pacientes con síntomas somáticos claros a menudo no reciben el cuidado psicológico adecuado: dolor relacionado con ansiedad y humores depresivos, comportamiento relacionado con enfermedad desfavorable y comorbilidades psicopatológicas pueden ser descuidados o a la inversa con pacientes de trastornos mentales.

El sufrimiento del dolor crónico tiene consecuencias sociales, por ejemplo, en las actividades diarias, el ambiente familiar y factores culturales o que pueden ser afectados por experiencias anteriores de tratamiento. Los aspectos emocionales y cognitivos como la ansiedad o la impotencia para hacer frente al dolor crónico se pueden correlacionar con un fortalecimiento significativo de la percepción del dolor y la intensidad.

La preparación para el ejercicio de la profesión de enfermería exige del conocimiento y los elementos fundamentales de la profesión con su evolución, para ello se hace sumamente importante la aplicación del proceso del cuidado de enfermería, el cual, es una metodología de trabajo consistente; en un sistema con pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades alteradas y resolver problemas de salud que afecten al ser humano en su contexto, familia y comunidad a través de las intervenciones de enfermería adecuadas para su mejoría.

La finalidad del cuidado y apoyo del personal de enfermería para cubrir estas necesidades alteradas, es disminuir la carga de peso que implica la palabra “cáncer en fase terminal” en la vida del paciente; de modo que pueda llevar una vida aceptable y, llegado el caso, tenga una muerte sin sufrimiento.

V. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La Sra. Susana de 56 años de edad, ingreso al Instituto Nacional de Cancerología (INCan) el día 14 de Abril del 2014, diagnosticada con Mieloma Múltiple; lugar y tiempo en donde fue valorada para la elaboración de este proceso de atención de enfermería.

Inicia su padecimiento con dolor en región dorso-lumbar en febrero de 2013, tratada con múltiples analgésico sin mejoría, además de terapia alternativa (quiropático).

Desde octubre de 2013 presenta dolor intenso en región dorso-lumbar que dificulta la marcha y la bipedestación, por lo cual se postra en cama. En Enero de 2014 hay además, disminución progresiva de la movilidad y sensibilidad.

Hasta que en Marzo del 2014 presenta perdida de la sensibilidad de control de esfínteres y perdida completa de la movilidad de extremidades inferiores. Aumento de volumen en hombro derecho desde Febrero del 2014, con dolor.

Continua con dolor dorso-lumbar por lo cual acude a Instituto Nacional de Rehabilitación en Abril de 2014, donde se inicia protocolo diagnóstico, sin embargo las condiciones de la paciente no permiten realizar biopsia a nivel de columna por lo cual se realiza a nivel de lesión en humero derecho mediante BAAF con reporte de células plasmáticas.

Ante la sospecha de Mieloma, es enviada al INCan.

Al llegar al INCan es atendida en urgencias por dolor severo, es hospitalizada en el servicio de hematología. Se inicia manejo del dolor así como abordaje y protocolo de estudio de Mieloma Múltiple.

Desde su hospitalización en el servicio de hematología inicie con la valoración para el Proceso de Atención de Enfermería. (Abril, 2014).

Paciente de 1a vez con diagnóstico de pb Mieloma Múltiple en estudio de confirmación y estadificación más fractura patológica de hueso.

1. *Primero de valoración*

Sra. Susana en malas condiciones higiénicas, en posición de decúbito dorsal, con actitud forzada; fascias de dolor. Refiere un EVA 9/10 a la movilidad en zona dorso-lumbar; Consciente, orientada en tres esferas, sin embargo con hipoacusia lo cual dificulta aún más la valoración. Cavidad oral con mucosa seca, tórax con estertores roncós e hipoventilación bibasal; Fr de 25 con SatO₂ de 78%; taquicardia; hipotensa; diaforética; brazo derecho con inmovilización extrema por fractura de humero, múltiples equimosis en extremidades torácicas. Abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación profunda; peristalsis presente, se observa ulcera sacra que describe su familiar, ya que no es posible girarla por completo debido a dolor a la movilización; pérdida total de control de esfínteres con sondaje vesical; miembros pélvicos flexionados con pérdida total de fuerza.

Es tratada con analgésico (Tradol) para su EVA de 9/10 y terapia de oxigenación (nebulizador a 5lts x")

2. *Segundo día de seguimiento*

Sra. Susana en posición de decúbito dorsal, irritable; fascias de dolor. Refiere un EVA 9/10 a la movilidad en zona dorso-lumbar; Consciente, orientada en tres esferas, sin embargo con hipoacusia lo cual dificulta aún más la ejecución de las intervenciones. Cavidad oral con mucosa seca, tórax con estertores roncós e hipoventilación bibasal; Fr de 20 con SatO₂ de 92%, con nebulizador a 5lts x"; con disnea a mediano esfuerzo al dolor; taquicardia; hipotensa; diaforética; brazo derecho con inmovilización extrema por fractura de humero, múltiples equimosis en extremidades torácicas. Abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación profunda y refiere evacuación nula de 48hrs; peristalsis presente, se logra valorar ulcera sacra de grado II; sondaje vesical con orina de tonalidad amarillenta y olor penetrante con aprox. 150cc/24horas de gasto urinario.

3. Tercer día de seguimiento

Posteriormente a su hospitalización es tratada por clínica del dolor quien la diagnostica: Síndrome doloroso nociceptivo somático en sacro secundario a úlcera por decúbito + Síndrome doloroso nociceptivo somático en región lumbar secundario a componente neuropático en miembros inferiores pb compresión medular.

Se inicia con nuevo esquema para el manejo de su dolor.

Estaba en espera de cita con el servicio de cuidados paliativo pero desafortunadamente fallece cuatro días después de su llegada al Instituto Nacional de Cancerología por un paro cardiorrespiratorio.

Las intervenciones las realice enfocándome en los cuidados que la Sra. Susana tenía que recibir por parte de enfermería para su pronto control del dolor y comprensión total de su enfermedad, y con ello una mejor aceptación de sí misma y su situación de salud; y así mismo ayudarle a una muerte digna.

VI. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1. OXIGENACIÓN

Datos:

Objetivos:

- ✓ Consciente y orientada en sus tres esferas, poco cooperadora.
- ✓ Llenado capilar de tres segundos en los lechos ungueales; pulsos distales presentes;
- ✓ Frecuencia cardiaca de 110 x'; T/A: sistólica 90; diastólica 60;
- ✓ Palidez tegumentaria; acceso venoso periférico con buen retorno venoso sin datos de flebitis,
- ✓ Múltiples equimosis en extremidades torácicas.
- ✓ Campos pulmonares con hipo ventilación basal bilateral y estertores roncotos productiva escasa;
- ✓ Frecuencia respiratoria de 25 x'; SatO2 de 76%.
- ✓ Apoyo de oxígeno humificado a través de nebulizador con SatO2 de 92% y respiraciones de 20 x'.

Subjetivos:

- ✓ Refiere sentir disnea a mediano esfuerzo y cuando el dolor aumenta.

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos:

Objetivos:

- ✓ Peso de: 56 Kg, talla de: 1.54 m; IMC de: 22;
- ✓ Poca turgencia cutánea; mucosas orales deshidratadas;
- ✓ Aspecto amarillento en los dientes, con encías pálidas.

Subjetivos:

- ✓ Declara ausencia a alergias o intolerancia alimenticia,

- ✓ No puede realizar por sí misma la función de alimentación refiriendo que cada vez necesita más ayuda de su esposo.
- ✓ Refiere no presentar demasiada hambre durante todo el día. Refiere ingerir 1L de agua al día.

3. ELIMINACIÓN

Datos:

Objetivos:

- ✓ Pérdida total de control de esfínteres.
- ✓ Cuenta con pañal y sondaje vesical desde su hospitalización en Rehabilitación.
- ✓ Orina de tonalidad amarillenta y olor penetrante con aprox. 150cc/24horas de gasto urinario; Uremia;
- ✓ Abdomen globoso, distendido; se ausculta peristaltismo.

Subjetivos:

- ✓ Refiere dolor abdominal a la palpación media y evacuación nula en >48 horas

4. TERMORREGULACIÓN

Datos:

Objetivos:

- ✓ Temperatura de: 36.9°C, Piel pálida, Diaforética.

5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos:

Objetivos:

- ✓ Falta de movilidad casi total;
- ✓ Miembros pélvicos flexionados y con pérdida total de fuerza y de la movilidad;
- ✓ Úlcera sacra grado II;

- ✓ Húmero derecho con abultamiento y debilidad ósea, con férula por fractura patológica.

Subjetivos:

- ✓ Refiere un EVA 9/10 a la movilidad en zona dorso-lumbar;
- ✓ Familiares refieren presentar ulcera por presión desde Marzo del 2014 en casa por falta de movilización y buena higiene.

6. DESCANSO Y SUEÑO

Datos:

Objetivos: Fascias de dolor,

- ✓ Llanto,
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Alteración del sueño.

Subjetivos:

- ✓ Refiere presentar insomnio por dolor incontrolable, preocupación de su presente y ambiente hospitalario.
- ✓ Duerme durante la noche solo un par de horas y despierta dos o tres horas y vuelve a dormir interrumpiendo un sueño profundo.
- ✓ Refiere no poder dormir durante el día por todo el ruido y estar pendiente de las visitas médicas.

7. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos:

Objetivos:

- ✓ Tejido cutáneo semi-hidratado.
- ✓ Pérdida de la continuidad cutánea con ulcera por presión en zona sacra grado II, curación por turno con gasas estériles de Furasin y parche dérmico.
- ✓ Baño: de esponja diario y apoyo del aseo personal.

Subjetivos:

- ✓ Refiere aseo dental: De 2 veces al día con enjuague bicarbonatado y gasas, y aseo de manos: con alcohol gel.
- ✓ Refiere presentar ayuda de sus familiares para su aseo personal desde Enero del 2014.

8. EVITAR LOS PELIGROS

Datos:

Objetivos:

- ✓ Perdida de la movilidad de miembros pélvicos; debilidad ósea en humero derecho;
- ✓ Catéter intravenoso y catéter urinario.
- ✓ Déficit de autocuidado por falta de fuerza.
- ✓ Barandales en alto por riesgo alto de caída de camilla.

Subjetivos:

- ✓ Niega conocer medidas de prevención en el entorno hospitalario.
- ✓ Refiere EVA 9/10 a la movilización.

9. COMUNICACIÓN

Datos:

Objetivos:

- ✓ Hipoacusia;
- ✓ Se muestra cooperadora pero no muestra interacción con más personas que no sean esposo, enfermera y médico tratantes.

Subjetivos:

- ✓ refiere no tener ningún problema visual.
- ✓ refiere que si no muestra interés por relacionarse con nadie es porque no quiere sentir lastima por nadie más.

10. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos:

Objetivos:

- ✓ Permite el contacto físico y cualquier tratamiento médico.

Subjetivos:

- ✓ Católica; con principio de valores personales.
- ✓ Refiere que está lista para que Dios le permita dejar de sufrir y morir.
- ✓ Refiere sentir más alivio al dolor cuando su fe por Dios es más fuerte aunque a veces siente que Dios la está abandonando.
- ✓ Suele pedir a su esposo o las monjas que realizan visitas, que le lean partes de la biblia o alguna oración con ella.

11. TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos:

Subjetivos:

- ✓ Ama de casa.
- ✓ Ansiosa por su situación de salud.
- ✓ Actualmente no muestra ningún interés por algún propósito o meta a futuro.
- ✓ Refiere que todo lo que tenía que haber realizado en cuestión de metas personales, ya lo hizo y ya no hay más.

12. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos:

Objetivos:

- ✓ Ansiedad;
- ✓ Depresión;
- ✓ Hipo activa.

Subjetivos:

- ✓ Su situación actual de inmovilidad y dolor, la limitan/desmotivan a realizar actividades recreativas.

13. APRENDIZAJE

Datos:

Objetivos:

- ✓ Buena memoria a largo plazo pero mala a corto plazo.

Subjetivos:

- ✓ Nivel educativo: secundaria.
- ✓ Refiere haber trabajado de cuidadora de enfermos por un largo tiempo lo cual se muestra cooperadora con enfermería y entiende la gran responsabilidad que tenemos con los pacientes.

14. AUTORREALIZACIÓN/AUTOCONCEPTO

Datos:

Objetivos:

- ✓ Baja autoestima y una mala aceptación de su imagen corporal.

Subjetivos:

- ✓ Sensibilidad y tristeza de su situación actual;
- ✓ Refiere ya no querer continuar con su vida si tiene que sufrir más y seguir siendo un estorbo para su familia, principalmente para su esposo que ha sido el más importante de su cuidado desde el inicio de su enfermedad.

VII. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1) **Patrón respiratorio ineficaz** R/C dolor, deterioro musculoesquelético M/P disnea y taquipnea.
- 2) **Autocuidado: déficit de alimentación** R/C dolor, debilidad, disminución de la motivación M/P incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca.
- 3) **Estreñimiento** R/C inmovilidad física, depresión, opioides M/P distensión y dolor abdominal a la palpación profunda y evacuación nula en 48hrs.
- 4) **Dolor Crónico** R/C incapacidad física crónica, M/P insomnio, EVA 9/10, Irritabilidad, depresión.
- 5) **Insomnio** R/C depresión, ansiedad, ambiente hospitalario y dolor M/P irritabilidad, la paciente refiere no poder conciliar el sueño.
- 6) **Deterioro de la integridad cutánea** R/C inmovilización física M/P ulcera en zona sacra.
- 7) **Autocuidado: déficit de baño** R/C dolor, deterioro musculoesquelético M/P incapacidad para lavarse el cuerpo.
- 8) **Riesgo de caída** R/C limitación de la movilidad, insomnio, hipoacusia.
- 9) **Riesgo de Infección** R/C procedimientos invasivos (sonda vesical, acceso venoso periférico), ruptura de la piel.
- 10) **Riesgo de sufrimiento espiritual** R/C baja autoestima, depresión.
- 11) **Baja autoestima situacional** R/C deterioro funcional y alteración de la imagen corporal M/P verbalización de negación de sí misma, expresa inutilidad.
- 12) **Desesperanza** R/C deterioro del estado fisiológico, pérdida de la fe M/P disminución de las emociones, del apetito, trastornos del patrón del sueño; y palabras pesimistas (soy un estorbo, ya no quiero vivir).
- 13) **Trastornos de la imagen corporal** R/C enfermedad M/P expresa sentimientos negativos sobre su cuerpo.

PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL CUIDADO

<p>Dominio12 : Confort Clase 1: confort físico Etiqueta: dolor crónico (00133)</p>		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Dolor Crónico R/C <i>incapacidad física crónica, M/P</i> <i>EVA 9/10, insomnio,</i> <i>Irritabilidad, depresión.</i></p>		<p>Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.</p>
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control del dolor • Dolor: efectos nocivos • Dolor: Respuesta psicológica adversa • Nivel de comodidad. 	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una interacción enfermera paciente. <p>Gestión del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • aliviar o reducción del dolor hasta un nivel que el paciente pueda soportarlo. <p>Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Administración de analgésicos</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Registrar y valorar la ubicación, características, causas y gravedad del dolor. ○ comprobar los cinco correctos de aplicación de medicamento. 	<p><u>FUNDAMENTACION:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda; estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor, ansiedad y estrés. • El control del dolor permite la máxima participación en las actividades y una mayor eficacia. • El tratamiento del dolor debe ser intensivo e individualizado de acuerdo a sus necesidades para eliminar cualquier dolor innecesario.

<ul style="list-style-type: none"> • Nivel del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ○ determinar el analgésico, vía de administración y dosis para conseguir un efecto óptimo y constante (<i>800 mcg Buprenorfina para 24 horas IV</i>). ○ administrar analgésicos complementarios cuando sea necesario. (<i>Rescates de Buprenorfina 150mcg, IV, intervalos mínimos de 1 hora, Máximo 5 al día</i>). ○ Evaluar la respuesta y eficacia del analgésico y registrar cualquier efecto adverso. ○ monitorización de los signos vitales • Manejo ambiental: confort ○ Crear un ambiente tranquilo y de descanso. ○ Enseñar terapias de relajación simples 	<ul style="list-style-type: none"> • La administración de analgésicos es una ayuda rápida a disminuir o aliviar el dolor hasta un nivel que el paciente pueda soportarlo. La buprenorfina está indicada en dolor moderado a severo. • Proporcionar un efecto constante de analgesia garantiza el estado confort del paciente. • Los analgésicos complementarios potencializa la analgesia. • Valorar la eficacia de analgésico nos indica determinar si el medicamento utilizado es el adecuado para la paciente y su tipo de dolor. • Una valoración constante de los signos vitales (principalmente FR, FC,) nos anticipa alguna complicación. • La reducción de estímulos ambientales que alteran el humor ayudar a disminuir el dolor. • El uso de técnicas de relajación antes, durante y después de la actividad dolorosa interfiere con los
---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el sueño. ○ Evitar interrupciones necesarias y permitir periodos de descanso. ○ Movilización cuando sea sumamente necesaria. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua con escala de dolor. • Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> ○ Favorecer la conversación, distracción como medio de disminuir la tensión emocional. ○ Fomentar la unión y/o apoyo familiar en momentos de dolor. 	<p>estímulos dolorosos y potencializa los efectos terapéuticos de los analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El dolor conduce a la interrupción del sueño y la interrupción del sueño disminuye la capacidad para tolerar el dolor. • Cuando el dolor está relacionado con la movilización, se deben evitar movilizaciones innecesarias. • Utilizar una escala de dolor para obtener el nivel de dolor o incomodidad en una escala de 0-10 nos permitirá evaluar mejor la disminución o aumento del dolor. • El apoyo emocional proporciona seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión o dolor. • La sensación de bienestar al sentir el apoyo de un ser querido proporciona sensación de control, disminuye el estrés, la ansiedad y eleva el ánimo y el umbral del dolor.
--	--	---

Evaluación: La paciente muestra cooperación en su manejo del dolor, pero las intervenciones realizadas no son suficientes para lograr un confort total para la paciente ya que el dolor solo logra disminuir a 7/10, por lo cual requiere de varios rescates de analgesia al día, aun con la infusión continúa para que su EVA sea de 5/10.

Dominio 4 : Actividad/reposo

Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares

Etiqueta: patrón respiratorio ineficaz (00032)

Diagnóstico de Enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz R/C dolor, deterioro musculo-esquelético M/P disnea y taquipnea.

Definición:

La inspiración o espiración no proporcionan una ventilación adecuada.

Resultados de enfermería (NOC):

- Vigilancia de los signos vitales.
- Estado respiratorio: ventilación.
- Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Control del dolor
- Monitorización respiratoria
 - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzos de las respiraciones.
 - Vigilancia de movimientos toraco-abdominales.
 - vigilancia del uso de músculos accesorios.
 - Observar la presencia de secreciones en la vía aérea.
 - comprobar la capacidad del paciente para toser

FUNDAMENTACION:

- Un aumento de la frecuencia respiratoria es uno de los signos del dolor. Proporcionarle alivio al dolor provocara que la FR se normalice.
- La valoración del estado respiratorio proporciona datos basales para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería.
- Una buena valoración de patrón respiratorio nos ayuda a identificar disnea e hipoxia.
- El uso de músculos accesorios indica un aumento de la dificultad respiratoria y de la hipoxia.
- La tos es un mecanismo de protección del organismo. El reflejo de la tos se inicia en el momento de la apertura brusca de la glotis cuando

	<p>eficazmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de los signos vitales ○ vigilar FC y FR antes, durante y después de la actividad • Oxigenoterapia ○ administrar oxígeno suplementario, según su necesidad. (uso de nebulizador a 5L). ○ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (monitorizar la saturación de oxígeno y gases sanguíneos por día). ○ Comprobar periódicamente la eficacia del dispositivo de aporte de oxígeno. • Manejo de las vías aéreas ○ Realizar fisioterapia respiratoria, una vez por 	<p>hay presencia de secreciones, cuerpo extraño o irritabilidad de las vías respiratorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vigilancia constante de los signos vitales principalmente la respiración facilita la detección precoz de complicaciones. • La oxigenoterapia ayuda a disminuir la disnea a través de la reducción del impulso central mediado por los quimiorreceptores periféricos en el cuerpo. • El uso de oxígeno suplementario ayuda a elevar la saturación de oxígeno y disminuir esfuerzo respiratorio. • Una saturación inferior al 90% y una PO_2 inferior a 80, indica problemas significativos de oxigenación. • La inhalación del aire se hace durante la inspiración y la exhalación durante la espiración. La circulación del aire se efectúa gracias a la permeabilidad de las vías respiratorias (nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios y alveolos).
--	--	---

	<p>turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eliminar secreciones fomentando la tos de forma efectiva. ○ Fomentar la respiración lenta y profunda. ○ Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalar a través de la nariz y respirar lento en forma rítmica y relajada: permite filtrar y humectar el aire. De esta forma se logran espiraciones y vaciamiento pulmonar más complejos y disminuye los requerimientos de oxígeno. • Los sonidos pulmonares anormales puede indicar una patología respiratoria asociado a un patrón respiratorio alterado.
--	---	--

Evaluación: El paciente muestra elevación de la saturación de oxígeno con el apoyo de mascarilla hasta lograr un 92% y disminución del esfuerzo respiratorio, con una FR de 20; sin utilización de músculos accesorios. Se logra un buen manejo de las vías aéreas con la fisioterapia y aprendizaje de una tos efectiva.

<p>Dominio 11 : seguridad/protección Clase 2: lesión física Etiqueta: deterioro de la integridad cutánea (00046)</p>		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física M/P <i>ulcera en zona sacra.</i></p>	<p>Definición:</p> <p>Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.</p>	
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación de 	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados en la piel. 	<p>FUNDAMENTACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La inspección sistemática

<p><i>la herida: por primera intención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ulcera por presión. • Integridad cutánea. Formación de cicatriz. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar una valoración del deterioro cutáneo. ○ mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas, sin utilización de ropa de textura áspera. ○ realizar la higiene corporal cada vez que sea necesario con jabones neutros y esponjas suaves. ○ Hidratar con cremas la piel por turno para aumentar su elasticidad y disminuir el riesgo de rotura. • Prevención de UPP <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar una escala de valoración establecida para valorar los factores de riesgo del paciente. ○ Registrar el estado de la piel durante su ingreso y después diario. ○ Cuidado del cuerpo del paciente en puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. 	<p>puede identificar los problemas incipientes tempranamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fricción consiste en el desgaste fisiológico del tejido. Si la piel se frota contra las sábanas de la cama, la epidermis puede lastimarse por abrasión. • Lavar suavemente con jabón neutro minimiza el riesgo de abrasiones, laceración y alergia en la piel • La aplicación de sustancias tóxicas promueve la integridad de la piel y minimizar la pérdida de continuidad. • La implementación de un buen cuidado de prevención mediante una buena valoración puede producir una significativa reducción de costes e incidencia de UPP en los entornos de cuidados prolongados. • Las lesiones de la piel producida al ejercer una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de la
---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aumentar la ingesta de líquidos. ○ Utilizar superficies de apoyo que ayuden a disminuir la presión. ● Cuidados de las úlceras por presión <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar un aseo de la piel lesionada con jabón neutro y agua una vez al día. ○ curación de úlcera por turno (Furacin con gasas estériles y parche dérmico). ○ Observar signos y síntomas de infección. 	<p>piel, músculo y hueso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La piel seca está causada por la pérdida de líquido, el aumento de ingesta de líquidos hidrata la piel. ● Una superficie reductora de presión, debe ser capaz de deformarse y de distribuir el peso a lo largo de la superficie. ● Limpiar el lecho de la herida para disminuir el recuento bacteriano. ● Evitar los agentes de limpieza extremos: agua caliente, la fricción, la fuerza extrema o la limpieza demasiado frecuente. ● Los apósitos proporcionan un entorno húmedo, mantener seca la piel que rodea a la herida y controlar el exudado y eliminar el espacio muerto. ● Furacin está indicado en la prevención de infecciones bacterianas. ● Una detección oportuna de infección requiere de una buena intervención de enfermería.
--	--	--

Evaluación: la paciente muestra cooperación para la protección de la piel, evitando así más factores de riesgo, sin embargo la movilización propicia más dolor lo que impide tomar mejores medidas para la protección y pronta mejoría de la úlcera.

Dominio 4: actividad/reposo Clase 5: auto cuidado Etiqueta: déficit de auto cuidado: alimentación (00102)		
Diagnóstico de Enfermería: Autocuidado: déficit de alimentación R/C dolor, debilidad, disminución de la motivación M/P incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca		Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de auto-alimentación
Resultados de enfermería (NOC): <ul style="list-style-type: none"> • <i>Autocuidados: comer</i> • <i>Estado de deglución</i> • <i>Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos.</i> 	Intervenciones de enfermería (NIC): <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda con los cuidados: alimentación/ Alimentación ○ Valorar la habilidad del paciente para alimentarse y los efectos que produce esto. ○ Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas. ○ Facilitar la higiene bucal. ○ Asegurar una posición adecuada para facilitar la masticación y deglución. ○ Dar la oportunidad de oler las comidas antes de probarla. 	FUNDAMENTACION: <ul style="list-style-type: none"> • La valoración funcional proporciona datos de análisis para equiparar la habilidad del paciente para alimentarse con el nivel de ayuda del cuidador. • La incapacidad para cuidar de uno mismo genera sentimiento de dependencia y bajo concepto. • El alivio del dolor aumenta la capacidad de concentración e interacción de actividades. • La higiene oral estimula el flujo de saliva y el gusto. • La gravedad ayuda a la deglución y disminuye la aspiración. • Oler la comida estimula el apetito, cuando el olor es

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acompañar la comida con agua. ○ Preguntar a la paciente para que nos indique cuando ha terminado el bocado o nos indique cuando quiere otro. ○ Evitar poner bebidas o más comida cuando este masticando. ○ Comprobar que no queden restos de comida al final de la alimentación. ● Monitorización nutricional <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar y fomentar la interacción del familiar durante la alimentación. ○ Observar la piel: turgencia, hidratación, apariencia. ○ Proporcionar alimentos y líquidos nutricionales, según su dieta. ● Precaución para evitar la aspiración. <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo 	<p>agradable.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El apoyo familiar en la alimentación aumenta el deseo de comer. ● Las grandes cantidades de comida y la velocidad puede llevar a una bronco aspiración. ● El fomento familiar no significa dejar que haga las cosas él solo, sino animar y educar al familiar a tener un mayor apego al paciente. ● Una buena apariencia de la piel es indicador de hidratación. ● Una dieta debe adecuarse a las necesidades nutricionales y causas de dificultad de alimentación. ● Las grandes cantidades
--	--	---

	nauseoso y capacidad deglutorio. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar en la comida. ○ Trocear los alimentos y proporcionar pequeñas cantidades. 	de comida y la velocidad puede llevar a una bronco aspiración.
--	--	--

Evaluación: La dependencia de la paciente y la poca motivación para su alimentación ha requerido de la ayuda de enfermería y el familiar para satisfacer esta necesidad; el familiar logro aprender mediadas de prevención de aspiración y adecuada alimentación; la dieta que le adecuaron a sus necesidades le ha facilitado su ingesta; el aumento de ingesta de líquidos vía oral y la intravenosa han ayudado a una mejor hidratación.

Dominio 4 : actividad/reposo

Clase 1: sueño/descanso

Etiqueta: insomnio (00095)

Diagnóstico de Enfermería:

Insomnio R/C depresión, ansiedad, ambiente hospitalario y dolor M/P irritabilidad, la paciente refiere no poder conciliar el sueño.

Definición:

Trastornos de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Resultados de enfermería (NOC):

- Bienestar personal.

- Descanso

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Manejo del dolor
- Mejorar el sueño
 - Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
 - Explicar la importancia

FUNDAMENTACION:

- El dolor conduce a la interrupción del sueño y la interrupción del sueño aumenta la percepción del dolor.
- Las necesidades de sueño y vigilia varían de acuerdo al estilo de vida de cada persona.
- El sueño es un estado fisiológico de autorregulación y

<p>so.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sueño 	<p>del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar circunstancias físicas o psicológicas que interrumpen el sueño. ○ Ajustar el ambiente (luz, sonidos, temperatura, colchón) para favorecer el sueño. ○ Fomentar el aumento de las horas del sueño. • Manejo ambiental: confort ○ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. ○ Proporcionar una habitación con silencio y descanso. ○ Enseñar a familiares el uso de técnicas relajantes de inducción de sueño (musicoterapia, masajes). ○ Evitar interrupciones necesarias y permitir periodos de descanso. 	<p>reposo uniforme de un organismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas que sufren de dolor, depresión y ansiedad, cuanto más tratan de dormir, mayor es la sensación de frustración y de preocupación, y más difícil se torna conciliar el sueño • Los ruidos excesivos deterioran el sueño. • La falta de sueño puede afectar su capacidad para realizar las actividades diarias porque está cansado o tiene dificultad para concentrarse. • El confort es un estado de bienestar; el sueño se promueve cuando la persona esta cómoda y libre de dolor. • Medidas sencillas como de relajación fomentan el sueño. • Los intervalos cortos de siestas por la mañana mejoran la ejecución cognitiva y psicomotriz.
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional ○ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la tensión emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • La alteración del sueño forma parte del síndrome depresivo.
<p>Evaluación: el esposo de la Sra. Susana muestran cooperación al realizarle técnicas de relación y ambiente confort para la paciente, ayudándola a disminuir su ansiedad y con administración de analgesia complementaria se logra reducir factores de interrupción del patrón del sueño durante la noche como lo es el dolor.</p>		

<p>Dominio3 : eliminación e intercambio Clase 2: función gastrointestinal Etiqueta: estreñimiento (00011)</p>		
<p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Estreñimiento R/C inmovilidad física, depresión, ingesta de medicamentos M/P distensión y dolor abdominal a la palpación profunda y evacuación nula en 48hrs.</p>		<p>Definición: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</p>
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <p>Resultados:</p> <p>Recuperación de patrón de eliminación.</p>	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo intestinal ○ Ingesta suficiente de líquidos vía oral y/o parenteral. 	<p>FUNDAMENTACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento se observa como resultado de los hábitos dietéticos, falta de ejercicio regular y una vida llena de estrés. • Una ingesta diaria de 1-1¹/₂ de líquido para mantener los patrones intestinales y promover una adecuada consistencia de las heces fecales. • Una ingesta diaria de 25 a 30g de fibra estimula el peristaltismo

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar la ingesta de una dieta rica en fibra ○ Identificar que medicamentos causan estreñimiento. ○ Ministración de laxantes si se tolera (Anara 10gotas c/12horas y Lactulax 10ml c/24 horas). ○ Vigilar y evaluar la eficacia de los medicamentos. ○ Dar masajes en abdomen por 10 minutos cada 2 horas y orientarlo para su auto masaje. ● Asesoramiento nutricional <ul style="list-style-type: none"> ○ Educación al cuidador primario en las medidas higiénico-dietéticas para mejorar el patrón de evacuación. 	<p>intestinal, y dar volumen a las heces.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los opiáceos a grandes dosis provocan estreñimiento, debido a la reducción del peristaltismo. ● Los laxantes estimulan la eliminación intestinal. ● El uso prolongado de laxantes provoca puede producir heces sin consistencia que dificultan el programa intestinal y el control de la defecación y disminución del tono del colon. ● El masaje ayuda a estimular los movimientos intestinales, peristaltismo. ● Un adecuado asesoramiento higiénico-dietéticas, refuerzan las intervenciones realizadas por parte de enfermería y contribuyen una mejor cooperación.
--	---	---

Evaluación: La paciente muestra después de tres días de tratamiento con laxantes y una adecuada dieta blanda e ingesta de fibra y líquidos, presenta sus primeras eliminaciones intestinales, aunque con un poco de dolor a la evacuación y en muy poca cantidad.

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 5: autocuidado

Etiqueta: déficit de autocuidado: BAÑO (00108)

<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Autocuidado: déficit de baño R/C deterioro musculoesquelético, dolor M/P incapacidad para lavarse el cuerpo</p>	<p>Definición:</p> <p>Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.</p>	
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidados: baño. • Autocuidados: higiene. 	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda con los cuidados: baño/higiene. <ul style="list-style-type: none"> ○ Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. ○ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. ○ Ayudar en el cuidado de baño, manteniéndola limpia y cómoda. (Baño de esponja una vez al día y cuidados higiénicos, tales como aseo bucal, aseo de manos, aseo perianal). ○ Cuidado higiénico de las incontinencias fecales. ○ Cuidados higiénicos del sondaje vesical. ○ Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una 	<p>FUNDAMENTACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar limpio y aseado es una necesidad que tiene el individuo para tener una apariencia cuidada. • La falta de voluntad, fuerza o conocimiento llevan a adquirir dependencia de otras personas para sus cuidados • La limpieza es importante para tener comodidad y una autoestima positiva y para las relaciones sociales con otras personas • Prevenir la exposición a los elementos químicos de la orina y heces que pueden dañar y erosionar la piel. • Independientemente de la discapacidad, la paciente

	<p>experiencia cálida, relajante, privada y personalizada de su aseo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Controlar la integridad cutánea. ○ Fomentar la participación del familiar a las actividades de aseo del paciente. ● Enseñanza individual. <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. ○ Valorar las capacidades/discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas. ○ Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica. 	<p>debe tener intimidad y ser tratada con dignidad durante las actividades del cuidado personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La piel protege al cuerpo frente a las infecciones. Las roturas de la piel pueden producirse por abrasiones o laceraciones. ● El saber que existe interés por los seres queridos favorece el bienestar. ● La falta de movilidad por fuerza requiere de una ayuda continua de autocuidados. ● Las distracciones por estímulos externos o internos (estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, estado emocional y adaptación a la enfermedad) disminuye la capacidad de concentración y aprendizaje.
--	---	---

Evaluación: la limitación de movilidad han llevado a la Sra. Susana a crear dependencia de su esposo por un aseo personal, lo cual había sido insatisfactoria por falta de conocimientos de una técnica adecuada per después un fomento constante logra aprender y participar en aseo personal de su esposa; al estar hospitalizada se realizan todas las medidas higiénicas posibles para no obtener infecciones y más deterioro de la integridad cutánea y mejorando así su aspecto personal.

<p>Dominio 6 : autopercepción Clase 2: autoestima Etiqueta: desesperanza</p>		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Desesperanza R/C deterioro del estado fisiológico, pérdida de la fe en dios M/P disminución de las emociones, del apetito, trastornos del patrón del sueño; y palabras pesimistas (soy un estorbo, ya no quiero vivir).</p>		<p>Definición:</p> <p>Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.</p>
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autocontrol de la depresión. ▪ Calidad de vida ▪ Deseo de vivir ▪ Energía psicomotora ▪ Equilibrio emocional. 	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control del estado de ánimo. <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas y antecedentes). ○ Ayudar a mantener su patrón de sueño. ○ Proporcionar y/o 	<p>FUNDAMENTACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La baja autoestima fomenta la depresión. • La depresión afecta al organismo, al estado de ánimo y a los pensamientos. • El apoyo emocional por parte de un psicólogo

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nivel de depresión.</i> 	<p>remitir a terapia psicológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relacionarse más con el paciente en sus cuidados y darle oportunidad de expresar sus sentimientos. ○ Animar al paciente a relacionarse más socialmente. ● Fomentar la resiliencia. <ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar el apoyo y comunicación familiar. ○ Fomentar la implicación de la familia en los cuidados del paciente. ○ Fomentar al familiar y paciente la asistencia de servicio o actividades religiosas. ● Facilitar el crecimiento espiritual. <ul style="list-style-type: none"> ○ Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente y familiar. ○ Fomentar la 	<p>especializado, fomenta la salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El intercambio de problemas favorece la percepción realista, la solución de problemas de la propia persona, su desarrollo y maduración. ● El soporte de otros favorece los sentimientos de fuerza, reduciendo el miedo y la ansiedad. ● La conexión ayuda a sentirse valorado ● El saber que existe interés por los seres queridos favorece el bienestar. ● Las creencias crean situaciones reconfortarles y curativas. ● La espiritualidad aumenta la esperanza y mejora la salud mental. ● El apoyo emocional proporciona seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión o dolor.
--	---	--

	<p>conversación entre paciente-familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar esperanza <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar al paciente/familiar afrontar la situación actual. ○ Evitar disfrazar la verdad. • Apoyo emocional • Potenciación de la autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • La pronta aceptación de su situación actual, y entender y comprender el tema, ayuda a continuar con la vida cotidiana sin sentimientos de culpa, enojo y depresión.
<p>Evaluación: <i>el estado depresivo que sufre la Sra. Susana cada vez aumenta más, pese a las intervenciones realizadas solo se logra una unión familiar más fuerte y afectuosa, demostrándolo con más comunicación entre ellos sobre el final inminente de la paciente, pero su aislamiento social aumenta junto con su estado negativo de la vida.</i></p>		

<p>Dominio 10: principios vitales Clase 2: congruencia entre Valores/creencias/acciones Etiqueta: riesgo de sufrimiento espiritual (0067)</p>		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Riesgo de sufrimiento espiritual R/C baja autoestima, depresión.</p>	<p>Definición: Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida, mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.</p>	
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aceptación: estado de salud</i> 	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo espiritual 	<p>FUNDAMENTACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La interrelación paciente-enfermera es de suma importancia para ayudar a

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autoestima.</i> • <i>Dolor: respuesta psicológica adversa.</i> • <i>Muerte confortable.</i> • <i>Nivel de depresión.</i> • <i>Severidad del sufrimiento.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar la comunicación para establecer confianza y empatía. ○ Utilizar herramientas para aumentar el bienestar espiritual. ○ Rezar con la paciente. ○ Tratar al paciente de forma holística. ○ Proporcionar privacidad en momentos de espiritualidad. ○ Escucha activa. • Potenciación de autoestima • Manejo del dolor • Manejo ambiental • Cuidados de agonía <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar la prioridad de cuidados hacia el paciente. ○ Animar a la paciente y familiar a compartir los sentimientos de muerte. 	<p>los pacientes a recuperar la esperanza, la autoestima y el sentimiento de pertenencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando un paciente valora mucho una oración u otra práctica espiritual, tales prácticas pueden proporcionarle significado y propósito y servirle de fuentes de bienestar y fuerza. • La espiritualidad está asociado con el significado y propósito de la vida. • El ambiente físico a menudo influye sobre su momento de espiritualidad. • Respetar las creencias fomenta la confianza y conexión. • La necesidad más alterada es la espiritualidad en estado de agonía. • La conexión ayuda a sentirse valorado
---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tratar de comprender las acciones, sentimientos y actitudes del paciente. ○ Observar los cambios del estado de ánimo. ○ Apoyar al paciente y familiar sobre el duelo ○ Respetar la necesidad de intimidad. ○ Modificar el ambiente, función de las necesidades y los deseos del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • El amor, el cariño y la compasión son valores interpersonales que fomentan el cuidado espiritual. • El sufrimiento espiritual está relacionado con la depresión, la negación y el aislamiento. • La cultura está relacionada con el significado de la muerte y propósito de la vida. • Las creencias crean situaciones reconfortarles y curativas. • La espiritualidad aumenta la esperanza y mejora la salud mental
--	---	--

Evaluación: para la Sra. Susana y su esposo el tema de muerte es algo que los pone de un estado de ánimos muy depresivo por lo que proporcionarles apoyo y herramientas en todo momento que les ayude a sentirse más unidos y un estado de confort aumentado les causa menor temor de todo lo que vendrá después de la muerte; a la paciente se le brindo en todo momento un cuidado especial para una muerte digna y tranquila, brindándole apoyo espiritual ya que la fe hacia Dios la hacía tener una mejor aceptación de su estado actual y futuro.

<p>Dominio 6 : autopercepción Clase 2: autoestima Etiqueta: baja autoestima situacional (00120)</p>	
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional y alteración de la imagen corporal M/P verbalización de negación de sí misma, expresa</p>	<p>Definición:</p> <p>Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una actual.</p>

<i>inutilidad.</i>		
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Autoestima</i> ▪ <i>Capacidad personal de recuperación.</i> ▪ <i>Modificación psicosocial: cambio de vida.</i> ▪ <i>Adaptación a la discapacidad física.</i> 	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> ○ ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causada del trastorno. ○ ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos. ○ ayudar al paciente a reconocer los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Potenciación de la autoestima <ul style="list-style-type: none"> ○ animar al paciente a identificar sus 	<p><u>FUNDAMENTACION:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El apoyo emocional proporciona seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión o dolor. • La pronta aceptación de su situación actual, y entender y comprender el tema, ayuda a continuar con la vida cotidiana sin sentimientos de culpa, enojo y depresión. • El intercambio de problemas favorece la percepción realista, la solución de problemas de la propia persona, su desarrollo y maduración. • La baja autoestima fomenta la depresión • Identificando las cualidades y las capacidades personales se puede conseguir que el paciente centre su atención en las

	<p>virtudes, aceptar nuevos desafíos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar la unión familiar. ● Escucha activa <ul style="list-style-type: none"> ○ mostrar interés en el paciente ○ mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. 	<p>características positivas que contribuyen al concepto global de uno mismo, y no solo en el cambio de la imagen corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El saber que existe interés por los seres queridos favorece el bienestar. ● La escucha y el respeto aumentan el desarrollo y confianza del paciente. ● El soporte de otros favorece los sentimientos de fuerza, reduciendo el miedo y la ansiedad.
--	---	--

Evaluación: Se logra una estrecha relación con el paciente logrando pueda expresar más sus sentimiento de tristeza, ayudándola de esta manera a tener una actitud menos negativa. Se muestra cooperador con el resto del equipo multidisciplinario para la ayuda de su baja autoestima pero muestra mínima mejoría.

<p>Dominio 6: autopercepción Clase 3: imagen corporal Etiqueta: trastorno de la imagen corporal (00118)</p>		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Trastornos de la imagen corporal R/C enfermedad M/P expresa sentimientos negativos sobre su cuerpo.</p>		<p>Definición:</p> <p>Confusión en la imagen mental del yo físico.</p>
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p>	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p>	<p>FUNDAMENTACION:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adaptación de la discapacidad física.</i> • <i>Autoestima.</i> • <i>Imagen corporal.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda con los cuidados. • Mejora de la imagen corporal. <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea una parálisis social. ○ Determinar las percepciones del paciente y familiar sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. ○ Identificar la influencia de la cultura, religión, sexo y edad del paciente ante la imagen corporal. • Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> ○ ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causada del trastorno. ○ ayudar al paciente a reconocer los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza e identificar sus puntos fuertes, y reforzarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La incapacidad de autocuidado genera sentimientos de dependencia y un bajo auto concepto. • La discapacidad a menudo genera negación, ira, frustración y aislamiento. • La aceptación de otros favorece los sentimientos de fuerza, reduciendo el aislamiento. • La sociedad y cultura está asociado con el significado estético de una persona y propósito de la vida. • La pronto aceptación de su situación actual, y entender y comprender el tema, ayuda a continuar con la vida cotidiana sin sentimientos de culpa, enojo y depresión. • Identificando las cualidades personales se puede conseguir que la persona centre su atención en las características positivas
---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Permanecer con la paciente y proporcionar sentimiento de seguridad durante los periodos de más ansiedad. ○ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. ○ Abrazar o tocar a la paciente para proporcionar apoyo. ● Potenciación de la autoestima <ul style="list-style-type: none"> ○ animar al paciente a identificar sus virtudes, aceptar nuevos desafíos. ○ Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. ○ Abstenerse de realizar críticas negativas. ● Escucha activa 	<p>que contribuyan al concepto global de uno mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El apoyo emocional y moral proporciona seguridad, confianza y ánimo en momentos de tristeza. ● La interrelación paciente-enfermera es de suma importancia para ayudar a los pacientes a recuperar la esperanza, la autoestima y el sentimiento de pertenencia. ● El apoyo emocional y moral proporciona seguridad, confianza y ánimo en momentos de tristeza. ● El contacto visual proporciona seguridad. ● Las críticas negativas favorecen la depresión y aislamiento. ● El soporte de otros favorece los sentimientos de fuerza, reduciendo el miedo y la ansiedad.
--	--	---

Evaluación: se logra crea un vínculo de confianza con la Sra. Susana y de esta manera comparte conmigo esos sentimientos que la hacen sentirse incomoda consigo misma y hasta con su esposo, pero no muestra mucho interés por cambiar su estado de negación de su imagen física y mental.

<p>Dominio 11 : seguridad/protección Clase 1: infección Etiqueta: riesgo de infección (00004)</p>		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos (sonda vesical, acceso venoso periférico), ruptura de la piel.</p>		<p>Definición: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.</p>
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Conocimiento: control de la infección.</i> • <i>Detección del riesgo.</i> • <i>Estado inmune</i> 	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de infecciones. ○ Observar y comunicar signos de infección. ○ Valorar la temperatura en usuarios neutropenicos cada 6 hrs. ○ Valorar y analizar los estudios de laboratorio. ○ Valorar el color, humedad, textura y la turgencia de la piel. 	<p><u>FUNDAMENTACION:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los signos de infecciones suelen ser enrojecimiento, eritema, fiebre, inflamación • Los pacientes neutropenicos no presentan una respuesta inflamatoria adecuada; consecuente la fiebre suele ser el primer y a menudo el único signo de infección. • Los valores de laboratorio proporcionan una visión global de la función inmune. • La piel intacta es la primera línea de defensa con los microorganismos que entran al cuerpo.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener limpia, seca e hidratada la piel. ○ Lavarse las manos en los cinco momentos correctos por parte de enfermería. ○ Enseñar al familiar la técnica del lavado de manos. ○ Garantizar una manipulación aséptica de las heridas y cuidados de la piel. ○ Manejo higiénico en incontinencias urinarias o fecales ○ Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección. <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de catéter urinario. ○ mantener un sistema de drenaje urinario cerrado. ○ Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. ○ Limpiar la zona dérmica genital por 	<ul style="list-style-type: none"> ● El mantenimiento de la piel hidratada y flexible mejora el método para mantenerla intacta. La piel seca puede producir inflamación y posibles episodios de infección. ● La higiene de manos reduce la transmisión de organismos resistentes a los antimicrobianos y evitar infecciones nosocomiales. ● La utilización de técnicas asépticas ayuda a reducir la cantidad de microorganismos y a inhibir su crecimiento, especialmente si son patógenos. ● Prevenir la exposición a los elementos químicos de la orina y heces que pueden dañar y erosionar la piel. ● La pronta detección de infecciones reduce complicaciones y prolongación hospitalaria. ● El tracto genitourinario es el punto más común de las infecciones nosocomiales ● La utilización de técnicas asépticas ayuda a reducir la
--	---	---

	<p>turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Limpiar el catéter por fuera del meato. ○ Colocar al paciente y sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario. ○ Vaciar el dispositivo de drenaje urinario por turno. ○ Obtener muestras de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado con su respectiva asepsia. ○ Antes, durante y después de la inserción del sondaje vesical recolectar muestras de orina para verificar infecciones. <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidados del acceso venoso periférico. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usar la técnica aséptica para la inserción y cuidado del catéter. ○ Cambios de equipo cada 72hrs y cada 24hrs cambio de soluciones. ○ Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas I.V. 	<p>cantidad de microorganismos y a inhibir su crecimiento, especialmente si son patógenos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los pacientes corren mayor riesgo de infección cruzada durante el cambio y vaciado de la bolsa colectora ● La infección nosocomial se presenta en el momento del ingreso de un paciente y se desarrolla después de 48hs. del ingreso hospitalario; o bien cuando la infección ocurre tres días después del alta hospitalaria. ● Las infecciones en el torrente sanguíneo están asociados a catéteres venosos, principalmente centrales. ● La utilización de técnicas asépticas ayuda a reducir la cantidad de microorganismos y a inhibir su crecimiento, especialmente si son patógenos.
--	--	---

Evaluación: se mantiene en todo momento medidas de prevención de infecciones por parte del personal de salud y el familiar para su pronta recuperación y no complicación del paciente.

<p>Dominio 11 : seguridad/protección Clase 2: lesión física Etiqueta: riesgo de caída (00155)</p>		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Riesgo de caída R/C limitación de la movilidad, insomnio, hipoacusia.</p>		<p>Definición:</p> <p>Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daños físicos.</p>
<p>Resultados de enfermería (NOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Medidas preventivas y mecánica corporal.</i> ▪ <i>Prevención de caídas.</i> 	<p>Intervenciones de enfermería (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión del entorno: seguridad <ul style="list-style-type: none"> ○ control y manipulación del entorno físico para favorecer la seguridad. • Prevención de caídas <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar los factores que afecten a las necesidades de seguridad. ○ Bloquear las ruedas de las camas u otros dispositivos en la transferencia del 	<p><u>FUNDAMENTACION:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La prevención deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos. • Un entorno extraño, problemas de comunicación, movilidad y fatiga pueden aumentar la vulnerabilidad de caída.

	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. ○ Colocar la cama mecánica en la posición más baja. ○ Ayuda en el aseo diario. ○ Instruir al familiar sobre mecánica corporal, seguridad del paciente y una vigilancia continua. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los barandales en alto durante su descanso, disminuyen el riesgo de caída en camilla. ● Entre más baja este la cama menor será el riesgo de lesión en caso de caída. ● La asistencia y/o vigilancia de los procedimientos o actividades que requieran movilización, evitara caídas. ● Enseñar al familiar y paciente medidas preventivas y mecánica corporal ayuda a evitar caídas y lesiones en el paciente-familiar.
--	---	---

Evaluación: El esposo de la paciente demuestra cooperación y aprender medidas preventivas y mecánica corporal; la paciente al tener un mejor manejo del dolor con analgesia, se muestra más tranquila y cooperadora al momento de realizar procedimientos que producen riesgo de caída al movilizarla.

VIII. CONCLUSIONES

El objetivo en todo momento fue concientizar sobre la importancia del impacto bio-psico-social y espiritual en el paciente ante la palabra “fase terminal” y como nuestro cuidado como profesional de enfermería influye en esos factores para su estado físico y emocional; planear y ejecutar intervenciones que le ayudaran a tener independencia de acuerdo a sus necesidades alteradas y disminuir complicaciones que pudieran alterar o empeorar sus necesidades vitales.

La Sra. Susana fue una paciente que mostro en todo momento cierta cooperación para la realización de las intervenciones no solo de enfermería, sino de todo el equipo de salud, pero lamentablemente su enfermedad fue diagnosticada en un estadio ya avanzado, por lo cual, ya se encontraba en condiciones físicas y emocionales que no permitían un tratamiento curativo, sino solo paliativo.

El dolor crónico y la depresión que padecía la Sra. Susana, como la mayor parte de los pacientes oncológicos, desencadenó prácticamente la mayoría de sus alteraciones. Requiriendo de mayor atención por parte de enfermería que somos las que tenemos contacto directo y que además esa interrelación: enfermera-paciente-familiar que se crea durante la hospitalización favorece la comunicación y confianza, facilitando que puedan expresar esos sentimientos que difícilmente suelen ser demostrados ante la palabra “fase terminal”.

Definitivamente la calidad con que se brinden los cuidados, determinara la calidad de vida de los pacientes, así como la forma oportuna en la aplicación de las intervenciones del profesional de enfermería.

Es fundamental siempre tener presente nuestro objetivo como profesional de enfermería durante la salud-enfermedad; brindándoles en todo momento un cuidado integral con calidad, en donde no se deje de lado el pensamiento de que estamos tratando con un ser holístico, que tiene una dimensión espiritual acompañada de la necesidad de encontrar respuesta finales acerca del significado de la vida, la enfermedad y la muerte.

Para lo cual es necesario que el personal de salud reciba capacitación y actualización en los temas de tanatología y cuidados paliativos.

Así las intervenciones de enfermería deben valorar el significado de estos temas del paciente, planeando intervenciones que le ayuden a encontrar estas respuestas espirituales y no solo aliviar la parte física.

Este proceso atención de enfermería me dejó nuevas enseñanzas por parte de la paciente que logro enseñarme que la vida se tiene que vivir disfrutando del presente: y por parte de mi asesora académica, que me fomento nuevas técnicas de investigación y aplicación de diagnósticos e intervenciones de enfermería que me ayudaron y me ayudaran a seguir creciendo como profesional de enfermería.

IX. ANEXOS

a. Instrumento de valoración

Ficha de Identificación

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Religión: _____ Fecha de ingreso: _____

El interrogatorio fue: _____

Estructura Familiar

a) Estructura del rol

¿Se siente apoyado por sus familiares? Si: ___ No: ___ ¿Por qué? “-
_____”

¿Alguien de su familia ha adoptado su rol? Si ___X___ No ¿Por qué? -
“_____”

b) Sistema de valores

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

¿Cuáles? _____

c) Patrón de comunicación

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

¿Estas son respetadas? _____

Función familiar

a) Función afectiva

¿Cómo expresa usted sus emociones y sentimientos?
_____ ¿Con qué frecuencia lo hacen y lo considera suficiente? _____

¿Cómo le gustaría que su familia se lo expresara?

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

b) Socialización

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

Si ___ No ___

¿Comen juntos? Si ___ No ___ ¿Con que frecuencia? _____

¿Comparte la familia las tareas del hogar?

¿Algún miembro externo a la familia, interviene en el cuidado de sus hijos o el de su hogar? No ___

c) Función económica (provisión de las necesidades físicas)

¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares? _____

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

d) Características ambientales (entorno físico y social)

¿La vivienda donde convive con la familia es propia? _____

¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios? _____

¿Tienen cocina y baños independientes? _____

¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación en su hogar? ___ Especifique: _____.

¿En su vecindario cuenta con seguridad pública y suficientes medios de transporte? ___

¿En su vecindario existen factores nocivos para la salud? _____

¿Algún miembro de la familia pertenece a grupos o asociaciones civiles? ___
¿Cuáles? _____

Ocupación laboral: _____

Intereses o pasatiempo: _____

Características familiares: _____

Características en su entorno: _____

1. Necesidad de oxigenación

¿Padece algún problema relacionado con la respiración?

¿Cuál? _____

¿Usted fuma? _____

¿Considera que el lugar donde vive estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? _____ ¿en qué forma?

Exploración física pulmonar:

2. Necesidad de nutrición e Hidratación

¿Qué alimentos consume regularmente?

¿Cuántas veces se alimenta al día? _____ ¿Qué alimentos prefiere?

¿Qué alimentos le desagradan? _____

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? _____ ¿Cuáles?

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos?

¿Cuáles?

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? _____

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos?

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma en cómo se alimenta? ____ ¿de qué manera? _____

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos?

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación?

Exploración física:

3. Necesidad de eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? ____ ¿Qué características tiene sus heces?

¿Cuántas veces micciona al día? ____ ¿Qué características tiene su orina?

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación?

¿Padece algún problema relacionado con la evacuación o la micción?

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación, intestinal y urinaria? _____

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal o urinaria?

Exploración física:

4. Necesidad de movilidad y postura

¿Cómo es su actividad física cotidiana?

¿Realiza ejercicio? ____ ¿Qué tipo de ejercicio?

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? _____

¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? ____ ¿Cuál?

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? ____ ¿de qué tipo?

5. Necesidad de descanso y sueño

¿Cuánto tiempo destina para descansar? ____ ¿Usted descansa durante el día?

¿Cuántas horas duerme habitualmente? _____

¿Qué hace para conciliar el sueño?

¿Presenta algunas alteraciones del sueño

¿Se despierta fácilmente? _____

¿Se levanta durante la noche? ____ ¿Por qué?

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? ____ ¿en qué medida?

¿Elige su vestuario en forma independiente?

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir?

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir?

7. Necesidad de termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? _____

¿Presenta alteraciones de la temperatura? _____ ¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal?

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? _____

¿El cambio de ropa es? _____ ¿A qué hora del día prefiere bañarse?

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? _____

¿Utiliza prótesis dental? _____

¿En qué casos se lava sus manos? _____

¿Con que frecuencia realiza el corte de uñas? ____ ¿Cómo lo hace?

¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? _____ ¿desde cuándo? _____

¿Por qué motivo?

9. Necesidad de evitar peligros

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo?

¿Con que frecuencia se realiza autoexploración física?

¿Tiene vida sexual activa? __ ¿Utiliza algún método de protección?

¿Ha padecido algún tipo de ETS? _____

¿Consumo o ha consumido drogas? _____

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos?

¿En su casa existe algún problema para que lo ponga en riesgo?

¿Conoce las medidas de protección en caso de incendio, temblores, etc?

10. Necesidad de comunicarse

¿Con quién vive? _____

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos, vecinos?

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? _____

11. Necesidad de creencias y valores.

¿Tiene alguna creencia religiosa? _____

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad?

¿Qué es importante para usted en la vida?

¿Qué significa para usted la vida y la muerte?

¿Sus creencias religiosas pudieran intervenir en su salud?

¿Entorno provisto de imágenes religiosas?

12. Necesidad de trabajo y realización.

¿Cuál es su rol familiar? _____ ¿Está satisfecho con el rol que desempeña?

¿Por qué? _____

¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría?

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas?

¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar?

¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone?

¿De qué manera influye la sociedad-cultura en su aspecto físico?

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? ____

¿Por qué? _____

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas?

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar para divertirse?

14. Necesidad de aprendizaje

¿Padece algún problema que interfiera en su aprendizaje? ____ ¿De qué tipo?

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos?

¿Ha recibido información acerca de su estado de salud?

¿Sabe sobre su enfermedad?

¿Sabe sobre su tratamiento y sus cuidados?

¿Con que fuentes de apoyo cuenta para el aprendizaje en su comunidad?

b. Historia clínica

Ficha de identificación

NOMBRE: Susana. EDAD: 56 años

SEXO: Femenino

OCUPACIÓN: ama de casa. ESCOLARIDAD: secundaria

RELIGIÓN: católica EDO. CIVIL: casada

NACIONALIDAD: mexicana

FUENTE DE INFORMACIÓN: EXPEDIENTE MEDICO

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Niega ingesta de alcohol, tabaquismo y drogas.

No tatuajes.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Cirugías: negadas.

Transfusiones: negadas.

Alergias: PENICILINA (no específica tipo de reacción)

Traumatismos: en humero derecho asociada a padecimiento actual.

Enfermedades crónicas degenerativas negadas. (No DM no HAS)

*En diciembre curso con cuadro depresivo tratado por médico general con antidepresivos no especificados, suspendidos en febrero.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Madre fallecida por cáncer pulmonar a la edad de 68 años, era portadora además de DM2.

Padre vivo aparentemente sano.

9 hermanos, vivos aparentemente sanos.

2 hijos, vivos aparentemente sanos.

ANTECEDENTES

Edad de menarca: 12 años

Gestas: 2

No. parejas sexuales: 01

Para: 2

GINECOBSTÉTRICOS:

Fecha de ultima menstruación: 08/04/2010

Cesareas: 0

Abortos: 0

c. Indicaciones médicas:

- Solución cristaloides de 1000ml p/8hrs; Dieta Blanda;
- Con infusión de 300mg de Tradol para 24hrs en 100ml de solución Fisiológica, pero es inefectivo para el grado de dolor por lo que cambian a 800 mcg Buprenorfina para 24hrs.
- Rescates de Buprenorfina 150mcg, IV, intervalos mínimos de 1 hora, Máximo 5 al día.
- 20mg de furosemida c/8hrs.
- Anara 10gotas c/12horas.
- Lactulax 10ml c/24 horas. Por las noches.
- paracetamol 1gr IV en caso de fiebre (>38)

d. Escala de valoración de úlceras por presión

La UPP es una lesión localizada de la piel y/o el tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación, de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento.

Esta definición fue realizada en Febrero de 2007, por el *Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión (NPUAP)*, en los Estados Unidos de Norteamérica. ⁽¹⁸⁾

La presión elevada y sostenida, ejercida sobre una prominencia ósea, por una superficie externa dura, culmina en la necrosis de todas las capas de tejidos, atrapados entre ambos planos, debido a la oclusión de los vasos sanguíneos. Dicha presión, reduce el flujo sanguíneo capilar de la piel y los tejidos subyacentes, produciendo isquemia, muerte celular, necrosis y la rotura tisular, característica de las úlceras por presión.⁽¹⁸⁾

Las úlceras por presión constituyen un tipo especial de lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas.

Según su extensión se clasifican en:⁽¹⁸⁾

- Estadio 1:** eritema de la piel no blanqueable intacta.
- Estadio 2:** pérdida cutánea limitada a la epidermis o dermis.
- Estadio 3:** necrosis cutánea con compromiso del tejido subcutáneo; puede comprometerla aponeurosis sin atravesarla.
- Estadio 4:** compromiso muscular u óseo.

e. Escalas de valoración del dolor.

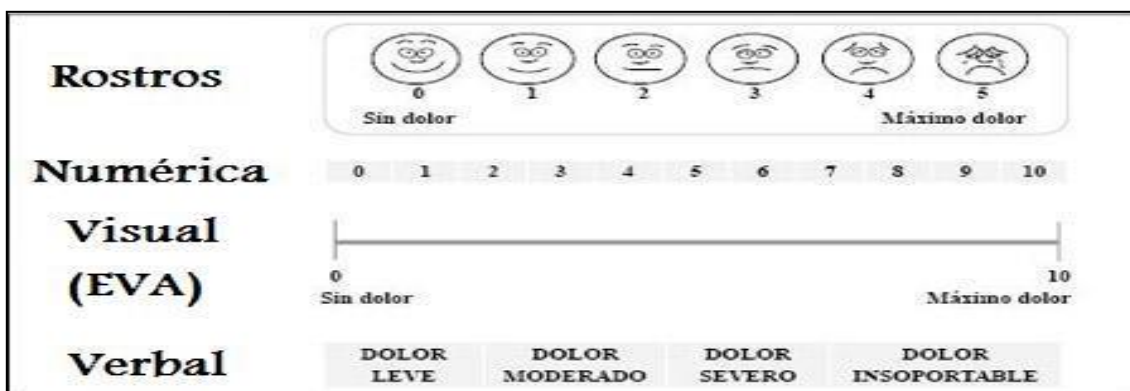
Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al

tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

a. EVA (Escala analógica visual)

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.



El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con EVA ≥ 7 se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos.

f. Escalera analgésica de la OMS

El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso de analgésicos y co-analgésicos según la escala analgésica de la O.M.S. Con dicha escala se puede obtener un buen control del dolor en cerca del 80% de los casos. ⁽¹⁹⁾

Existen unas normas de uso de la escala analgésica:⁽¹⁹⁾

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor. Generalmente se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica ó la escala visual analógica (EVA).
2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. En primer lugar se prescriben los analgésicos del primer escalón. Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante si es necesario.
3. Si hay fallo en un escalón el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el escalón 3).
4. Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.

ESCALA ANALGÉSICA DE LA O.M.S

<i>Escalón I</i>	<i>Escalón II</i>	<i>Escalón III</i>	<i>Escalón IV</i>
Analgésicos no opioides	Opioides débiles	Opioides potentes	Métodos invasivos
±	±	±	±
Coanalgésicos	Coanalgésicos	Coanalgésicos	Coanalgésicos
	±	±	
	<i>Escalón I</i>	<i>Escalón I</i>	
Paracetamol	Codeína	Morfina	
AINE	Tramadol	Oxicodona	
Metamizol		Fentanilo	
		Metadona	
		Buprenorfina	

g. Buprenorfina:

Dosis y vía de administración

Puede ser administrada vía intravenosa o intramuscular. Las dosis deberán ajustarse a la severidad del dolor y a la sensibilidad de cada paciente. La dosis recomendada para adultos es de 300 μm (0.30 mg) cada 6 horas. Si se requiere se puede administrar una dosis adicional de 300 μm a los 30 minutos después de la dosis de inicio. Se puede administrar vía sublingual (0,2 -0,4 mg / 6 horas), aunque es está limitado su uso por el importante número de efectos secundarios. Se presenta en parches de 35, 52,5 y 70 $\mu\text{g/h}$ que liberan durante 72 h cantidades de 20, 30 y 40 mg de buprenorfina respectivamente. ⁽²⁰⁾

Indicaciones terapéuticas:

Analgésico narcótico (agonista-antagonista).

Control del dolor de moderado a severo que se presenta en el periodo posquirúrgico en el dolor secundario a cáncer avanzado y en pacientes con infarto agudo de miocardio.

Además, es útil como adyuvante anestésico para proporcionar analgesia en procedimientos anestésicos generales o locales. ⁽²⁰⁾

Farmacocinética y farmacodinamia:

La buprenorfina es un analgésico opioide agonista-antagonista con actividad agonista parcial. Es un opioide semisintético, altamente lipófilo derivado de la tebaína.

La buprenorfina produce analgesia y otros efectos en el sistema nervioso central (SNC) que son cualitativamente semejantes a los de la morfina.

El mecanismo exacto de acción no se conoce por completo, pero al parecer la buprenorfina actúa como un agonista μ parcial inhibiendo selectivamente la liberación de neurotransmisores de las terminaciones nerviosas aferentes que conducen estímulos dolorosos alterando tanto la percepción del dolor como la respuesta emocional al dolor.

La buprenorfina ejerce, principalmente, actividad agonista parcial sobre los receptores μ y en menor medida sobre los receptores κ y actividad antagonista desplazando los sitios de unión de los receptores de opioides inhibiendo competitivamente sus acciones.

La buprenorfina se disocia muy lentamente de los receptores μ .

Los receptores μ se encuentran ampliamente distribuidos a lo largo del SNC, principalmente en el sistema límbico, tálamo, hipocampo y cerebro medio, así como en las láminas I, II, IV y V del asta dorsal en la médula espinal.

Los receptores κ se localizan predominantemente en la médula y en la corteza cerebral. Una dosis de 0.3 mg de buprenorfina es equianalgésica a 10 mg de morfina cuando se administra vía intramuscular.

La buprenorfina se absorbe relativamente bien por todas las vías de administración.

Por vía intramuscular, la absorción es rápida, en 5 a 10 minutos, y alcanza concentraciones plasmáticas 10 minutos después de su administración intravenosa.

La vida media de la buprenorfina es trifásica. Una distribución rápida de 2 minutos, una redistribución de 18 minutos y una eliminación de 2 a 3 horas en promedio.

Aproximadamente 96% de la buprenorfina se encuentra unida a proteínas plasmáticas principalmente a globulinas. La unión a albúmina no es significativa.

La biotransformación es principalmente hepática experimentando una amplia circulación entero hepática y se metaboliza por N-desalquilación y conjugación a norbuprenorfina.

La duración de su acción analgésica por vía intramuscular o intravenosa es de 6 horas en la mayoría de los pacientes, aunque en otros puede ser mayor de 10 horas.

La eliminación se hace principalmente por las heces como buprenorfina sin cambios en 70% y el resto se excreta en la orina como metabolitos desalquilados y como buprenorfina conjugada.

Se han identificado en la orina pequeñas cantidades de buprenorfina sin cambios.⁽²⁰⁾

Contraindicaciones:

En pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al principio activo.

Asimismo, debe evitarse en hipertensión intracraneal, depresión del SNC, daño hepático o renal severo, intoxicación alcohólica y en pacientes con hipertrofia prostática.⁽²⁰⁾

Reacciones secundaria y adversa:

Las reacciones adversas más comúnmente observadas son mareos, sedación, náuseas y vómito, diarrea o estreñimiento. Otros efectos adversos incluyen: confusión mental, somnolencia, letargia, disminución de las habilidades físicas y mentales, ansiedad, delirio, cambios del estado emocional, espasmo uretral y del esfínter vesical, retención urinaria, prurito, erupción cutánea y depresión respiratoria.⁽²⁰⁾

X. GLOSARIO

1. **Analgésicos adyuvantes:** medicamentos que tienen como indicación principal otra diferente del dolor, pero que son analgésicos en algunas afecciones dolorosas. Se excluyen los medicamentos administrados principalmente para tratar los efectos adversos de los analgésicos, como los laxantes o los antieméticos.
2. **Analgésicos:** medicamentos que alivian o reducen el dolor.
3. **Cáncer:** un gran número de enfermedades caracterizadas por un crecimiento celular anormal y por la capacidad de hacer metástasis.
4. **Cizallamiento:** es una fuerza paralela en la que una capa de tejido se mueve en una dirección opuesta.
5. **Comorbilidad:** La presencia de uno o más trastornos o enfermedades, además de la enfermedad o trastorno primario.
6. **Cultura:** Conjunto de conocimientos, ideas, tradiciones y costumbres que caracterizan a un pueblo, a una clase social, a una época, etc.
7. **Discrasia:** Alteración profunda del organismo que aparece en la fase final de algunas enfermedades y que se caracteriza por desnutrición, deterioro orgánico y gran debilitamiento físico.
8. **Displasia:** una alteración en el tamaño, la forma y la organización de las células.
9. **Disproteïnemia:** Alteración de la proporción de proteínas en sangre. Si se produce un exceso de proteínas, se habla de hiperproteïnemia, si se produce un defecto de las mismas, se habla de hipoproteïnemia, y si en cambio se observa la presencia de fracciones anormales, se habla de paraproteïnemia.
10. **Dolor idiopático:** aquél cuyos mecanismos fisiopatológicos no están identificados.
11. **Dolor neuropático:** el causado por daño estructural o disfunción neuronal del sistema nervioso central o periférico; persiste aunque el estímulo haya desaparecido.
12. **Equimosis:** pequeña hemorragia en la membrana mucosa o la piel.

- 13. Espiritualidad:** Conjunto de los principios o actitudes que configuran la vida espiritual de una persona o de un colectivo.
- 14. Estertores:** son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones. Se escuchan cuando una persona inhala.
- 15. Estrés:** la respuesta o el cambio que sufre el cuerpo causados por cualquier factor emocional, físico, social y económico.
- 16. Hipercalcemia:** valor de calcio sérico superior a 10,5 mg/dL.
- 17. Holismo:** (del griego ὅλος [hólos]: "todo", "por entero", "totalidad") es una posición metodológica y epistemológica que postula cómo los sistemas (ya sean físicos, biológicos, sociales, económicos, mentales, lingüísticos, etc.) y sus propiedades, deben ser analizados en su conjunto y no solo a través de las partes que los componen.
- 18. Lesión lítica:** es una zona dañada de un hueso. Se llama lesión lítica debido a que está causada por un proceso llamado osteólisis. En este proceso existe una activa resorción o disolución del tejido del hueso como parte de una enfermedad en curso.
- 19. Neoplasia:** crecimiento anormal de tejido que no tiene función alguna y sigue creciendo sin control una vez que ha desaparecido el estímulo.
- 20. Neutropenia:** es la disminución aguda o crónica de granulocitos de la sangre.
- 21. Osteoclastogénesis:** En el proceso de inducción y de maduración de los osteoclastos.
- 22. Paraproteína:** es una inmunoglobulina o inmunoglobulinas de cadena ligera que es producida en exceso por la proliferación clonal de células plasmáticas.
- 23. Peristalsis:** contracciones musculares involuntarias en el sistema digestivo que mueven el alimento del esófago hacia el canal alimentario.
- 24. Plasmacitoma maligno; Mieloma de célula de plasma; Discrasia de células plasmáticas:** Tumor maligno, que habitualmente muestra compromiso óseo difuso o múltiple, y que se caracteriza por la presencia de células redondas del tipo de las células plasmáticas pero con diversos grados de inmadurez, incluyendo formas atípicas

- 25. Plasmacitoma:** Tumor maligno de células plasmáticas que habitualmente surgen en la médula ósea.
- 26. Selección clonal:** Esta teoría postula que cada antígeno estimulará a aquel linfocito o grupo de linfocitos que poseen en su membrana receptores capaces de reconocer y unirse específicamente a él y que como consecuencia se producía su proliferación y diferenciación en células con las mismas características de reconocimiento que los linfocitos originales.
- 27. Trombocitopenia:** Es cualquier situación de disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales, es decir, con un recuento plaquetario inferior a $100.000/\text{mm}^3$. En términos generales, los valores normales se ubican entre $150.000/\text{mm}^3$ y $450.000/\text{mm}^3$ plaquetas por milímetro cúbico.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Mohar Betancort A, Tirado L. Morbilidad y Mortalidad por Cáncer en Países en vías de desarrollo. In: Dr. Plancarte Sánchez R, editor. *Clínicas Oncológicas de Iberoamérica: Manejo del dolor y Cuidados Paliativos en el paciente con Cáncer*. México: Intersistemas; 2006. p. 1-14.
2. Beare P, Myers J. Manejo de Enfermería en adulto con trastornos hematológicos. In: Beare P, Myers J, editors. *Enfermería principios y prácticas*. Madrid: Panamericana; 1996. p. 821-5.
3. Bruces A, Chabner T, Lynch D. *Harrison: Manual de Oncología: Mc Graw Hill*; 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en el Cáncer. In: Organización Mundial de la Salud, editor. *Alivio del dolor en el Cáncer: con una guía sobre la disponibilidad de Opioides*. 2° ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999. p. 11-136.
5. Santana H, Plancarte R. Ética y Cuidados Paliativos en la práctica médica. In: Dr. Plancarte Sánchez R, editor. *Clínicas Oncológicas de Iberoamérica: Manejo del dolor y Cuidados Paliativos en el paciente con Cáncer*. México: Intersistemas; 2006. p. 15-22.
6. Gomez M, Garcia E. Dilemas éticos al final de la vida: obstinación terapéutica: Avances en cuidados paliativos. España: Gafos; 2003.
7. Wertman D, Lauer T, Marriner A, Neal S, Williams S. Virginia Henderson. In: Marriner A, Raile M, editors. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 4° ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. p. 99-108.
8. Murray A. *Proceso de atención de enfermería*. 5° ed: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
9. Heather H. *NANDA Interaccional, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2012-2014: Elsevier Science*; 2012.
10. Fernández R. *Interrelaciones NANDA-NIC de los diagnósticos prevalentes en atención especializada*. España: Asturgraf S.L.; 2010.
11. Fernández C. *El Proceso de Atención de Enfermería: Estudio de casos*. Barcelona: Masson Salvat; 1993.
12. Janes C. Mieloma Múltiple. In: Otto S, editor. *Enfermería Oncológica*. España: Harcourt OCEANO; 2002. p. 372-7.
13. Kopf A, Patel N. *Guía para el dolor en condiciones de bajos recursos*. México: Asociación Internacional para el Estudio de Dolor; 2010.
14. Hernández J, Tenopala S, Torres J. Evaluación y medición del dolor y síntomas en pacientes oncológico. In: dr. Plancarte Sánchez R, editor. *Clínicas Oncológicas de Iberoamérica: Manejo del dolor y Cuidados Paliativos en el paciente con Cáncer*. México: Intersistemas; 2006. p. 33-48.
15. Lara A, Gaspar S, Hernández A, Domínguez S. El paciente en fase terminal. In: Dr. Plancarte Sánchez R, editor. *Clínicas Oncológicas de Iberoamérica: Manejo del dolor y Cuidados Paliativos en el paciente con Cáncer*. México: Intersistemas; 2006. p. 235-53.
16. Montejo G, Copca A, González R. *Principios Básicos en Cuidados Paliativos*. In: Dr. Plancarte Sánchez R, editor. *Clínicas Oncológicas de*

Iberoamérica: Manejo del dolor y Cuidados Paliativos en el paciente con Cáncer. México: Intersistemas; 2006. p. 23-32.

17. Godoy M. Control del Cáncer. In: Godoy M, editor. *Ciencia y tecnología: La calidad de vida en pacientes oncológicos.* Almería: Universidad de Almería; 2000. p. 17-55.

18. Bancroft I. Abordaje multidisciplinario en el tratamiento de las heridas. *El abordaje multidisciplinario permite la recuperación física y emocional del paciente.* Nursing. 2006;24(3):33-5.

19. Pueblas D. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología.* 2005;28(3):139-43.

20. Plancarte R, Gutiérrez H. Buprenorfina Transdérmica en pacientes con dolor oncológico. *Cancerología.* 2006;1:253-71.

21. Bulechek G. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* España: Elsevier Mosby; 2012.

22. Castro J, Ruiz P, Pérez T, Yolba O. *Interconsulta de Enfermería en Oncología.* Barcelona: Ars Medica,; 2008.

23. Johnson M, Bulechek G. *Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.* 2° ed. España: Elsevier Mosby; 2007.

24. Rifa R, Olive C. *Lenguaje NIC: para el aprendizaje teórico practico en enfermería.* 4° ed. España: Elsevier Mosby; 2009.

25. Bulechek G. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC).* España: Elsevier Mosby; 2012.
