



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO
JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS,
RELACIONADO CON SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO A VIH,
UTILIZANDO EL ENFOQUE TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

PÉREZ CHÁVEZ MARÍA BETZABÉ

No. DE CUENTA 308253333

ASESOR ACADÉMICO

LIC. ENF.: ALEXIS SANTILLÁN RESÉNDIZ

MÉXICO 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.

*A mis padres, que han sido y serán siempre
mi principal motivación para alcanzar cualquier meta.*

Ningún sacrificio ha pasado desapercibido.

A mis hermanos, compañeros de vida.

*A mis profesores, José Rivas y Alexis Santillán,
que creyeron en mí cuando yo dudé.*

AGRADECIMIENTOS

No habría podido alcanzar esta meta de no haber contado con el apoyo incondicional de mis padres. Ellos me brindaron los recursos para llegar hasta este punto, dictando también las exigencias que me permitieron desarrollar la ambición y determinación necesarias para poder concluir una preparación profesional.

Gracias por haberme educado de tal manera que nunca imaginé un futuro en el que no tendría una educación universitaria. Hoy por fin vivo ese futuro y establezco nuevas metas que me permitirán crecer profesionalmente y como persona, pero siempre con las bases que ustedes me proporcionaron.

A los amigos y familiares que me impulsaron a seguir adelante y que me apoyaron durante los tiempos difíciles. Gracias por estar ahí para mí cuando los necesité.

Agradezco a los profesores que participaron en mi formación profesional, en especial a Alexis Santillán y José Rivas por motivarme a permanecer en este camino y demostrarme que los mejores profesionistas son los que buscan seguir aprendiendo día con día. Es mi objetivo el ejercer esta profesión de acuerdo a los valores que ustedes me enseñaron.

Por último agradezco a mi institución, la Universidad Nacional Autónoma de México, por haber sido mi más grande motivo de orgullo desde hace ocho años y por haberme brindado los elementos necesarios para tener un pensamiento crítico e independiente. Gracias por las experiencias vividas y los conocimientos adquiridos.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	7
2.1 General	7
2.2 Específico	7
3. METODOLOGÍA	8
I. MARCO TEÓRICO	9
1.1 Antecedentes y orígenes de la práctica del cuidado	9
1.2 El modelo de Virginia Henderson	15
1.3 Proceso de Atención de Enfermería	31
1.3.1 Valoración	33
1.3.2 Diagnóstico	37
1.3.3 Planeación	40
1.3.4 Ejecución	47
1.3.5 Evaluación	48
II. PRESENTACIÓN DEL PACIENTE	49
III. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES	51
IV. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES	59
V. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	60
VI. PLAN DE CUIDADOS	61
VII. PLAN DE ALTA	87
CONCLUSIONES	90
ANEXOS	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
Bibliográficas	98
Electrónicas	101

1. INTRODUCCIÓN

En México son muy pocos los estudios realizados en pacientes con esta neoplasia, pero se estima que el 0.6 al 5.3% de las lesiones orales presentadas en pacientes con VIH son causadas por Sarcoma de Kaposi. El Sarcoma de Kaposi es un tumor de origen vascular asociado con infección por herpesvirus 8 (HHV-8) y es la patología que se presenta con más frecuencia en pacientes con VIH no tratados.¹

Antes de la diseminación epidemiológica del VIH, el Sarcoma de Kaposi era diagnosticado en dos personas por millón. Para la década de los 90, esa tasa había aumentado a aproximadamente 47 casos por millón, de los cuales la mayoría eran asociados a VIH. Este número ha disminuido significativamente en años recientes gracias a la efectividad del tratamiento contra VIH/SIDA.

El presente trabajo se plantean los objetivos generales y específicos que se pretendieron alcanzar al implementar el Proceso de Atención de Enfermería a la persona. Estos objetivos fueron estructurados de tal forma que fueran realistas y de relevancia para la situación específica del paciente. Posteriormente se aborda la metodología con la que se realizó el trabajo, describiendo el lugar donde se llevó a cabo el proceso, así como el intervalo de tiempo en el que se ejecutaron las diferentes etapas y las características generales bajo las que se implementaron los cuidados.

¹ Cancian L, Hansen A, Boshoff C. Cellular origin of Kaposi's sarcoma and Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus-induced cell reprogramming. *Trends in Cell Biology* [En línea] 2013;23(9):421-432. Disponible en: doi:10.1016/j.tcb.2013.04.001 [Accesado el 11 de Marzo, 2015]

En el primer capítulo de este trabajo se establece el marco teórico para la implementación del cuidado, donde se abordan primeramente los antecedentes de la práctica del mismo y el establecimiento de la práctica de enfermería como una profesión. Posteriormente se realiza un breve repaso de la teoría de Virginia Henderson, describiendo las características de la misma, lo cual incluye las diferentes funciones de enfermería, las necesidades básicas de la persona, los niveles y manifestaciones de dependencia, así como los elementos que conforman el cuidado. Así mismo, se describe el metaparadigma y los conceptos base de la práctica de enfermería.

Para la última parte del marco teórico, se describen los aspectos generales del Proceso de Atención de Enfermería, así como sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) y las características y método de aplicación de cada una de ellas.

En el segundo capítulo se lleva a cabo la presentación del paciente, iniciando con una ficha básica de identificación que contiene datos como nombre, edad, nivel socioeconómico, religión y nivel académico de la persona, entre otros. A continuación se establece la historia clínica de la persona, misma que incluye los antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, antecedentes heredo-familiares y padecimiento actual.

En el capítulo III se estructura la valoración de enfermería según las 14 necesidades postuladas por Virginia Henderson. Esta valoración incluye aspectos biológicos (exploración física, estudios de laboratorio, fármacos prescritos), sociales, espirituales y psicológicos, mismos que aportan datos relevantes para la

jerarquización de necesidades alteradas y posteriormente para el establecimiento de diagnósticos de enfermería, que constituyen por sí mismos el cuarto y quinto capítulos de este trabajo.

Posteriormente se estructura el plan de cuidado correspondiente a cada uno de los diagnósticos antes establecidos. Estos planes incluyen la fuente de dificultad detectada, la función que se debió desempeñar (sustitución, cuidado o acompañamiento), el nivel de dependencia de la persona en esa alteración específica, los cuidados implementados con fundamentación científica y por último la ejecución del cuidado y los resultados obtenidos tras la implementación del mismo en la etapa de evaluación.

En el séptimo capítulo se describen las acciones que se llevaron a cabo como parte del plan de alta aplicado a la persona, el cual se realizó utilizando la nomenclatura C.U.I.D.A.R.M.E. (comunicación, urgencia, información, dieta, ambiente, recreación, medicamentos y espiritualidad), ya que esta aborda los aspectos esenciales para que la persona pueda practicar el autocuidado.

Este Proceso de Atención de Enfermería se realizó con la finalidad de establecer las intervenciones apropiadas para un paciente con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH en etapa avanzada, ya que las personas que presentan esta patología requieren cuidados específicos tomando en cuenta las características de ambas enfermedades, así como de los tratamientos involucrados y la sintomatología expresada como resultado de los mismos para realizar que le permitan integrarse a sus actividades de la vida diaria.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta de intervención en un paciente con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH en etapa avanzada y brindar cuidados orientados a recuperar el aspecto emocional, espiritual y social del individuo, para así lograr un cuidado verdaderamente holístico que se ocupe de la persona como un ser integral y único con características y necesidades individuales, permitiéndole mejorar su calidad de vida e integrarse a sus actividades cotidianas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las necesidades alteradas en Miguel por medio de la aplicación de una valoración sistematizada.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la valoración.
- Jerarquizar los diagnósticos identificados según las necesidades alteradas
- Proporcionar cuidados de enfermería con fundamentación científica que permitan mejorar la calidad de vida.
- Implementar acciones preventivas que reduzcan el riesgo de que se presenten las complicaciones asociadas al tratamiento.
- Valorar continuamente el estado de salud y modificar los cuidados según las necesidades alteradas.
- Integrar a Miguel a su actividad cotidiana de acuerdo a su situación actual de salud.

3. METODOLOGÍA

El presente proceso de atención de enfermería se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología, en el servicio de hematología, cama 127, en el turno vespertino, durante los meses de noviembre-diciembre del año 2014, a un adulto joven con diagnóstico oncológico de Sarcoma de Kaposi asociado a VIH.

La etapa de valoración se llevó a cabo durante el mes de noviembre del año 2014 y esta se realizó mediante la aplicación de un instrumento proporcionado por el personal de la jefatura de enseñanza en enfermería y paramédicos, mismo que está encaminado a valorar las catorce necesidades básicas postuladas por Virginia Henderson. De la misma manera se llevó a cabo una exploración física, revisión de expediente clínico físico y electrónico mediante el sistema INCanet y se realizaron cinco entrevistas tanto a la persona como a dos de sus familiares.

Con la información obtenida durante la etapa de valoración se realizó la jerarquización de necesidades alteradas, identificación de diagnósticos enfermeros y establecimiento de objetivos generales y específicos a corto plazo. Las etapas de ejecución y evaluación se llevaron a cabo simultáneamente durante los meses de noviembre y diciembre del año 2014 debido al rápido deterioro del estado de salud de la persona

I. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES Y ORÍGENES DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO

La enfermería moderna se define como 'la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones' (American Nurses Association, 2003).

El cuidado como tal es una actividad que forma parte de la naturaleza humana y estos van orientados principalmente a asegurar la continuidad de la vida y a enfrentarse a la muerte².

Esta primera orientación, la de cuidar la vida, está presente en todos los seres vivos y en todas las especies. El objetivo primordial de esta orientación es la de asumir y mantener las funciones vitales que permitan la conservación de la especie: obtención de recursos alimenticios, protección ante el clima y refugio.

Así pues, asegurar la supervivencia ha sido siempre un hecho cotidiano que se manifiesta en el acto de cuidar de la mujer en el parto, cuidar del recién nacido, cuidar de los niños, cuidar de los vivos y cuidar durante el proceso de muerte.³ Esto nos da la primera definición básica del cuidado como tal, que es 'mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación' (Collière, 1993). La

²Collière MF. Promover la vida. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2009.

³Ibídem

segunda orientación del cuidado es la de enfrentarse a la muerte.⁴ Durante los primeros años de desarrollo de las civilizaciones se carecía de los conocimientos científicos que explican qué es la muerte y sus diferentes causas, por lo cual estas afecciones se atribuían a hechos espirituales y en cada cultura surgieron ritos específicos para la intervención en situaciones de enfermedad o muerte, designando individuos con características específicas para que realizaran estas actividades.

El rol de cuidador ha sido reconocido desde siempre como función social de la mujer, ya que todas las prácticas rituales desde la concepción hasta el nacimiento y las relacionadas con el desarrollo y la preservación de la vida giran en torno a ellas.⁵ Bajo este principio es como se da la división de responsabilidades y la definición del rol para el hombre y la mujer, donde el hombre era el encargado de proporcionar los recursos necesarios para la supervivencia y la mujer era quien les daba utilidad.

Los conocimientos empleados en el acto primitivo de cuidar y preservar la vida eran meramente empíricos. Las mujeres que curaban con plantas transmitían sus conocimientos a otras cuando éstas los necesitaban. Aquellas que tenían conocimientos relacionados con el embarazo y el parto eran visitadas por quienes no poseían tal habilidad. Sin tener acceso a libros ni a ningún tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas; han forjado su

⁴Ibídem

⁵Ibídem

saber por contacto de unas con otras, transmitiéndolo de generación en generación y de comunidad en comunidad.⁶

Conforme evolucionaron las civilizaciones, la función de cuidadora de la mujer se extendió a individuos fuera de su núcleo familiar, y esta actividad no era remunerada ni reconocida de ninguna forma, ya que se consideraba un acto de solidaridad entre miembros de la misma sociedad.⁷

El primer cambio de notoriedad en el concepto del cuidado llega con la institución del cristianismo, donde las mujeres que poseían y transmitían conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo y la aplicación de elementos naturales para la resolución de afecciones y paliación de síntomas eran reconocidas como practicantes de ritos paganos (y por lo tanto opuestos a la nueva religión), por lo que la Iglesia las denunciaba por perpetuar la idolatría y actuar en contra de los designios de Dios. Así pues, estas mujeres eran a menudo catalogadas como brujas y perseguidas por la sociedad.⁸

Durante este período se comienza a rechazar el aspecto sexual del ser humano, se reprimen las actividades relacionadas con la concepción y la Iglesia toma poder del conocimiento requerido para implementar los cuidados tradicionales al cuerpo encarnado, promoviendo únicamente aquellas actividades que se consideran 'buenas para el alma'.⁹

⁶Ibídem

⁷Saldaña A. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo. 2006;8(1-2):8-15.

⁸Ibídem

⁹Collière MF. Promover la vida. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2009.

En esta época inicia el movimiento de profesionalización de los cuidados, mismo que fue instaurado por la Iglesia. Aparece la profesión médica y se relega todo el saber adquirido por las curanderas y decreta que ninguna mujer podrá ejercer la profesión médica y si alguna llevara a cabo la aplicación de conocimientos paganos se le declararía de bruja y se le condenaría a muerte.¹⁰

Durante este período surgen también las mujeres consagradas, que se caracterizaban por ser vírgenes o viudas y tener como única función el cuidado a los pobres y enfermos. Sin embargo, las mujeres consagradas no utilizaban los conocimientos empíricos obtenidos por las mujeres catalogadas como brujas, sino que basaban el cuidado en la oración, la palabra y el consuelo.¹¹

Los cuidados brindados por las mujeres consagradas no tenían objetivos financieros, ya que se veían como servicio al prójimo según la palabra de Dios. Se consideraba que la actividad de cuidar de la mujer consagrada era resultado de su vocación y su compromiso con la Iglesia. Sin embargo, durante el Renacimiento fueron más evidentes las brechas sociales y esto sirvió para utilizar a las mujeres consagradas, que cuidaban sin compensación, como ejemplo para la sociedad cristiana. Las mujeres consagradas sirvieron como herramienta para que la Iglesia pudiera exigir un pago por parte de los ricos a cambio del cuidado gratuito a los pobres y enfermos, permitiendo así la fácil institución del diezmo.

A partir de la separación de la Iglesia y el Estado y los avances y descubrimientos que se presentan en la física y la química, se identifican

¹⁰Ibídem, pp. 37.

¹¹Saldaña A. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*. 2006;8(1-2):8-15.

herramientas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que a su vez sirven de impulso a la medicina, por lo que se obtiene todo un nuevo conjunto de conocimientos que como consecuencia disminuyen la identificación de los cuidados brindados por las mujeres consagradas y las características presentadas por las mismas pasan a formar parte del concepto de mujer de familia.¹²

Conforme crece el campo de las actividades médicas se identifica la necesidad de delegar actividades y es así como se toma a la mujer como auxiliar de médico, dependiendo directamente de él y realizando únicamente las actividades que éste determina. La enseñanza de estas mujeres es limitada y restrictiva, ya que se consideraba que el conocimiento sobre el cuerpo humano debía ser de dominio exclusivo del médico y las funciones de la mujer auxiliar se limitaban a aquellas que el médico no quería o no tenía tiempo de realizar.

No fue hasta la segunda guerra mundial que el cuidado comenzó a contar con el apoyo legislativo laboral para la remuneración del mismo y es aquí donde se empieza a pensar en la enfermería como un ejercicio profesional independiente del acto médico en muchas de sus labores.¹³

Este cambio se atribuye principalmente a la identificación de actividades realizadas por las enfermeras que los médicos no llevaban a cabo, tales como el acompañamiento, asegurar el confort y promover el bienestar. Estos cuidados son la base de la enfermería moderna y van encaminados a lograr el bienestar de la persona y no a eliminar la enfermedad. La vocación de la enfermera era el servir y

¹² Collière MF. Promover la vida. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2009.

¹³ Saldaña A. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*. 2006;8(1-2):8-15.

aunque el objetivo principal era servir al médico, se incluyen también todas las actividades de servicio al enfermo.

La práctica de enfermería estuvo al margen de la legislación laboral, ya que seguía vinculada a la concepción del servicio a los pobres y los socorridos, ya fuera en el hospital o en los medios más desfavorecidos. No fue hasta el reconocimiento del ejercicio liberal de la práctica profesional y la adquisición de conocimientos que previamente médicos que las enfermeras comenzaron a ponerle precio al cuidado y se lleva a cabo el establecimiento de un salario, primero en especie y después monetario.

El primer intento de sistematización de la noción del cuidado se ubica así en el siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale, "Notas sobre enfermería", donde se refiere a las técnicas para ofrecer confort, higiene y alimentación de los enfermos. Florence Nightingale fue la pionera en formar una escuela formal para el entrenamiento de enfermeras y donde el tiempo de formación era de un año. El objetivo era formar enfermeras que pudieran formar a otras y que estas tuvieran un nivel de conocimientos básico para poder brindar el cuidado. A pesar de esto, Florence consideraba que la función de enfermería era seguir las indicaciones de los médicos y no tomar decisiones independientes, lo cual estancó el desarrollo de la profesión durante casi un siglo.

1.2 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació el 30 de noviembre de 1897 en Missouri, Estados Unidos. En 1918 ingresó a la escuela militar de enfermería en Washington DC, se graduó en el año de 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define la función de enfermería como: “Ayudar al individuo sano y enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.” Este modelo conceptual da una visión clara de los cuidados de enfermería y está conformado por una serie de postulados, valores y conceptos que ofrecen una guía para la atención sistematizada e individualizada de la persona o la comunidad.

Henderson describió la práctica de enfermería como independiente de la práctica médica y reconoció que su interpretación del rol de enfermería es una síntesis de varias influencias. Las bases filosóficas del modelo son las siguientes:

- La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.
- Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.

➤ La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para recuperar la independencia:

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación
4. Movilidad y mantener una postura deseada
5. Descanso y sueño
6. Elegir vestimentas adecuadas, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro del rango normal mediante el ajuste de la vestimenta y la modificación del entorno
8. Higiene y protección de la piel
9. Evitar peligros en el entorno y evitar dañar a otros
10. Comunicar con otros y expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Mantener las creencias y los valores
12. Realización
13. Jugar o participar en varias formas de recreación
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva a un adecuado estado de salud y desarrollo, así como el uso de los servicios de salud disponibles¹⁴

¹⁴Raile M. *Nursing Theorists and Their Work*. Estados Unidos: Elsevier; 2014.

Oxigenación

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.¹⁵

Manifestaciones de independencia:

- Respiración libre por la nariz
- Ritmo respiratorio regular
- Frecuencia respiratoria
- Amplitud respiratoria
- Ruidos respiratorios: respiración silenciosa
- Respiración costal/diafragmática según sea lo ideal
- Coloración rosada de la piel, mucosas y faneras
- Reflejo de tos
- Mucosidades en pequeña cantidad

Nutrición e hidratación

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.¹⁶

¹⁵ Leal C, Carrasco J. Fundamentos de Enfermería: Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. España:DM; 2010.

¹⁶ Ibídem

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales.

La alimentación, por su parte, comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación en ingestión de los alimentos, mismos que se ven influenciados por el medio sociocultural y económico.

- Condición de la boca
- Masticación lenta, boca cerrada
- Reflejo de deglución
- Digestión lenta sin malestar
- Hábitos alimentarios
- Duración de las comidas
- Hidratación
- Particularidades según los grupos de edad
- Elección personal de alimentos preferidos o degustación alimentaria
- Significado personal de la comida.

Eliminación

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de evacuar las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan de procesos fisiológicos del organismo. La eliminación de desechos del organismo se produce principalmente a través del aparato urinario y del gastrointestinal.

La eliminación se lleva a cabo también a través de los pulmones y por la piel en forma de sudor. Dentro de esta necesidad se incluyen las formas de eliminación artificial como pueden ser ostomías, drenajes torácicos, abdominales o el manchado del apósito de cualquier herida quirúrgica.

Manifestaciones de independencia:

Orina:

- Volumen de diuresis en función de la ingesta de líquido y de las pérdidas extrarrenales.
- Olor
- Aspecto
- Densidad
- Osmolalidad
- PH (4,5 – 8,09)
- Frecuencia

Heces:

- Forma
- Alimentos no digeridos, grasa, pigmentos, células de mucosa
- Color
- Olor
- Consistencia
- Frecuencia
- Cantidad

Moverse y mantener una postura adecuada

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

La autonomía de la persona está directamente relacionada con su capacidad de movilidad, a través de la cual puede realizar cualquier tipo de acción cotidiana como vestirse, además de poder desplazarse de un sitio a otro, implicando para ello la acción sinérgica de músculos, ligamentos y huesos, cada uno de ellos con un papel importante y decisivo en los diferentes movimientos.

Cualquier alteración en alguno de estos sistemas puede traer como consecuencia la pérdida o deterioro de la función motriz y por lo tanto la aparición de una dependencia que será variable entorno a la severidad de la lesión o y/o de sus consecuencias.

Manifestaciones de independencia:

Las actividades de la vida diaria son las tareas más básicas que debe realizar habitualmente un individuo para subsistir y relacionarse con el medio que lo rodea. Existen varias escalas que ayudan a los profesionales de la salud a valorar estas actividades y a definir el grado de limitación funcional en diversas áreas como son:

- Alimentarse

- Vestirse
- Bañarse, asearse
- Uso del retrete
- Lograr una continencia urinaria y fecal
- Deambular habitualmente
- Usar silla de ruedas
- Trasladarse

Descanso y sueño

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente para conseguir un buen rendimiento físico y psíquico del organismo.

La necesidad de descanso y sueño es muy variable entre los diversos individuos. Además, los efectos de recuperación y equilibrio que aportan pueden ser distintos tanto de manera cualitativa como cuantitativa.

Manifestaciones de independencia:

- Obtención del promedio de horas de sueño necesarias para evitar el cansancio
- Irse a dormir a una hora constante
- Demostrar hábitos adecuados de higiene del sueño
- Expresar haber tenido un sueño reparador
- No despertar frecuentemente durante la noche
- Conciliar el sueño con facilidad

Elegir ropas adecuadas

Esta necesidad se define como la capacidad para vestirse y desvestirse y para hacer que la apariencia personal sea presentable y agradable para uno mismo y para los demás. Así mismo, la ropa debe usarse adecuadamente según las circunstancias (hora del día, actividades), para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

Manifestaciones de independencia:

- Significado de la ropa: apariencia, pertenencia
- Elección personal: ropa apropiada a las funciones fisiológicas
- Calidad de la ropa: apropiada al clima
- Limpieza de la ropa
- Exigencias de intimidad
- Capacidades físicas para vestirse y desvestirse

Mantener la temperatura corporal

La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. Esta necesidad se define como la capacidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales mediante el acondicionamiento del aire y el uso de ropas adecuadas.

Manifestaciones de independencia:

Se determinan a través de los grados de temperatura corporal, de las características de la piel de la sensación de bienestar en relación a la temperatura.

La temperatura corporal en niños a partir de 7 años y adultos debe oscilar entre los 36,5 °C y 37,2°C.

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de agentes patógenos y pueda llevar a cabo el resto de las funciones que le son propias.

Manifestaciones de independencia:

- Limpieza del cabello y ausencia de parásitos o datos de resequeadad
- Limpieza de los oídos, nariz, boca, ojos y uñas
- Turgencia de la piel
- Adecuada hidratación
- Ausencia de lesiones en la superficie tegumentaria

Evitar peligros del entorno

Evitar los peligros y controlar los riesgos comprende acciones, innatas y/o aprendidas y conscientes, para preservar la supervivencia y el crecimiento, y favorece la maduración personal. Por tanto, abarca el conjunto de acciones conscientes y voluntarias que una persona realiza ante una situación de vulnerabilidad, con el fin de protegerse para hacer frente a las amenazas, aplicando las medidas preventivas ante los riesgos de tipo biológico y

fisicoquímico, y adaptando estrategias de afrontamiento efectivas para dar respuesta a las demandas personales y sociales que faciliten una interacción armónica con los otros, la integración y la sensación de seguridad dentro del entorno.¹⁷

Manifestaciones de independencia:

- Toma medidas de prevención de accidentes, de infecciones, de enfermedades y de agresiones del medio
- Toma medidas de reposo, relajación y control de las emociones; utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.
- Salubridad del medio; calidad y humedad del aire, así como la temperatura del ambiente.

Comunicarse con los demás

La necesidad de comunicarse es inherente al ser humano. La persona es un ser social que se interrelaciona continuamente con lo que le rodea. La expresión de esta necesidad es muy individual por lo que se debe detectar en cada persona un adecuado desarrollo de patrones de intercambio de información e ideas con otros, suficientes para satisfacer las necesidades y objetivos vitales.

Manifestaciones de independencia:

- Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos y el sistema neuromuscular
- Capacidad verbal y expresión no verbal adecuada

¹⁷ Ibídem

- Facilidad de expresión de las necesidades, de los deseos, ideas, opiniones y emociones
- Expresión clara de sentimientos, imagen positiva de sí mismo
- Percepción objetiva del mensaje recibido y capacidad de verificar sus percepciones
- Actitud de receptividad y confianza en los demás
- Utilización adecuada de los mecanismos de defensa
- Capacidad de comprometerse y mantener relaciones significativas

Actuar de acuerdo con la propia fe

La salud espiritual o bienestar espiritual consiste en sentirse bien, útil y realizado, es una forma de vivir, de considerar la vida una experiencia agradable y llena de sentido. Esto hace que el individuo tome decisiones libres que contribuyan a mantener la vida y a enriquecerla.

Manifestaciones de independencia:

- Comparte y capaz de hacer público sus manifestaciones en cuanto a creencias y valores
- Concepción de un significado de la vida y de la muerte positiva
- Posibilidad de realizar actividades según sus creencias
- Pide información sobre su enfermedad
- Mantiene sus ideales y creencias y estas no influyen negativamente sobre su salud

- Utiliza sus valores o creencias para que le proporcionen la fuerza necesaria para afrontar ciertas circunstancias

Llevar a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización

La autorrealización se define como “Un proceso continuo del desarrollo de nuestros potenciales. Emplear nuestras habilidades y nuestra inteligencia” y “trabajar para hacer bien lo que deseamos” (Maslow, 1917).

Manifestaciones de independencia:

- Funcionamiento óptimo de las funciones fisiológicas de acuerdo con la constitución del individuo
- Manifestación de alegría y satisfacción
- Autocrítica, toma de decisiones de forma independiente
- Autoestima
- Autoimagen positiva
- Satisfacción con el trabajo que desempeña y su papel en la sociedad
- Desempeño adecuado del rol familiar
- Búsqueda de superación en el área de su interés

Participar en actividades recreativas

La recreación se define como un proceso de recuperación de energía y del ánimo después del trabajo. A través de las actividades recreativas el individuo

aprende haciendo sobre sus propias experiencias, despertando su creatividad, espontaneidad, originalidad e iniciativa.¹⁸

Manifestaciones de independencia:

- Realización de actividades lúdicas satisfactorias
- Desempeño adecuado del rol social
- Conocer y utilizar medidas para satisfacer la autorrealización a través del entretenimiento y la utilización del tiempo libre.

Aprendizaje

Se define el aprendizaje como la acción de instruirse y el tiempo que dicha acción demora. También es el proceso por el cual una persona adquiere nuevos conocimientos para dar solución a situaciones específicas.

Manifestaciones de independencia:

- Expresión del deseo de aprender
- Manifestación del interés de aprender
- Estado de receptividad
- Adquisición de conocimientos por medio de la lectura, medios de difusión masiva, cursos, conferencias e interacción con sus semejantes
- Modificación del comportamiento de cara a su salud
- Adquisición de actitudes y habilidades para mantenerse en salud¹⁹

¹⁸ Ibídem

¹⁹ Ibídem

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Representa la estructura más abstracta y global de la ciencia enfermera, integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y cuidado. El metaparadigma sirve para dotar a la profesión de un significado concreto y exclusivo. Los 4 conceptos centrales en los cuales se basa este metaparadigma tienen las siguientes definiciones:

- Persona: Es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica posee una psicológica y también se relaciona, definiendo a la persona como ser integral.
- Salud: Es el estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda aquellas actividades que le permiten mantener una buena calidad de vida. Así pues, la enfermedad es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.
- Entorno: Es el ambiente en el que interactúa la persona y comprende el medio interno y externo. Los cambios en el entorno pueden afectar directa o indirectamente la salud y el desarrollo de la persona o de la comunidad.

Henderson identificó tres niveles en la relación enfermera-paciente, en la cual la enfermera actúa como 1) sustituta, donde se llevan a cabo las actividades que la persona no puede realizar por sí misma y que le hacen falta para sentirse completo o independiente, 2) cuidadora, donde se apoya a la persona para que recupere su independencia, pero no sustituye sus funciones, y 3) acompañante del

paciente, donde se imparte la educación sobre la salud a la persona y su familia y estos se involucran en el cuidado.²⁰

Así mismo, Henderson define las fuentes de dificultad como los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades de manera independiente. Estas fuentes de dificultad pueden presentarse por:

- Falta de fuerza: La limitación tiene un origen funcional mecánico o fisiológico que le impide a la persona llevar a cabo ciertas acciones.
- Falta de conocimiento: La alteración es provocada por una deficiencia en la información requerida para llevar a cabo las acciones que satisfagan la necesidad.
- Falta de voluntad: La persona no lleva a cabo las acciones que indican independencia a pesar de tener la capacidad física y los conocimientos requeridos para realizarlas. Esta fuente de dificultad puede presentarse cuando existe una alteración en el aspecto emocional, psíquico, espiritual o social de la persona.

Para determinar el nivel de dependencia que presenta la persona se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Nivel 1: La persona requiere de asesoramiento o instrucción específica para adquirir conocimientos que le permitan llevar a cabo el autocuidado.

²⁰ García G. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. México: Progreso; 2002.

- Nivel 2: La persona requiere de apoyo o algún dispositivo para llevar a cabo el autocuidado.
- Nivel 3: La persona requiere que otro le asista en las actividades que debe llevar a cabo para satisfacer sus necesidades, pero puede participar en las mismas.
- Nivel 4: La persona requiere que otro le asista en las actividades que debe llevar a cabo para satisfacer sus necesidades, pero participa en menor medida.
- Nivel 5; La persona no puede participar en las acciones para la satisfacción de sus necesidades, por lo que estas deben ser realizadas en su totalidad por alguien más.

A través del proceso interpersonal, la enfermera debe demostrar empatía con cada uno de sus pacientes con el fin de identificar qué tipo de cuidado necesita. Para la satisfacción completa de las necesidades se requiere de fuerza, voluntad y conocimiento, mismos que se pueden ver afectados por situaciones biológicas o alteraciones en el entorno que impiden que la persona sea completamente independiente.

Hoy en día, el modelo de atención de Virginia Henderson sirve de base para la realización de planes de cuidado en la mayoría de las instituciones de salud, ya que permite a la enfermera intervenir en todos los aspectos que podrían presentar o provocar alteraciones en el bienestar de la persona. Es también ampliamente aceptado y reproducido porque su principal finalidad es lograr la independencia de los individuos y las comunidades para que estos puedan alcanzar la mejor calidad

de vida posible con sus propios medios y la adopción de hábitos o conductas específicas.

1.3 PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero es un método sistemático, dinámico y humanístico de brindar cuidados centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma individualizada y eficiente.²¹

Este proceso ofrece un marco conceptual para la planificación y la actuación en enfermería y facilita la resolución de problemas sin perder de vista el aspecto humano de la profesión.²²

Lydia Hall, quien basó la práctica de enfermería en los ejes denominados cuidado, corazón y cura, originó el término 'proceso enfermero' en 1955 y fue la primera teórica en reconocer la enfermería como una profesión independiente y en establecer que el cuidado debería ser administrado solo por enfermeras entrenadas. Dorothy Johnson, Ida Jean Orlando y Ernestine Wiedenbach fueron también de las primeras en usar este término para referirse a una serie de fases describiendo la práctica de enfermería.²³

No fue hasta 1973 que el proceso enfermero se reconoció legítimamente como herramienta para la administración del cuidado, ya que fue en este año en el

²¹ Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. 8ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

²² Berman A, Snyder S, Fandsen G. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing. 10th ed. Estados Unidos: Pearson; 2015.

²³ Ibídem

que la Asociación Americana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en inglés) incluyó las fases del mismo en los estándares para la práctica de enfermería.²⁴

El proceso enfermero tiene características específicas que permiten a la enfermera responder al estado de salud cambiante de la persona o de la comunidad. Este proceso es cíclico, ya que sus componentes siguen una secuencia lógica pero más de uno de ellos pueden llevarse a cabo al mismo tiempo.

El proceso se basa en principios y reglas que fomentan la eficiencia en los cuidados enfermeros y permite valorar continuamente los resultados obtenidos mediante los mismos, facilitando así la identificación de alteraciones emergentes en las necesidades básicas de la persona y de esta manera actuar de manera oportuna en ellas. Los principales objetivos finales del proceso enfermero son:

- Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud, llevar a cabo actividades paliativas y fomentar el confort y el bienestar de los individuos.
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades de la persona.
- Hallar formas de aumentar la satisfacción de la persona al administrar cuidados de salud.²⁵

²⁴Ibidem

El proceso enfermero consta de 5 etapas que no son mutuamente excluyentes y que pueden ser aplicadas cuantas veces sea necesario hasta alcanzar los objetivos establecidos o en caso de que cambie la situación de la persona o la comunidad. Las principales características funcionales del proceso enfermero son las siguientes:

- Se puede contemplar desde una perspectiva sistemática y humanística
- Sus fases se interrelacionan
- Es abierto, flexible y dinámico
- La retroalimentación es importante
- Permite a la enfermera la máxima flexibilidad y creatividad

Las etapas del proceso enfermero son:

1.3.1 VALORACIÓN

La valoración es el paso inicial del proceso de atención enfermero y tal vez el más importante, ya que todo el plan de atención se elabora con la información obtenida en esta fase. El proceso de valoración consiste en la recolección, organización, validación y documentación de información de forma sistemática y continua.

Ya que la valoración es una fase del proceso que se mantiene durante toda la extensión del mismo y sirve para llevar a cabo la retroalimentación, hay diferentes tipos de valoración que se llevan a cabo en situaciones específicas:

²⁵ Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. 8ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

- Valoración inicial: Es realizada durante las primeras 24 horas tras la admisión de la persona a la unidad de salud. Tiene como propósito establecer una base de datos para la identificación de problemas y como punto de comparación para valoraciones posteriores.
- Valoración orientada al problema: Es la valoración que se realiza continuamente durante el proceso de atención y la administración del cuidado. Tiene como objetivo determinar el estado de un problema específico identificado en valoraciones previas.
- Valoración de emergencia: Se lleva a cabo durante cualquier crisis presentada por la persona, sea esta fisiológica o psicológica. El objetivo es identificar problemas que pongan en riesgo la vida.
- Valoración posterior al cuidado: Es realizada varios meses después de que se consideró concluido el proceso enfermero y es utilizada para comparar el estado actual de la persona con la información obtenida durante la valoración inicial.²⁶

Recolección de datos

La recolección de datos es el proceso de obtención de información sobre el estado de salud de la persona. La información obtenida sobre el paciente puede ser objetiva o subjetiva.

La información subjetiva o síntomas es aquella que es evidente únicamente para la persona afectada y puede ser descrita o verificada solo por ella. Ejemplos

²⁶ Berman A, Snyder S, Fandsen G. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing. 10th ed. Estados Unidos: Pearson; 2015.

de este tipo de información son la percepción del dolor, comezón o sentimientos de preocupación y ansiedad. Dentro de esta categoría también se encuentran las creencias, actitudes y valores de la persona.

Los datos objetivos o signos, son aquellos que son detectables por la enfermera y pueden ser medidos según estándares establecidos. Pueden ser identificados por medio de la observación o exploración física. Un ejemplo de estos son los signos vitales, diuresis o estado de conciencia.

La información puede ser constante, es decir, que no cambie con el tiempo (tipo de sangre, sexo) o variable, que cambia continuamente (edad, signos vitales).

Los datos que se deben recolectar durante la etapa de valoración abarcan únicamente la información útil para establecer los diagnósticos pertinentes y evitar sacar falsas conclusiones:

- Datos personales: nombre, edad, sexo, ocupación, etc.
- Percepción de la persona acerca de su situación, incluyendo los síntomas que le llevaron a buscar ayuda.
- Los factores estresantes que afectan a la persona.
- El estilo de vida de la persona, abarcando las actividades de cada día y sus hábitos, así como la influencia que tienen en él.
- Los factores socioculturales que podrían ejercer influencia sobre las necesidades de salud.
- La definición personal de salud

- El nivel de desarrollo y exigencias físicas o psicológicas.
- Las necesidades básicas y su habilidad para identificarlas.
- Los recursos, habilidades y redes sociales disponibles.
- Las capacidades intelectuales, las motivaciones y habilidades.
- Las expectativas de la persona respecto a la atención del personal de enfermería.
- Las experiencias previas dentro del sistema sanitario.²⁷

Fuentes de información

Las fuentes de información concerniente al estado general de la persona pueden ser directas o indirectas. La información fue obtenida de forma directa cuando fue la persona quien la proporcionó, mientras que los terceros (familia, cuidadores, otros profesionales de la salud) se consideran fuentes indirectas.

Métodos de recolección de la información

Los principales métodos utilizados para la recolección de datos son la observación, entrevista y exploración física. La observación es de vital importancia para el proceso de valoración, ya que inicia desde que se tiene el primer contacto con la persona o comunidad e incluye a los terceros y se mantiene durante todo el proceso de atención. La entrevista es usada principalmente para realizar la historia clínica de enfermería y la exploración física es la herramienta más importante para determinar el estado físico de la persona.

²⁷Kozier B, DuGas B. Tratado de enfermería práctica: El proceso de enfermería. 4ª ed. México: Interamericana; 2000.

Estos métodos de recolección de datos son utilizados simultáneamente durante la etapa de valoración de la persona y también se mantienen durante todo el proceso enfermero.

1.3.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es la segunda fase del proceso enfermero. En esta etapa se utiliza el pensamiento crítico para interpretar la información obtenida durante la etapa de valoración e identificar las fortalezas y problemas de la persona, así como para decidir si existe o no una desviación de las normas esperadas.

La identificación y desarrollo de diagnósticos enfermeros inició formalmente en 1973, pero el reconocimiento internacional ocurrió en la Primera Conferencia Canadiense en Toronto, en el año de 1977. En 1982 se conformó la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA, por sus siglas en inglés), misma que reconoce la participación y contribuciones de enfermeras de los Estados Unidos y Canadá. En el 2002 la organización cambió su nombre a NANDA Internacional con el fin de reflejar el interés global en los diagnósticos de enfermería.²⁸

El objetivo de NANDA Internacional es definir, refinar y promover una taxonomía de diagnósticos enfermeros para uso general por enfermeras profesionales. La asociación ha aprobado hasta ahora un total de 253 diagnósticos para uso clínico. La definición oficial de diagnóstico emitida por NANDA es: ‘...un juicio clínico relacionando la respuesta humana a condiciones de salud o

²⁸ Berman A, Snyder S, Fandsen G. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing. 10th ed. Estados Unidos: Pearson; 2015.

procesos vitales, o la vulnerabilidad de esa respuesta por un individuo, familia, grupo o comunidad.’

El estado del diagnóstico enfermero se refiere a la realidad o potencialidad del problema o síndrome, o la categorización del diagnóstico como de promoción de la salud. Los diferentes tipos de diagnóstico enfermero pueden ser reales, de riesgo, de bienestar o síndromes.²⁹

- Diagnóstico real: Una alteración real en las necesidades de la persona que está presente durante la valoración de enfermería y que interfiere con su independencia. Las intervenciones van encaminadas a la resolución del problema o a la disminución de la gravedad del mismo, así como a lograr que la persona recupere la independencia o mejore la calidad de vida.
- Diagnóstico de riesgo: Se realiza un diagnóstico de riesgo cuando se identifican factores que pueden ocasionar alteraciones en las necesidades de la persona y perturbar su estado de salud. Las intervenciones que se llevan a cabo ante un diagnóstico de riesgo tienen como objetivo primordial la prevención de un daño potencial mediante la modificación o eliminación de los factores que lo predisponen.
- Diagnóstico de bienestar: Cuando se identifican fortalezas en el estilo de vida de una persona que contribuyen a la recuperación de la independencia y facilitan la administración de los cuidados enfermeros. Las actividades tienen como finalidad potenciar estas fortalezas y mantener el estado de salud de la persona.

²⁹Ibidem

- Síndrome: Un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se tratan mejor conjuntamente a través de intervenciones similares.³⁰

Un diagnóstico enfermero tiene 3 componentes: 1) el problema identificado y su definición, 2) la etiología y 3) las características definitorias del problema. La estructura de un diagnóstico enfermero integra los 3 elementos antes mencionados de tal forma que se relaciona el problema con una etiqueta diagnóstica aprobada por NANDA, se especifican las causas del problema y se asocian los signos y síntomas identificados durante la etapa de valoración.

Etiqueta diagnóstica

El problema identificado o etiqueta diagnóstica describe el problema presentado por la persona o la respuesta humana que requiere intervención enfermera. La etiqueta diagnóstica describe claramente el estado de salud de la persona en pocas palabras.³¹ El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la información de los objetivos de la persona y los resultados esperados, así como la fácil identificación de las intervenciones a realizar.

Factores relacionados y de riesgo

El componente etiológico de un diagnóstico enfermero identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta hacia las intervenciones

³⁰NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. 9° Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.

³¹Berman A, Snyder S, Fandsen G. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing. 10th ed. Estados Unidos: Pearson; 2015.

enfermeras requeridas y permite a la enfermera individualizar el cuidado.³² Cada etiqueta diagnóstica aprobada por NANDA contiene un grupo de factores relacionados y una definición para facilitar su asignación ante una alteración en las necesidades de la persona o comunidad.

Características definitorias

Se denominan características definitorias al conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una alteración específica en las necesidades de la persona y que pueden limitar o interferir por completo con su independencia, así como disminuir su calidad de vida.

Para los diagnósticos reales, las características definitorias son los signos y síntomas de la persona. En los diagnósticos de riesgo no hay datos subjetivos u objetivos que pongan en evidencia una alteración real, por lo que se omite la inclusión de este elemento en la estructura del diagnóstico.

El proceso diagnóstico hace uso de las habilidades de pensamiento crítico, análisis y síntesis. En el pensamiento crítico, la enfermera hace un análisis de la información disponible y considera explicaciones antes de formar una opinión.³³

1.3.3 PLANEACIÓN

La planeación es una fase deliberativa y sistemática del proceso enfermero que involucra la toma de decisiones y resolución de problemas. Durante la planeación, la enfermera recurre a la información obtenida durante la valoración

³²Ibidem

³³Ibidem

inicial y a los diagnósticos realizados para definir la dirección que se tomará al formular los objetivos y los resultados esperados, así como para la estructuración de planes de cuidado que incorporen intervenciones dirigidas a prevenir, reducir o eliminar las alteraciones en las necesidades de la persona.

- **Planeación inicial:** Una vez realizada la valoración inicial, la enfermera puede iniciar la construcción de un plan de cuidados. La planeación de las intervenciones a realizar debe realizarse tan pronto como sea posible después de la valoración inicial y recolección de datos.
- **Planeación continua:** Este tipo de planeación se lleva a cabo durante la aplicación del proceso enfermero y tiene como objetivos principales el determinar si la salud de la persona ha cambiado, decidir en qué problemas enfocarse durante el turno y coordinar las actividades enfermeras para que se pueda actuar sobre más de un problema a la vez.
- **Plan de alta:** Es el proceso de anticipación y planeación de las necesidades que pudiera presentar la persona después de que su estancia hospitalaria ha terminado. En la mayoría de las ocasiones la resolución de la patología no equivale a la satisfacción completa y definitiva de las necesidades básicas, por lo cual la persona necesita una 'guía' para saber cómo actuar ante determinadas situaciones y llevar a cabo el autocuidado.

El desarrollo de planes de cuidado puede ser formal o informal. Estos planes incluyen las acciones que debe tomar la enfermera para atender los diagnósticos de la persona y producir los resultados esperados. En el proceso de desarrollo de

planes de cuidado para la persona, la enfermera debe realizar las siguientes actividades:

- Determinación de prioridades y jerarquización de las necesidades afectadas
- Establecimiento de objetivos y resultados esperados
- Selección de intervenciones de enfermería y actividades
- Inclusión de actividades individualizadas en los planes de cuidado

La determinación de prioridades es el proceso de establecimiento de una secuencia preferencial para atender diagnósticos enfermeros y sus intervenciones.³⁴ La jerarquización se lleva a cabo mediante la identificación de la necesidad que represente un riesgo mayor para la integridad de la persona, sea este potencial o inmediato. De la misma forma, se puede atender en primera instancia aquella necesidad cuya alteración ocasiona desviaciones de lo esperado en otras necesidades y que al resolverse ésta se podrían resolver las demás automáticamente.

Aunque la jerarquización de necesidades y determinación de prioridades debe usarse como una guía para la atención a la persona, es común que se apliquen intervenciones para resolver más de un diagnóstico a la vez.

Después de haber identificado prioridades, la enfermera y el paciente establecen objetivos y resultados esperados que asentarán la base para la determinación de las actividades necesarias para la recuperación de la independencia de la persona. En un plan de cuidados, los objetivos y resultados

³⁴Ibidem

esperados describen en términos de respuestas observables de la persona, lo que la enfermera espera lograr por medio de la implementación de intervenciones de enfermería.³⁵

Los resultados esperados en cuanto a la respuesta de la persona ante los cuidados brindados por la enfermera se encuentran agrupados en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, por sus siglas en inglés). Esta taxonomía contiene más de 385 resultados que pertenecen a uno de siete dominios, que a su vez se subdividen en clases para facilitar su localización.

Cada uno de estos resultados se encuentra asociado con las diferentes etiquetas NANDA y permiten al profesional de enfermería valorar la efectividad de las intervenciones realizadas por medio de indicadores que representan los signos y síntomas a valorar antes, durante y después del proceso enfermero, mismos a los que se les asigna un valor numérico por medio de una escala de cinco puntos.

Al utilizar la taxonomía NOC para describir los resultados esperados en un plan de cuidados, se debe escribir la etiqueta, los indicadores que aplican en la persona, la puntuación inicial en cada uno de los mismos y la puntuación que se desea alcanzar al finalizar el proceso enfermero.³⁶

El propósito de fijar objetivos y resultados esperados es proveer dirección para la planeación de intervenciones de enfermería, servir como criterio para la evaluación del progreso de la persona, facilitar a la enfermera y a la persona que

³⁵Ibidem

³⁶Ibidem

determinen cuando el problema ha sido resuelto y ayudar a motivar a la persona proporcionándole un sentido de logro por su mejoría.

Al establecer los objetivos que se pretenden alcanzar durante la intervención enfermera se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Establecer metas y resultados esperados en términos de respuestas por parte de la persona, no de actividades de enfermería.
- Asegurarse de que los resultados esperados sean realistas para las capacidades y limitaciones de la persona, así como el tiempo de atención designado.
- Asegurar que los objetivos sean compatibles con las terapias brindadas por otros profesionales de la salud.
- Verificar que cada uno de los objetivos esté derivado únicamente de un diagnóstico enfermero.
- Utilizar términos observables y medibles para los resultados esperados.
- Verificar que la persona considere que los objetivos fijados y los resultados esperados del tratamiento son importantes y los valora. Esto facilitará la aplicación de las intervenciones de enfermería y aumentará el nivel de cooperación de la persona.³⁷

La selección de las actividades que se implementarán en la persona con la finalidad de obtener los resultados esperados deben estar encaminados a reducir o eliminar el factor etiológico identificado durante la etapa de diagnóstico.

³⁷Ibidem

Si no es posible cambiar o eliminar los factores etiológicos, es correcto elegir actividades dirigidas a la paliación de síntomas representados en las características definitorias del diagnóstico enfermero.

Las intervenciones para diagnósticos reales tienen como meta principal la eliminación o modificación de los factores etiológicos y la resolución de las características definitorias, mientras que en un diagnóstico de riesgo se pretende únicamente prevenir la aparición de una alteración en cualquiera de las necesidades mediante la modificación de los factores que las predisponen. En los diagnósticos de riesgo se omiten las características definitorias de la etiqueta.

Las actividades de enfermería son seleccionadas y plasmadas durante el proceso de planeación, pero se llevan a cabo durante la etapa de ejecución en el proceso enfermero. Los diferentes tipos de intervención son:

- Intervenciones independientes: Se emplean cuando la enfermera posee las habilidades y los conocimientos científicos para llevarlas a cabo y que concierne específicamente a la profesión. Estas actividades incluyen el apoyo emocional, el acompañamiento, la paliación de síntomas por medios no farmacológicos, la valoración continua, la modificación del entorno, etc.
- Intervenciones dependientes: Son aquellas que se llevan a cabo por indicación y/o bajo la supervisión de otro profesional de la salud y que van encaminadas únicamente a la resolución de la patología.
- Intervenciones interdependientes: Se elige realizar este tipo de intervención cuando la enfermera no tiene experiencia previa realizándolas o no cuenta

con las habilidades o conocimientos necesarios para llevarlas a cabo, por lo que requiere del apoyo de otro miembro del equipo de salud.

Es importante que durante la elaboración del plan de cuidados y la selección de las intervenciones a realizar se tomen en cuenta los posibles eventos adversos que pueden presentarse como resultado de las mismas. Estos eventos incluyen tanto el estado físico como emocional de la persona y se debe valorar continuamente su respuesta para actuar de forma oportuna en caso de que esto suceda.

Al igual que los resultados esperados, las actividades de enfermería asociadas a las etiquetas NANDA se encuentran agrupadas en la taxonomía denominada Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés). Esta taxonomía fue publicada por primera vez en 1992 y ha sido actualizada cada 4 años desde entonces.³⁸

En estos ejemplares se encuentran más de 500 intervenciones clasificadas por dominios y clases para su fácil identificación. Cabe aclarar que las intervenciones establecidas por NANDA son una guía para la administración del cuidado. Sin embargo, estas actividades pueden ser modificadas según las necesidades que presenta la persona en determinado momento y no es indispensable seguirlas al pie de la letra.

Los planes de cuidado son una gran herramienta para guiar y facilitar la práctica de enfermería en todas las instituciones de salud, pero se debe tener en

³⁸McCloskey JD, Buelcheck GM. Clasificación de intervenciones de enfermería. 4° ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

cuenta que la estandarización de los mismos va en contra de los principios básicos de la profesión, que incluyen el ver a la persona como un ser único con necesidades, debilidades y fortalezas específicas.

1.3.4 EJECUCIÓN

En el proceso enfermero, la ejecución es la fase en la cual la enfermera lleva a cabo las intervenciones seleccionadas durante la etapa de planeación. En esta fase se deben llevar a cabo las siguientes actividades:

- **Revaloración de la persona:** Esta actividad debe llevarse a cabo antes, durante y después de la realización de cualquier intervención de enfermería. El objetivo de esto es asegurarse de que el cuidado específico sigue siendo requerido por la persona, así como la verificación de la efectividad del mismo posterior a su aplicación. Si durante la revaloración se identifica un cambio en la información previamente obtenida se deben llevar a cabo las modificaciones pertinentes en la planeación.
- **Determinación de la necesidad de asistencia:** Al implementar algunas intervenciones, la enfermera puede requerir la ayuda de otra persona por diferentes razones, ya sea alguien del equipo de salud (camillero) o un familiar de la persona.
- **Implementación de las intervenciones de enfermería:** Es importante explicarle a la persona qué actividades se llevaran a cabo, con qué fin y qué sensaciones esperar durante y después de las mismas. Así mismo, se debe mantener la privacidad y confort de la persona tanto como sea posible.

Las actividades de enfermería deben estar basadas en conocimiento científico y deben ser realizadas únicamente por personal capacitado para minimizar el riesgo de que se presenten eventos adversos.

- Supervisar el cuidado delegado: Si el cuidado o parte del mismo ha sido delegado a otro profesional de la salud, la enfermera debe permanecer al tanto del progreso de la persona para asegurar que las actividades hayan sido implementadas de acuerdo al plan de cuidados.
- Documentar las intervenciones de enfermería: Este punto debe llevarse a cabo únicamente cuando se haya terminado de realizar una intervención, ya que los registros son documentos legales y la respuesta del paciente es lo único que debe determinar si la actividad se lleva a cabo o no.

1.3.5 EVALUACIÓN

La evaluación es la quinta fase del proceso enfermero. En este contexto, evaluar es una actividad planeada, continua y objetiva en la cual la enfermera debe determinar el progreso de la persona hacia el cumplimiento de los objetivos o resultados esperados y la efectividad del plan de cuidados previamente estructurado.³⁹

La evaluación permite ubicar la información recopilada durante la valoración inicial y compararla con los resultados obtenidos después de la implementación de cada una de las actividades o cuando se considere que los objetivos han sido alcanzados pero se requiera la validación de esta asunción.

³⁹Ibidem

II. PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Ficha de identificación:

Nombre: José Miguel VM *Sexo:* Masculino *Edad:* 35 años *Estado civil:* Soltero

Nacionalidad: Mexicana *Residencia:* Distrito Federal *Religión:* Sin religión

Nivel socioeconómico: Medio-alto *Nivel académico:* Posgrado

Servicio: Hematooncología

Antecedentes personales no patológicos:

Habita en casa propia construida de techo y paredes de concreto, la cual cuenta con cuatro habitaciones y en la que habitan tres personas sin hacinamiento. Cuenta con los servicios de agua, gas, luz y drenaje, zoonosis positiva (dos perros), refiere baño diario, aseo dental 3 veces por día, alimentación restrictiva por padecimiento actual, fumador pasivo, etilismo positivo de tipo social, toxicomanías negadas, refiere inmunizaciones completas sin presentar cartilla de vacunación.

Antecedentes personales patológicos:

Antecedente de TCE en la infancia; posteriormente presenta crisis convulsivas, mismas que fueron tratadas con fenitoína, carbamacepina y valproato desarrollando hipersensibilidad. Alérgico a trimetoprim-sulfametoxazol. Niega antecedentes quirúrgicos y transfusionales.

Recibió tratamiento para sífilis en Mayo 2014, con penicilina benzatínica. VIH diagnosticado al acudir a clínica privada por síndrome de desgaste y aparición de

condilomatosis. Inicia tratamiento con kaletra/truvada en agosto de 2014 con apego al tratamiento 100%. Presenta herpes y condilomatosis en región perianal en Septiembre de 2014, mismo que fue tratado con 400mg de Aciclovir cada 8 horas por 40 días con mejoría.

Antecedentes heredo-familiares:

Interrogados y negados

Padecimiento actual:

Inicia PA en Septiembre de 2014 con la aparición de lesiones violáceas no dolorosas en paladar; posteriormente recibió tratamiento antirretroviral con truvada/kaletra por diagnóstico de VIH en el mismo mes. En octubre de 2014 inicia con tos en accesos largos, de predominio nocturno, sin expectoración. Pérdida de aproximadamente 5 kg en un mes de forma no voluntaria. Disminución del volumen urinario a partir del 16 de octubre de 2014 y de forma súbita edema facial y de miembros inferiores, por lo que acude al Hospital General de México, donde estuvo hospitalizado por 9 días y donde únicamente se corroboró Sarcoma de Kaposi en tracto gastrointestinal sin obstrucción mecánica. Posteriormente es tratado en el INER pero después de dos semanas es referido al INCan por no tener identificado un requerimiento respiratorio evidente, ingresando a este instituto el 6 de noviembre del 2014. Actualmente persiste con accesos de tos, mismos que incrementan en decúbito y que le impiden dormir. Refiere disuria y niega síntomas gastrointestinales.

III. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES

OXIGENACIÓN

Fumador pasivo, presenta síntomas de insuficiencia respiratoria desde hace aproximadamente un mes, mismos que empeoran con la actividad al punto de no poder bajar escaleras o caminar cortas distancias ya que sufre episodios de tos y disnea. Refiere que estas alteraciones respiratorias fueron la principal razón por la que acudió a consulta médica en agosto del año en curso, más tarde siendo ingresado al Hospital General de México para protocolo de diagnóstico. Actualmente se encuentra en su unidad, con apoyo respiratorio por medio de puntas nasales a 3lt por minuto. A la auscultación se percibe murmullo vesicular en reposo. Se solicita al paciente que recorra el espacio entre su cama y la puerta de la habitación, tras lo cual refiere disnea y se observa un aumento en la frecuencia respiratoria. FR en reposo: 21rpm. SpO2 ambiente en reposo: 89%. SpO2 con apoyo ventilatorio en reposo: 98%. FR posterior a esfuerzo: 26rpm. SpO2 ambiente posterior a esfuerzo: 87%.

Tórax simétrico, sin endostosis ni exostosis visibles o palpables, con adecuada amplexión y amplexación, sin alteraciones cutáneas. Respiración costal superior autónoma, ritmo y amplitud normales, con disnea de medianos esfuerzos. A la auscultación se percibe murmullo vesicular y ruidos cardiacos normales sin desdoblamientos ni soplos. No hay acumulación de secreciones en campos pulmonares.

Elemento	Valor registrado	Valor de referencia
Hemoglobina	9.5 gr/dL	13 – 18 gr/dL
Concentración media de Hb corpuscular	32.5 gr/dL	33-37 gr/dL
Ancho de distribución de eritrocitos	18.3%	12-14%
PaO2	32 mmHg	60-100 mmHg

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Miguel considera que su alimentación previa al ingreso a este Instituto era sana, abundante y nutritiva, ya que por razones de estética se preocupaba por llevar una dieta balanceada y de vez en cuando supervisada por una nutrióloga. Durante la primera valoración para la realización de este proceso Miguel tenía buen apetito e ingería todos los alimentos proporcionados por el servicio de Nutrición del Instituto. Sin embargo, en una valoración posterior Miguel refirió que su apetito había disminuido considerablemente y que presentaba náuseas que le impedían ingerir alimentos, lo cual aceleró la pérdida de peso.

Peso: 55 Kg Talla: 1.68 m Superficie corporal: 1.6021m² IMC: 19.48

Su higiene oral es buena, realizando el cepillado de dientes dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves (para niños), con el fin de evitar el sangrado. Así mismo, utiliza los colutorios alcalinos proporcionados por el personal según el horario indicado cada 6 horas. Presenta lesiones en mucosa oral propias de la infección por herpesvirus VHH8 que no interfieren con su ingesta de alimentos ni le provocan molestias mayores. No se identifican lesiones por mucositis. Mucosas orales hidratadas, con lesiones maculares indoloras en paladar, piezas dentales completas, presenta gingivitis. No refiere disfagia ni odinofagia.

Elemento	Valor registrado	Valor de referencia
Sodio	131 mEq/L	136-142 mEq/L
Potasio	3.4 mEq/L	3.7 – 4.9 mEq/L
Albúmina	2.8 g/dL	3.9 – 5.1 g/dL
Globulina	4.1 g/dL	2.7 – 3.3 g/dL
Eritrocitos	2.5 millones/mm ³	4.7 – 6.1 millones/mm ³
Hematocrito	29.3%	37- 47%

Prescripción		
Cantidad	Solución	Tiempo
1000cc	Cloruro de sodio 0.9% + 20mEq KCL + 1gr MgSo ₄	P/12
250cc	Cloruro de sodio	Dilución de medicamentos

ELIMINACIÓN

Ante la segunda valoración presenta estreñimiento desde hace una semana, dolor y dificultad para evacuar, así como dolor tipo cólico en región ilíaca derecha. Su última evacuación tenía rastros de sangre color rojo brillante en mínima cantidad. Abdomen blando, depresible sin megalias visibles o palpables, a la auscultación se perciben 2 ruidos peristálticos por minuto. Presenta dolor tipo cólico en fosa iliaca izquierda que aumenta después de ingerir alimentos. Pelvis simétrica, sin alteraciones. Genitales externos íntegros, presenta lesiones papulares en región perianal en proceso de cicatrización. Adenomegalias palpables en zona inguinal, indoloras.

MOVILIDAD

Puede deambular por periodos cortos de tiempo, pero debido a la tos y disnea prefiere ser trasladado en silla de ruedas. En su domicilio se traslada de un área a otra sin problema y puede moverse sin depender de otros, ya que no hay

obstáculos ni escaleras. Cambia de posición a voluntad y puede mantenerse sentado para ingerir alimentos. No presenta dolor en articulaciones ni deformaciones evidentes.

Presencia de hematomas en ambos brazos secundario a toma de muestras para laboratorio, se observan dos lesiones papulares en muslo izquierdo. Sin compromiso neurovascular aparente.

DESCANSO Y SUEÑO

Duerme aproximadamente 5 horas al día (interrumpidas). Refiere dificultad para conciliar el sueño y aún más para mantenerse dormido, aun encontrándose en su hogar y sin las interrupciones propias de encontrarse hospitalizado. Miguel reconoce que su insomnio se debe a su estado de salud y la preocupación que este le genera a sus seres queridos y a sí mismo: 'A veces me acuesto, apago la luz y me quedo pensando en qué va a pasar si no funciona el tratamiento... no sé, pienso que no me quiero morir todavía y no así, todo flaco y sin cabello porque no me parezco a mí.'

Describe el sueño como poco reparador y refiere sentirse fatigado durante el día, a pesar de no poder conciliar el sueño si decide recostarse.

Miguel refiere despertar con frecuencia en las noches por dolor (principalmente lumbar), a pesar de que se encuentra con una infusión de Fentanil y tiene rescates indicados durante el día. Se realizó una interconsulta por clínica del dolor al servicio de psicooncología por sospecha de somatización.

TERMORREGULACIÓN

Se ha mantenido eutérmico desde el ingreso, teniendo como temperatura corporal máxima 38.1 °C el 9 de noviembre de 2014. Se le ministra Paracetamol 1gr y no vuelve a presentar hipertermia durante ese período de internamiento. Por protocolo del Instituto, no se toman hemocultivos.

Miguel hace correcto uso de ropa y cobijas para mantener su temperatura corporal a pesar de que la temperatura del servicio llega a los 5°C durante el día.

VESTIDO

Además de usar la bata propia del Instituto, Miguel usa suéter, pantalón de pijama y calcetines para mantenerse abrigado. En el hogar, Miguel refiere que para él la ropa es importante, ya que forma parte de su personalidad y por medio de su vestimenta puede expresar quién es y cómo se siente.

Normalmente viste de acuerdo a su edad, género y acorde al clima.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Lleva a cabo el baño en regadera todos los días con ayuda de su hermana. Hace uso de cremas hidratantes, mismas que aplica posterior al baño. Tegumentos pálidos, con hematomas en ambos brazos por la toma de muestras para análisis de rutina, así como adenomegalias apenas palpables en axila e ingle izquierdos.

Palidez de tegumentos, normocéfalo, sin endostosis ni exostosis visibles o palpables, con alopecia secundaria a tratamiento antineoplásico, pulsos

temporales palpables, orejas simétricas, párpados íntegros, sin presencia de secreciones ni lagrimeo anormal, pupilas isocóricas normoreactivas. Conducto auditivo íntegro, limpio, membranas visibles íntegras. Lesiones papulares en región perianal en proceso de cicatrización.

EVITAR PELIGROS

En el pasado tuvo hábitos sexuales de alto riesgo (homosexual, múltiples compañeros sexuales, sin protección, sin análisis de ningún tipo para detectar enfermedades). Manipula las vías de acceso venoso constantemente y a menudo estas se encuentran en el suelo. No consume alcohol ni tabaco; sin embargo, ambas hermanas fuman en su presencia, por lo que se considera fumador pasivo.

Tiene un acceso venoso periférico en brazo izquierdo y se encuentra en espera de colocación de catéter venoso central, ya que su hermana (enfermera) está en desacuerdo con la aplicación de los medicamentos por el mismo.

Presenta pancitopenia secundaria al tratamiento antineoplásico. A la segunda valoración ya se le habían realizado múltiples transfusiones de paquetes globulares y aféresis plaquetarias.

Elemento	Valor registrado	Valor de referencia
Proteína C reactiva	2.13 mg/dL	0.02 – 0.9 mg/dL
Leucocitos	2.5 miles/mm ³	4.8 – 10.8 miles/mm ³
Plaquetas	58 miles/mm ³	130 – 400 mles/mm ³
Neutrófilos	37.2%	40 – 75%

Prescripción			
Fármaco	Vía	Dosis	Horario
Colutorios alcalinos			c/6h
Omeprazol	IV	40mg	c/24
Ondasetrón	IV	8mg	PRN
Aciclovir	VO	400mg	c/8
Truvada	VO	200mg/300mg	c/24
Kaletra	VO	200mg/50mg	c/24
Bleomicina	IV	6mg/m2 (9.6mg)	c/24 (+1,+2,+3,+4)
Vincristina	IV	1.5mg/m2 (9mg)	c/24 (+1,+7+14)

COMUNICACIÓN

Se comunica de forma clara, lengua materna Español, expresa de forma adecuada sus sentimientos y pensamientos, así como incomodidades y dudas que tiene sobre la patología y el tratamiento. Confía en que su opinión es tomada en cuenta para la toma de decisiones en cuanto al tratamiento. Mantiene una buena relación con su madre y sus hermanas, quienes son enfermeras y dedican su tiempo libre a cuidarlo y asegurarse de que se encuentre bien.

No tiene limitaciones físicas para el habla y presenta buena audición bilateral.

CREENCIAS Y VALORES

Sin religión. No practica ningún tipo de ritual religioso, pero cree que la espiritualidad es parte importante del desarrollo humano y practica la meditación desde hace 10 años. Refiere que ha interrumpido esta práctica, ya que no puede mantenerse concentrado debido a las preocupaciones originadas por su estado de

salud. Su hermana menciona que él tuvo un episodio durante el cual no quería hablar ni ser visitado por nadie, ya que su apariencia no era la misma y 'no quería darles lástima a sus amigos'; así mismo, refiere que fue difícil para él tener que cortarse el cabello, ya que lo estaba perdiendo por el tratamiento antineoplásico.

REALIZACIÓN

Es técnico optometrista y laboratorista, que se encontraba laborando en una óptica hasta el momento de la aparición de los primeros síntomas y su posterior ingreso al Hospital General de México. Posee un apartamento propio y un vehículo que por ahora es usado por sus hermanas para trasladarlo. Actualmente está viviendo en casa de su hermana por las necesidades originadas por su enfermedad. Menciona que le habría gustado estudiar Medicina pero tuvo que desertar después del primer año por cuestiones personales. Cuenta con pregrado en pedagogía y maestría en ciencias de la educación.

Se encuentra satisfecho con su vida, pero le angustia la posibilidad de que no podrá 'volver a la normalidad' aunque funcionara el tratamiento.

RECREACIÓN

Pasa la mayor parte del tiempo en su cuarto, a veces en compañía de amigos o familiares. Ya que por el momento no se encuentra laborando, en su tiempo libre disfruta de ver películas, investigar sobre su enfermedad y leer libros de ficción. En su habitación en el Instituto se pueden observar varios libros en el buró junto a la cama en su unidad.

APRENDIZAJE

Miguel tiene conocimiento básico sobre sus enfermedades y algunos de los medicamentos que se utilizan para su tratamiento. Se interesa por saber qué medicamentos se le administran, así como para qué sirven, qué efectos adversos podrían tener y si existe algún tipo de interacción con sus antirretrovirales (Kaletra, Truvada).

No tiene limitaciones de tipo intelectual que le impidan obtener nuevos conocimientos. Verifica la información adquirida por su cuenta con el personal de salud.

IV. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Las necesidades alteradas de mayor a menor grado de dependencia son:

1. Evitar peligros
2. Oxigenación
3. Nutrición e hidratación
4. Eliminación
5. Descanso y sueño
6. Creencias y valores
7. Aprendizaje

V. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Código	Tipo	Diagnóstico	Necesidad
00043	Real	Protección ineficaz R/C perfiles hematológicos anormales (pancitopenia) M/P fatiga, y deficiencia inmunitaria	Evitar peligros
00213	Riesgo	Riesgo de traumatismo vascular R/C composición de las soluciones a infundir (antineoplásicos) y sitio de inserción del catéter	Evitar peligros
00188	Real	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C comprensión inadecuada M/P fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud	Evitar peligros
00030	Real	Deterioro del intercambio de gases R/C cambios en la membrana alveolocapilar M/P hipoxemia (PaO ₂ 32mmHg)	Oxigenación
00002	Real	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos (compromiso del aparato gastrointestinal) M/P bajo tono muscular, peso corporal inferior al ideal.	Nutrición e hidratación
00011	Real	Estreñimiento R/C efectos secundarios de opiáceos M/P dolor abdominal, disminución de la motilidad intestinal. dolor al defecar y esfuerzo excesivo en la defecación	Eliminación
00132	Real	Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos M/P expresión facial con una escala EVA 7/10, postura antiálgica, verbalización de dolor y trastorno del patrón de sueño	Descanso y sueño
00095	Real	Insomnio R/C malestar físico (dolor, tos, falta de aliento) M/P dificultad para permanecer dormido, conciliar el sueño, falta de energía y sueño no reparador.	Descanso y sueño
00147	Real	Ansiedad ante la muerte R/C percepción de proximidad de la propia muerte M/P expresión de preocupación sobre el impacto de la propia muerte de los demás y temor a una muerte prematura.	Descanso y sueño
00120	Real	Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional M/P expresión de impotencia y evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar su situación actual	Creencias y valores
00118	Real	Trastorno de la imagen corporal R/C tratamiento de la enfermedad M/P conductas de evitación del propio cuerpo y expresión de temor a la reacción de otros	Creencias y valores
00004	Riesgo	Riesgo de sufrimiento espiritual R/C enfermedad física, cambio en las prácticas espirituales, depresión y estrés	Creencias y valores
00270	Bienestar	Disposición para mejorar los conocimientos M/P expresión de interés en el aprendizaje y conocimientos del tema	Aprendizaje

VI. PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: Evitar peligros	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Función de enfermería: <u>Sustitución</u>	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
Diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz R/C perfiles hematológicos anormales (pancitopenia) M/P fatiga y deficiencia inmunitaria		Objetivo: Disminuir el riesgo de presentar complicaciones asociadas al compromiso inmunológico progresivo por medio de acciones preventivas que permitan evitar e identificar oportunamente las alteraciones propias de un proceso infeccioso.						
Fundamentación: Anormalidades hematológicas clínicamente significativas son comunes en personas con VIH e infecciones asociadas. Estas anormalidades pueden ser resultado del VIH, infecciones oportunistas o como efectos adversos del tratamiento. ⁴⁰ La quimioterapia conlleva algunos riesgos específicos para los enfermos afectados por el VIH. La supresión de la médula ósea, incluida por la quimioterapia, puede causar deterioro de la ya existente inmunodeficiencia asociada a VIH y la aparición de infecciones oportunistas agudas que pongan en peligro la vida de los pacientes, manifestándose por fatiga y otras alteraciones.								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar constantemente los perfiles hematológicos de la persona e identificar anormalidades que puedan predisponerlo para adquirir infecciones de tipo nosocomial ➤ Mantener un registro constante de la temperatura corporal de la persona ➤ Mantener a la persona en aislamiento protector y verificar que este se lleve a cabo con todas las especificaciones propias del mismo 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos los agentes antineoplásicos producen pancitopenia (algunos en menor medida, como la vincristina y la bleomicina), con excepción de los esteroides. En base a las variaciones de los niveles de componentes sanguíneos se deben modificar los cuidados específicos para la persona.⁴¹ ➤ Un amplio espectro de productos bacterianos, fúngicos y virales inducen la síntesis y liberación de citoquinas pirógenas. Así mismo, la fiebre puede presentarse como manifestación de un proceso inflamatorio, trauma o necrosis tisular.⁴² ➤ Los pacientes inmunocomprometidos presentan una mayor susceptibilidad ante infecciones oportunistas y de tipo nosocomial, por lo que deben tomarse medidas especiales para minimizar el riesgo. 				

⁴⁰ Northfelt DW. *Hematologic Manifestations of HIV*. [en línea] Disponible en: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-04-01-09#S1X> [Accesado 21 de Septiembre del 2015].

⁴¹ San Miguel JF, Sánchez-Guijo FM. *Hematología: Manual básico razonado*. 3° ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

⁴² Kasper DL, Fauci AS. *Harrison's Infectious Diseases*. 2° ed. Estados Unidos: Mc Graw-Hill Education; 2013.

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificar diariamente la integridad de la piel y mucosas orales ➤ Enseñar a los familiares/visitantes las medidas que se deben tomar para minimizar el riesgo de infección ➤ Enseñar a la persona y sus familiares acerca de los signos y síntomas de infección ➤ Ministración de componentes sanguíneos (plaquetas) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las lesiones cutáneas y en la mucosa oral representan un factor de riesgo para infecciones en pacientes oncológicos e inmunocomprometidos. ➤ Involucrar a la familia y al propio paciente en las acciones preventivas ante cualquier amenaza a la salud es indispensable también para identificar alteraciones relevantes de forma oportuna y así poder actuar ante las mismas. ➤ Las plaquetas son elementos altamente importantes para que se lleve a cabo el proceso hemostático. La disminución en los niveles sanguíneos de estos hemoderivados aumenta en gran medida el riesgo de sangrado en pacientes predispuestos.

EJECUCIÓN

Se verificaron los perfiles hematológicos de Miguel al iniciar el turno y antes de realizar los primeros cuidados del día y se tomaron las debidas precauciones en caso de que estos valores evidenciaran una mayor vulnerabilidad ante infecciones de tipo nosocomial, así como sangrado y otras complicaciones. Así mismo, se registró la temperatura corporal de Miguel cada 4 horas para facilitar la identificación de picos febriles que pudieran indicar la presencia de infección o procesos inflamatorios anormales.

Debido a que Miguel se encontraba en una unidad individual se facilitó que se siguieran las indicaciones del aislamiento inverso en los tres turnos. Se proporcionó a Miguel información acerca de este tipo de aislamiento y las características del mismo para que pudiera exigir al personal y los visitantes que mantuvieran las precauciones establecidas por su protección. Se enseñó a Miguel a identificar los signos iniciales de mucositis y a identificar lesiones anormales en la piel. También se llevó a cabo una exploración física por turno para verificar la integridad de piel y mucosas.

EVALUACIÓN

Debido a la naturaleza de la enfermedad no se normalizaron los niveles de componentes hematológicos; sin embargo, se minimizó el riesgo de infección y se mejoraron las técnicas preventivas y de identificación de sintomatología propia de las mismas. José Miguel se mostró participativo y se involucró en verificar que las acciones implementadas por el personal y sus familiares fueran las adecuadas. Al egreso se registró un nivel de leucocitos de 2.0 mil/mm³, plaquetas de 59 mil/mm³ y neutrófilos de 63%.

Necesidad alterada: Evitar peligros	Fuente de dificultad: Falta de conocimiento	Función de enfermería: Cuidadora	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de traumatismo vascular R/C composición de las soluciones a infundir (antineoplásicos) y sitio de inserción del catéter		Objetivo: Disminuir el riesgo de traumatismo vascular y lesión tisular por medio de la implementación acciones preventivas, así como la educación de la persona y sus familiares acerca de las ventajas y desventajas del uso del catéter venoso central para el tratamiento oncológico con agentes antineoplásicos						
Fundamentación: Los fármacos vesicantes pueden ocasionar lesiones vasculares y extravasaciones, provocando necrosis tisular. La ministración de agentes antineoplásicos por vías periféricas representa un alto riesgo de extravasación por las características de los vasos en pacientes oncológicos. Se recomienda el uso de vías centrales para la ministración de estos fármacos, aunque también existe el riesgo de extravasación por flujo retrógrado. ⁴³								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elegir la vena adecuada para la ministración de antineoplásicos, que las soluciones a infundir sean las indicadas y el ritmo de infusión el adecuado. ➤ Evitar colocar el catéter cercano a un sitio de punción previo ➤ Verificar que la vía se encuentre permeable y con buen flujo antes de la ministración de citostáticos ➤ Evitar zonas próximas a las articulaciones y la fosa antecubital ➤ Fijar el catéter con un apósito transparente de manera que el sitio de punción y el trayecto venoso sean visibles en todo momento ➤ Informar a la persona sobre los signos y síntomas de alerta ante una posible extravasación 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las venas de menor calibre tendrán concentraciones de fármaco más altas. De esta forma, la fisiología venosa se verá alterada y se podrá producir una extravasación con mayor facilidad.⁴⁴ ➤ La realización de extracciones sanguíneas o cateterizaciones previas recientes en la extremidad donde se va a producir la infusión venosa del citostático puede facilitar la extravasación por la disrupción de la pared vascular.⁴⁵ ➤ Una vía obstruida ocasionará la acumulación de medicamento en el vaso, provocando daño vascular y/o tisular. ➤ Colocar el acceso venoso en un sitio de articulación puede producir el desplazamiento del catéter dentro de la vena y la rotura de la pared vascular, así como el acodamiento de la vía.⁴⁶ ➤ La identificación temprana de los primeros datos de extravasación facilita la actuación oportuna para minimizar el daño vascular y tisular, y el tratamiento de los mismos. Se debe sospechar de extravasación cuando desaparece el retorno venoso de sangre, disminuye el flujo de la perfusión, aparece hinchazón o eritema en relación con la punción venosa, dolor, prurito, escozor, piel fría o sensación de quemazón.⁴⁷ 				

⁴³ Skeel RT, Khleif SN. *Handbook of Cancer Chemotherapy*. 8° ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

⁴⁴ Mateu J, Massó-Muniesa J, Clopés A, Ódena E, Trullas M. Consideraciones en el manejo de la extravasación de citostáticos. *Farm Hosp* [En línea] 1997; 21(4):187-194. Disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol21/n4/187_194.PDF [Accesado el 21 de Septiembre, 2015]

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Perry MC. *The Chemotherapy Source Book*. 5a ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar la utilización de bombas de infusión para la ministración de citostáticos por vía periférica ➤ Brindar a la persona y familiares información fundamentada acerca de las ventajas y desventajas de la colocación de un catéter venoso central para el tratamiento con antineoplásicos vesicantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El uso de bombas de infusión de presión aumentada puede provocar lesiones vasculares y subsecuente extravasación de los agentes citostáticos en caso de obstrucción de la vía.⁴⁸ ➤ Se recomienda el uso de accesos venosos centrales para la ministración de antineoplásicos en pacientes que presentan fragilidad vascular, se encuentran multipuncionados o recibirán tratamiento durante un tiempo prolongado.⁴⁹

EJECUCIÓN

Se llevaron a cabo todos los cuidados de manera satisfactoria. Se mantuvieron las precauciones antes mencionadas para reducir el riesgo de lesión vascular y extravasación en José Miguel y se le enseñó a identificar los datos de alarma durante la infusión de antineoplásicos. Posterior a la ministración del primer ciclo de quimioterapia se explicó nuevamente a José Miguel y sus familiares cuáles son los beneficios de la colocación de una vía central para el tratamiento antineoplásico. Se tuvo especial consideración de su hermana, ya que a pesar de ser profesional de la salud, esta se encontraba en desacuerdo con que se realizara dicho procedimiento. Se pidió a otros pacientes del servicio de Hematología que compartieran con José Miguel sus experiencias con las diferentes vías de administración de la quimioterapia, haciendo énfasis en la distinción de los riesgos percibidos por ellos mismos cuando los agentes antineoplásicos eran ministrados por vía periférica y por vía central.

EVALUACIÓN

No se presentaron eventos de extravasación ni reacciones de hipersensibilidad durante la ministración de los fármacos citostáticos. José Miguel decidió aceptar que se le colocara un catéter venoso central de dos vías, por el cual le serían ministrados los ciclos de quimioterapia posteriores. Así mismo, Miguel expresó sentirse más tranquilo por las mañanas, ya que las extracciones sanguíneas para muestra de laboratorio también se efectuaban haciendo uso del catéter y disminuía el número de punciones que eran llevadas a cabo diariamente con fines de seguimiento clínico.

⁴⁸ Galindo RN, Trilla CP, Domínguez AA, Aguilar GC, Panchi SL. *Prevención y protocolo de urgencia ante la extravasación de quimioterapia antineoplásica por vías periféricas*. *Cancerología* [En línea] 2010; 5:7-16. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294859951.pdf> [Accesado 21 de Septiembre del 2015]

⁴⁹ Otto SE. *Oncology Nursing*. 5a ed. Estados Unidos: Mosby; 2007.

Necesidad alterada: Evitar peligros	Fuente de dificultad: Falta de conocimiento	Función de enfermería: <u>Acompañamiento</u>	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
Diagnóstico de enfermería: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C comprensión inadecuada M/P fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud		Objetivo: Fomentar la modificación de conductas de riesgo relacionadas con la manipulación continua de las vías periféricas y los medicamentos, brindándole a José Miguel la información necesaria para una mejor comprensión de los hábitos que debe tomar durante su estancia hospitalaria.						
Fundamentación: La falta de conocimiento sobre las acciones de alto riesgo que realiza un individuo lo predispone para sufrir complicaciones que de otro modo no se presentarían. Instruir a la persona sobre las acciones que deben ser tomadas como hábitos por él, por el personal de salud y por sus familiares disminuye considerablemente el riesgo de infección, lesión o complicaciones prevenibles de la enfermedad. La educación de la persona también permite que esta lleve a cabo una apropiación del término 'autocuidado', generando independencia en ciertas áreas y necesidades.								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar a la persona sobre los riesgos de manipular las vías de infusión y el sitio de inserción del catéter periférico ➤ Explicar a la persona por qué no debe suspender la infusión de medicamentos ni modificar la configuración establecida de las bombas de infusión ➤ Explicar los riesgos asociados con la contaminación de la vía periférica ➤ Enseñar a la persona cómo manejar las vías al trasladarse para evitar que estas tengan contacto con el suelo ➤ Informar a la persona cuáles son los datos de infección localizada ➤ Explicar a la persona y sus familiares los riesgos de tomar medicamentos no prescritos durante su estancia hospitalaria 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los catéteres venosos periféricos son los dispositivos más frecuentemente empleados para el acceso vascular y aunque la incidencia de infecciones locales o sistémicas asociadas a su utilización es habitualmente baja, ocasionan gran morbilidad por la frecuencia con la que se usan.⁵⁰ ➤ Instruir al paciente acerca del manejo adecuado de las vías de acceso venoso es indispensable para disminuir el riesgo de infecciones y bacteremias asociadas al mismo. ➤ Las acciones de capacitación, asesoría y cuidado del paciente otorgada por los profesionales de la salud constituyen un pilar indispensable para evitar complicaciones relacionadas con el uso de los dispositivos intravenosos y para brindar cuidados de calidad y seguros para el paciente.⁵¹ 				

⁵⁰ Carrero CM. *Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2008.

⁵¹ Secretaría de Salud. *Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente*. México: Comisión Permanente de Enfermería; 2012.

EJECUCIÓN

Se llevaron a cabo las actividades de enseñanza anteriormente planeadas para promover la adopción de conductas preventivas durante el manejo de vías de acceso venoso. Se explicaron las razones por las cuáles no debería modificar los parámetros de infusión de la bomba, detener las infusiones o desconectar las líneas del equipo de infusión. De la misma forma, se enseñó a José Miguel cómo manipular los equipos para poder movilizarse y cómo colocarlas al estar en su unidad de tal forma que no estuvieran en contacto con el piso u ocluidas bajo su peso corporal.

EVALUACIÓN

José Miguel adoptó de manera satisfactoria las conductas aprendidas. Dejó de manipular los equipos y las bombas de infusión y de interrumpir el flujo de las soluciones ministradas. Aprendió a trasladarse de su unidad al sanitario sin comprometer la integridad de los equipos y a comunicar al personal cuando se requiriera un cambio de apósito en el sitio de inserción del catéter. José Miguel se mostró interesado en la información brindada y se mantuvo involucrado en el proceso de aprendizaje, expresando dudas y reafirmando los conceptos que se le enseñaron.

Necesidad alterada: Oxigenación	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Función de enfermería: <u>Cuidadora</u>	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases R/C cambios en la membrana alveolocapilar M/P hipoxemia (PaO2 32mmHg).		Objetivo: Facilitar la ventilación y mantener la mayor saturación de oxígeno posible teniendo en cuenta las limitaciones respiratorias provocadas por las complicaciones propias de la enfermedad.						
Fundamentación: La obstrucción de la vía aérea por diseminación de lesiones pulmonares es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el Sarcoma de Kaposi en pacientes con VIH. ⁵² Esta complicación interfiere en gran medida con la calidad de vida de los pacientes y dependiendo de qué tan avanzada se encuentre la enfermedad puede acelerar el deterioro debido a la falta de oxigenación de tejidos y órganos vitales.								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar a la persona en posición semi-fowler ➤ Oxigenoterapia 3 lt por minuto ➤ Monitorización respiratoria continua ➤ Auscultación de sonidos respiratorios ➤ Limitar la movilización de la persona 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ La posición semi-fowler disminuye la presión en el diafragma, aumenta la capacidad torácica, mejora la mecánica ventilatoria y facilita la expectoración.⁵³ ➤ La oxigenoterapia siempre está indicada cuando exista una deficiencia en el aporte de oxígeno tisular. Esta puede ser diagnosticada de forma objetiva, mediante determinaciones analíticas como la gasometría arterial y la pulsioximetría o bien gracias a los signos y síntomas clásicos (disnea, cianosis, taquipnea, disminución del murmullo vesicular, etc.).⁵⁴ ➤ En pacientes con afecciones oncológicas de involucro pulmonar, la realización de actividades que requieren un mayor aporte de oxígeno representa el aumento excesivo del esfuerzo respiratorio que puede derivar en insuficiencia respiratoria. 				

⁵² Otto SE. Oncology Nursing. 5a ed. Estados Unidos: Mosby; 2007.

⁵³ Day RA, Brunner LS. Brunner & Suddarth's Textbook of Canadian Medical-surgical Nursing. 13a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

⁵⁴ Fernández AR, Fernández AD. *Manual de ayuda a la oxigenación. Dispositivos y procedimientos*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.

EJECUCIÓN

Se llevaron a cabo los cuidados planeados de forma satisfactoria. Se mantuvo la monitorización respiratoria en intervalos para verificar la saturación de oxígeno por medio de pulsioxímetro para poder valorar la necesidad de utilizar un dispositivo respiratorio de mayor flujo.

Se auscultaron sonidos respiratorios 2 veces por turno con el fin de identificar oportunamente anomalías no presentes con anterioridad y de valorar la progresión de la enfermedad. Se mantuvo a José Miguel en posición semi-fowler y se explicó la razón por la cual esto facilitaría su respiración. Así mismo, se le pidió que limitara su movilidad y que permitiera la recuperación en caso de presentar disnea al trasladarse al sanitario.

EVALUACIÓN

Se mantuvo una saturación de oxígeno de entre 87 – 96% verificada por pulsioxímetro. Debido al estado degenerativo crónico de la enfermedad no es posible recuperar por completo la capacidad respiratoria de la persona, pero se le brindaron las herramientas para poderse adaptar tanto como fuera posible a sus nuevas necesidades.

Se enseñó a Miguel a identificar tempranamente los síntomas propios de la disnea y a valorar la gravedad de esta para que pudiera expresar al personal de salud la de mantener el apoyo respiratorio y que estos pudieran valorar a su vez la posibilidad de cambiar el dispositivo de oxígeno a uno de mayor flujo en caso de que el actual dejara de ser suficiente. Al egreso se registró una hemoglobina de 10.2 gr/dL, concentración media de hemoglobina corpuscular de 33.1 gr/dL, ancho de distribución de eritrocitos de 19.5% y una PO₂ de 81%.

Necesidad alterada: Nutrición e hidratación	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Función de enfermería: Cuidadora	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos (compromiso del aparato gastrointestinal) M/P bajo tono muscular, peso corporal inferior al ideal.		Objetivo: Mejorar la tolerancia a los alimentos mediante la implementación de acciones preventivas previas a la ingesta de los mismos y disminuir el ritmo de deterioro nutricional de la persona.						
Fundamentación: La anorexia, pérdida del apetito o del deseo de comer, es uno de los síntomas más frecuentes en pacientes con cáncer; está presente en 15 a 25% de los individuos al tiempo del diagnóstico y es casi universal en pacientes con enfermedad metastásica. Asimismo, es la causa más común de reducción de ingestión de alimentos, desencadenando desnutrición e inanición progresivas. ⁵⁵								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pesar a la persona en intervalos de una semana ➤ Evitar y resolver la presencia de náuseas y vómitos por medio de la ministración de los antieméticos, ondasetrón 8mg IV por razón necesaria ➤ Permitir que la persona ingiera alimentos a su propio paso, sin apresurarlo por horarios establecidos ➤ Ayudar a la persona a reconocer que la pérdida de peso forma parte del conjunto de signos manifestados por su enfermedad ➤ Verificar y mantener la integridad de la mucosa oral 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ La valoración continua de la pérdida de peso en pacientes oncológicos permite identificar de manera precoz la aparición del síndrome de caquexia cancerosa, mismo que predispone a la persona para el desarrollo de complicaciones de tipo infeccioso y aumenta el riesgo de mortalidad.⁵⁶ ➤ La náusea y el vómito que presentan los pacientes oncológicos ponen en riesgo su salud al disminuir la adhesión al tratamiento, alterar el equilibrio hidroelectrolítico e incluso provocar y/o agravar estados de desnutrición.⁵⁷ ➤ La ingesta alimentaria en pocas cantidades puede facilitar al paciente oncológico el alcanzar el consumo de un mayor aporte calórico al permitir que se controlen o disminuyan los efectos adversos secundarios a la intolerancia. ➤ Asimilar los efectos de la enfermedad y el curso de la misma permite fijar objetivos realistas en cuanto al tratamiento y evita sentimientos de frustración que se pudieran presentar al no percibir mejoría definitiva ante ciertos signos y síntomas en trastornos degenerativos. ➤ El dolor y sangrado que se pueden presentar con las lesiones de la mucosa oral (mucositis) pueden alterar severamente los hábitos alimenticios de los pacientes, provocando pérdida de peso y agravando la desnutrición.⁵⁸ 				

⁵⁵ Sosa SR, Sánchez LK, Motola KD, Green RD. Síndrome de anorexia-caquexia en el paciente oncológico. Gac Med Méx. 2008; 144(5):435-440.

⁵⁶ Manjón CM, Oliva MF, Díaz RM. Puesta al día: Guía práctica de nutrición hospitalaria. RAPD online. [En línea] 32(4):295-308. Disponible en: http://www.sapd.es/revista/revista_vol38n4_2015.php

⁵⁷ Ochoa CF, Cervantes SG, Fuentes AA. Guías latinoamericanas de manejo de la emesis en oncología, hematooncología y radioterapia. GAMO. 2013;12(1):1-16

⁵⁸ Perry MC. The Chemotherapy Source Book. 5a ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consultar con el servicio de nutrición del Instituto la posibilidad de incluir suplementos alimenticios en la dieta de José Miguel 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando las recomendaciones dietéticas no logran cubrir los requerimientos de energía o proteínas o es necesario aportar nutrientes específicos. Esto se logra mediante suplementos alimenticios, generalmente líquidos o semisólidos, y con elevada densidad calórica.⁵⁹

EJECUCIÓN

Se mantuvo un registro real del peso de José Miguel en la ficha de identificación en las hojas de enfermería y se añadió el rubro de índice de masa corporal para facilitar la visualización de la pérdida progresiva y esta información fue compartida con el servicio de nutrición del INCan para asegurar que se realizaran los cambios pertinentes en la dieta de la persona según sus necesidades energéticas y nutricionales.

Se ministraron los medicamentos antieméticos prescritos (ondasetrón) antes de los alimentos y se solicitó al servicio de cocina que no retirara la charola de comida de Miguel si este no había terminado su ración en el lapso de tiempo establecido. Así mismo, se solicitó al Licenciado en Nutrición adscrito al servicio que valorara la necesidad de incluir suplementos alimenticios en la dieta de Miguel para compensar por su falta de apetito en la medida de lo posible. Se trabajó con Miguel en cuanto a la aceptación del estado de déficit nutricional como parte de la enfermedad y el tratamiento, pero se le alentó a esforzarse para disminuir el deterioro y la pérdida de peso progresiva. Se proporcionaron colutorios alcalinos (500ml de solución fisiológica con 1 cucharada de bicarbonato de sodio) y se le enseñó cómo realizar los enjuagues bucales con los mismos. Se le pidió que realizara estos enjuagues cada 6 horas para prevenir lesiones orales.

EVALUACIÓN

Debido a la naturaleza degenerativa de la enfermedad y los efectos adversos del fentanil y los agentes citostáticos no se mejoró en gran medida el apetito de Miguel. Sin embargo, se logró que intentara aumentar su ingesta calórica y que comiera en repetidas ocasiones lo que tolerara durante el día. El servicio de Nutrición accedió a las solicitudes realizadas y determinaron que se agregara Ensure a la dieta de Miguel, ya que su ingesta es bien tolerada por los pacientes oncológicos y contiene un aporte calórico elevado. Durante su estancia hospitalaria perdió 6kg (3 semanas).

⁵⁹ Manjón CM, Oliva MF, Díaz RM. *Puesta al día: Guía práctica de nutrición hospitalaria*. RAPD online. [En línea] 32(4):295-308. Disponible en: http://www.sapd.es/revista/revista_vol38n4_2015.php

Necesidad alterada: Eliminación	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Función de enfermería: <u>Acompañamiento</u>	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento R/C efectos secundarios de opiáceos M/P dolor abdominal, disminución de la motilidad intestinal. dolor al defecar y esfuerzo excesivo en la defecación		Objetivo: Disminuir el impacto negativo de los medicamentos opioides en el tracto gastrointestinal con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona mediante la utilización de elementos farmacológicos, así como una modificación de la dieta que pueda ser tolerada por la persona.						
Fundamentación: Las complicaciones gastrointestinales (estreñimiento, retención fecal, obstrucción intestinal, diarrea y enteritis por radiación) son problemas comunes en el paciente de oncología. El crecimiento y la propagación del cáncer, así como su tratamiento, contribuyen a estas afecciones. ⁶⁰ El uso de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor en el paciente oncológico puede ocasionar ciertos efectos adversos, entre los cuales el más frecuente es el estreñimiento.								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos (1.5 lt por vía oral al día) ➤ Sugerir al personal de clínica del dolor que prescriban un laxante para contrarrestar el efecto gastrointestinal adverso provocado por el fentanil ➤ Incluir en la dieta alimentos ricos en fibra que sean tolerados por la persona 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ La deshidratación provoca que los productos fecales tengan una consistencia demasiado seca que dificulta su paso por el intestino. Aumentar la ingesta de líquido promueve la peristalsis y facilita la evacuación.⁶¹ ➤ La activación de receptores opioides en la submucosa inhibe la secreción de agua y electrolitos en la luz intestinal e incrementa la absorción en el intestino. Así mismo, los opioides aumentan el tono del esfínter anal y debilitan el reflejo de defecación por medio de la reducción de la sensibilidad a la distensión. La administración de laxantes promueve la peristalsis en pacientes con tratamiento analgésico opioide.⁶² ➤ La fibra es un carbohidrato no digerible. La fibra soluble da consistencia a las heces, mientras que la insoluble absorbe agua y las ablanda, facilitando su evacuación. 				

⁶⁰ National Cancer Institute. Cancer treatment: Gastrointestinal complications. Disponible en: <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/constipation/GI-complications-hp-pdq> [Accesado: 21 de Septiembre de 2015]

⁶¹ Aschenbrenner DS, Venable SJ. *Drug Therapy in Nursing*. 3ª ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

⁶² Lepper W. *The impact of opioid analgesics on the gastrointestinal tract function and the current management possibilities*. Contemp Oncol. 2012; 16(2):125-131.

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar masaje abdominal y enseñar a la persona a realizarlo por sí mismo ➤ Verificar que las dosis ministradas del analgésico sean las prescritas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El masaje abdominal estimula la carga rectal al aumentar la presión intraabdominal, estimulando la peristalsis, disminuyendo el tiempo de tránsito en el colon e incrementando la frecuencia de los movimientos peristálticos.⁶³ ➤ Proporcionar una dosis mayor de cualquier fármaco puede aumentar exponencialmente el riesgo de que la persona presente efectos adversos además de los propios de la enfermedad, pudiendo afectar tanto su integridad física como económica, emocional y social, dependiendo del efecto.

EJECUCIÓN

Se sugirió a Miguel que mantuviera una ingesta constante de líquidos, de por lo menos 1.5 litros de agua en caso de no consumir la cantidad con los alimentos. Se pidió a su familiar que procurara tener siempre líquido disponible para Miguel. Se solicitó al personal de clínica del dolor que valoraran la necesidad de incluir un laxante en el esquema de José Miguel. Se mostró a Miguel cómo realizar el masaje abdominal para promover la peristalsis y se pidió a su familiar que lo llevara a cabo según fuera necesario en caso de que el personal no estuviera disponible en ese momento.

EVALUACIÓN

A pesar de que se incluyó la ministración de Anara gotas y senósidos para tratar el estreñimiento provocado por el fentanil, este síntoma empeoró durante la estancia hospitalaria de José Miguel. En valoraciones posteriores durante reingresos por urgencias hematológicas se sospechó de obstrucción gastrointestinal secundaria al Sarcoma de Kaposi, misma que fue comprobada y que requirió múltiples valoraciones por el servicio de cirugía. Por esta razón y debido a que durante la realización de este proceso no se tenía en cuenta que la dificultad era ocasionada por obstrucción mecánica, no se obtuvieron resultados satisfactorios al implementar los cuidados antes descritos. Una evacuación presentó sangre rojo brillante y fue de consistencia seca y olor suigéneris.

⁶³ McCurg D, Lowe-Strong. *Does abdominal massage relieve constipation?* Nursing Times. 107; 12:20-22.

Necesidad alterada: Descanso y sueño	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Función de enfermería: Cuidadora	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos M/P expresión facial con una escala EVA 7/10, postura antiálgica, verbalización de dolor y trastorno del patrón de sueño		Objetivo: Mejorar la calidad de vida de José Miguel mediante el alivio o disminución del dolor físico a un nivel de tolerancia.						
Fundamentación: El dolor es un problema muy frecuente en los pacientes con cáncer, con una prevalencia del 90% en los estadios avanzados. El manejo del dolor oncológico es complejo, y un enfoque multidimensional es preciso para su manejo óptimo. Las principales causas del dolor oncológico incluyen la invasión tumoral de estructuras adyacentes (70%), procedimientos diagnósticos y terapéuticos (20%), síndromes inducidos por la neoplasia (<10%) y otras causas extraoncológicas. ⁶⁴ De la misma forma, el dolor puede interferir en otros aspectos de la vida de la persona, principalmente en el descanso adecuado y la conciliación del sueño.								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar una valoración continua del nivel de dolor ➤ Brindar los cuidados analgésicos correspondientes para evitar el discomfort ➤ Identificar las posiciones que disminuyen el dolor y promover que las adopte si no interfieren con el estado respiratorio ➤ Sugerir al equipo de clínica del dolor que realice una nueva valoración de la dosis ministrada a Miguel y la posibilidad de modificarla para aumentar la efectividad del tratamiento analgésico 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener un registro del nivel de dolor expresado por un paciente permite identificar la efectividad del tratamiento analgésico, así como la toma de decisiones relacionadas con el mismo.⁶⁵ ➤ El control del dolor en el paciente oncológico mejora en gran medida la calidad de vida, sea este por medios farmacológicos, físicos o espirituales. ➤ La adopción de posiciones antiálgicas permite controlar el dolor de forma física temporalmente. Esto resulta útil cuando se ha alcanzado la dosis máxima de analgésicos en un paciente, por lo que se requiere una valoración secundaria tomando en cuenta el estado de salud de la persona y lo avanzado de la enfermedad.⁶⁶ ➤ Es preciso realizar una valoración multidimensional del dolor, en un intento de indagar sobre los mecanismos fisiopatológicos, y otros factores asociados al dolor como los emocionales y psicológicos. Es preciso valorar de forma exhaustiva una serie de aspectos relacionados con la percepción del dolor por parte del paciente oncológico, mismos que incluyen la intensidad y el tipo de dolor, los factores desencadenantes y las limitaciones en la vida de la persona.⁶⁷ 				

⁶⁴ Khosravi SA, Del Castillo RG, Pérez MG. *Manejo del dolor oncológico*. An. Med Interna. 2007; 24(11):554-557.

⁶⁵ Flores JC. *Medicina del dolor. Perspectiva internacional*. Barcelona: Elsevier; 2015.

⁶⁶ *Ibidem*

⁶⁷ Khosravi SA, Del Castillo RG, Pérez MG. *Manejo del dolor oncológico*. An. Med Interna. 2007; 24(11):554-557.

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permitir a la persona que adopte medidas propias de alivio del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La implementación de técnicas de alivio del dolor pueden ser específicas de cada persona y tan variadas como efectivas. Algunas personas encuentran alivio o disminución del dolor al llevar a cabo actividades alternativas como la meditación, respiración entre otras.

EJECUCIÓN

Se mantuvo el registro del dolor referido por Miguel dos veces por turno en la hoja de enfermería y se verificó en esta misma hoja cuántas dosis de rescate requería Miguel en promedio por día (las 6 dosis). Se solicitó una revaloración por parte del servicio de clínica del dolor para considerar modificar la dosis base, número de rescates o el esquema de tratamiento analgésico de José Miguel.

Se alentó a Miguel a que adoptara medidas personales de alivio del dolor y se mencionó que tal vez retomar la meditación podría ayudar en ese aspecto.

EVALUACIÓN

El servicio de clínica del dolor no realizó la revaloración solicitada, ya que se encontraban en espera del resultado de la valoración realizada por el servicio de psiquiatría para verificar que el dolor referido por Miguel no era únicamente somatización, ya que aumentar la dosis de opiáceo o cambiar el esquema analgésico podría ser contraproducente si la fuente del dolor no es física. Sin embargo, se trabajó con Miguel para identificar posiciones que disminuyeran el dolor y que no aumentaran su dificultad respiratoria. Miguel refirió sentirse agradecido por reconocer y validar el dolor referido e intervenir para disminuirlo. Al llevar a cabo una segunda valoración, Miguel refirió un dolor de 5/10 en la EVA.

Necesidad alterada: Descanso y sueño	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Función de enfermería: <u>Cuidado</u>	Nivel de dependencia	1	<u>2</u>	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Insomnio R/C malestar físico (dolor, tos, falta de aliento) M/P dificultad para permanecer dormido, conciliar el sueño, falta de energía y sueño no reparador.		Objetivo: Mejorar la calidad de vida de la persona mediante el control de los factores del entorno que interfieren con el descanso y facilitando un sueño reparador.						
Fundamentación: Los pacientes oncológicos presentan más trastornos del sueño que las personas sanas, tanto en la dificultad para conciliar como para mantener el sueño. Es el trastorno del sueño más frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida del paciente. ⁶⁸ La privación del sueño puede afectar físicamente con un aumento de fatiga, mayor intolerancia al dolor y depresión del sistema inmune, así como a nivel emocional con aumento de irritabilidad, depresión y anhedonia. ⁶⁹								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Modificación del ambiente para favorecer el sueño ➤ Enseñar a la persona a mantener una higiene del sueño adecuada ➤ Implementación de relajación muscular progresiva de Jacobson antes de la hora de dormir para disminuir el estrés y la ansiedad 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Minimizar el ruido, atenuar o apagar las luces, ajustar la temperatura de la habitación y consolidar las tareas de asistencia al enfermo para disminuir el número de las interrupciones puede aumentar la duración de sueño ininterrumpido y facilitar la conciliación.⁷⁰ ➤ La higiene del sueño es un elemento central en el tratamiento no farmacológico de los trastornos del sueño, ya que permite el individuo identificar los elementos que afectan directa o indirectamente la calidad del sueño y así adoptar conductas que corrijan el problema.⁷¹ ➤ La relajación muscular progresiva pretende conseguir un nivel de relajación general, así como un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión-distensión de los principales grupos musculares.⁷² 				

⁶⁸ Contreras MN, Alvarado AS, Molina SR. *Insomnio en el paciente oncológico*. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013;12(2):101-107.

⁶⁹ Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*. Psicooncología. 2004;1(2-3):211-230.

⁷⁰ Contreras MN, Alvarado AS, Molina SR. *Insomnio en el paciente oncológico*. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013;12(2):101-107.

⁷¹ Ruiz C. *Revisión actual del concepto de insomnio*. Revista Mexicana de Psicología. 2004;24(1):73-82.

⁷² Chóliz M. Técnicas para el control de la activación. Disponible en: <http://www.uv.es/=choliz/RelajacionRespiracion.pdf> [Accesado el 7 de Octubre del 2015].

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permitir la utilización de aromaterapia en la unidad de la persona ➤ Controlar el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El masaje suave con aceites esenciales ayuda a algunas personas a disminuir los niveles de estrés y preocupación, además de crear un ambiente de tranquilidad que facilita la conciliación del sueño.⁷³ ➤ El dolor es uno de los factores físicos de riesgo más importantes en los trastornos del sueño (hasta un 60% de pacientes con dolor presentan algún tipo de trastorno del sueño). Aliviar este síntoma puede mejorar el patrón de sueño-vigilia del paciente.⁷⁴

EJECUCIÓN

Se proporcionó información a Miguel y a sus familiares sobre las características y los beneficios de una buena higiene corporal. Se proporcionaron sábanas para colocar en las ventanas y disminuir la cantidad de luz que iluminaba la unidad de noche, ya que Miguel mencionó preferir la completa oscuridad para dormir. Se sugirió al personal del turno nocturno que limitaran las interacciones con José Miguel durante la noche y que procuraran no hacer ruido al entrar a la unidad para la ministración de fármacos o monitorización del estado de la persona. Tomando en cuenta la facilidad para la meditación expresada durante la etapa de valoración, se pidió a su familiar que llevara a la unidad el aceite esencial preferencia de Miguel para con este realizar un masaje relajante todas las noches. Se guió a Miguel para llevar a cabo la técnica de relajación muscular progresiva y se realizaron las actividades antes descritas para controlar el dolor.

EVALUACIÓN

Posterior a la realización de los cuidados Miguel refirió haber experimentado una mejoría considerable en cuanto a la calidad y las horas de sueño. A pesar de que este siguió siendo interrumpido debido a la rutina propia del servicio para la ministración de los fármacos y la aplicación de los cuidados específicos para su enfermedad, se logró que Miguel obtuviera en promedio 7 horas y media de sueño por día. Miguel manifestó sentirse más cómodo y relajado siguiendo la técnica proporcionada.

⁷³ Davis P. Aromaterapia de la A a la Z. 2ª ed. Estados Unidos: EDAF; 1998.

⁷⁴ Contreras MN, Alvarado AS, Molina SR. *Insomnio en el paciente oncológico*. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013;12(2):101-107.

Necesidad alterada: Descanso y sueño	Fuente de dificultad: Falta de conocimiento	Función de enfermería: <u>Acompañamiento</u>	Nivel de dependencia				
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad ante la muerte R/C percepción de proximidad de la propia muerte M/P expresión de preocupación sobre el impacto de la propia muerte de los demás y temor a una muerte prematura.			Objetivo: Disminuir la ansiedad de Miguel relacionada con el deterioro físico ocasionado por la enfermedad y el tratamiento mediante la implementación de técnicas de relajación y aceptación del estado de salud actual.				
Fundamentación: Desde el momento del diagnóstico y durante todo el curso de la enfermedad, el paciente se encuentra sometido a un intenso estrés emocional. Las connotaciones psicosociales que acompañan al cáncer son de gran importancia para comprender los trastornos que se presentan durante el curso de la enfermedad, el factor más importante para afrontar esto es la personalidad previa del sujeto. Las secuelas psicológicas que más se estudian en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico. ⁷⁵							
Cuidados			Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a Miguel a identificar los signos y síntomas propios de una crisis de ansiedad ➤ Enseñar a Miguel a implementar respiraciones diafragmáticas en un estado de crisis ➤ Ayudar a Miguel a identificar los sentimientos ocasionados por su estado actual y pedirle que les asigne un valor del 1 al 10, utilizando la escala de ESAS (Edmonton Symptom Assessment System). 			<ul style="list-style-type: none"> ➤ La ansiedad produce un número de signos y síntomas típicos. Estos incluyen palpitaciones y sudoración por hiperactividad autónoma. Los cambios en el pensamiento incluyen aprensión, preocupación y falta de concentración. De la misma forma, se pueden presentar síntomas físicos como tensión muscular y fatiga.⁷⁶ ➤ La respiración diafragmática fortalece el diafragma, disminuye el esfuerzo respiratorio, la frecuencia respiratoria y la demanda de oxígeno. Adicionalmente, llevar a cabo este tipo de respiración requiere de concentración para realizarlo de forma efectiva, evitando que la persona continúe pensando en aquello que provoca la ansiedad. ➤ La escala de ESAS está diseñada para asistir en la valoración de nueve síntomas comunes en los pacientes con cáncer: dolor, cansancio, náusea, depresión, ansiedad, falta de concentración, apetito, bienestar y disnea. El utilizar este sistema permite a la enfermera identificar las necesidades percibidas de la persona de forma rápida y efectiva para implementar los cuidados pertinentes.⁷⁷ 				

⁷⁵ Velázquez MN, Vázquez TL, Alvarado AS. *Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos*. Cancerología. 2009; 4:19-29.

⁷⁶ Stark DP, House A. *Anxiety in cancer patients*. British Journal of Cancer. 2000; 83(10):1261-1267.

⁷⁷ Cancer Care Ontario. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13262> [accesado el 7 de Octubre del 2015].

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener el contacto emocional con la persona, así como la verbalización y lenguaje corporal para mostrar empatía ➤ Permitir y aceptar los mecanismos de defensa de la persona ➤ Fomentar la comunicación entre la persona y sus familiares, ya que la principal fuente de ansiedad es el impacto negativo que tendría su muerte en la vida de quienes lo rodean. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estas acciones recuerdan al paciente que no está solo y fomentan la expresión o aclaración de necesidades, preocupaciones y dudas, mejorando la comunicación enfermera-paciente. ➤ Aceptar las reacciones de la persona ante amenazas percibidas puede crear un entorno de confianza en el que será más fácil aceptar ayuda. La ansiedad, después de todo, es una respuesta normal ante una situación de peligro.⁷⁸ ➤ La comunicación entre el paciente oncológico y sus seres queridos puede disminuir hasta cierto punto la ansiedad y el miedo relacionados con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

EJECUCIÓN

Se implementó la utilización de la escala ESAS para la valoración diaria de la sintomatología asociada con ansiedad y se realizaron valoraciones secundarias en aquellos síntomas con una puntuación mayor a 5 posterior a los cuidados implementados. Se explicó a Miguel cuáles son los signos y síntomas propios de un estado de ansiedad con la finalidad de que pudiera aplicar la técnica de respiración diafragmática al identificar la aparición de los mismos y disminuir su intensidad, así como evitar su progresión.

Debido a la buena relación que ya se había establecido con Miguel, fue fácil mantener el contacto emocional y mostrar empatía en todo momento, creando un ambiente de confianza donde no se ponían en duda sus miedos ni los sentimientos expresados. Así mismo, se pidió a la familia y amigos que compartieran sus pensamientos sobre la enfermedad de Miguel y el pronóstico de la misma.

EVALUACIÓN

A pesar de que Miguel participó activamente en los cuidados ejecutados y llevó a cabo la autovaloración diaria con la escala ESAS, así como las respiraciones diafragmáticas al inicio de cada crisis de ansiedad, él refirió que lo que más ayudó para disminuir este estado fue el hablar con sus seres queridos y sentir el apoyo de los mismos sin que estos juzgaran sus decisiones y que se mostraran realistas respecto al pronóstico de la enfermedad y el tratamiento.

⁷⁸ NANDA. Anxiety Nursing Interventions and Rationales. Disponible en: <http://nandanursing.com/anxiety-nursing-interventions-and-rationales.html> [Accesado el 7 de Octubre del 2015].

Necesidad alterada: Creencias y valores	Fuente de dificultad: Falta de conocimiento	Función de enfermería: <u>Acompañamiento</u>	Nivel de dependencia	1	<u>2</u>	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional M/P expresión de impotencia y evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar su situación actual		Objetivo: Mejorar la integridad cutánea y reducir el riesgo de lesión mediante el uso de agentes tópicos externos y la implementación de cuidados orientados a la prevención.						
Fundamentación: El afrontamiento es un mecanismo complejo mediante el cual las personas lidian con el estrés, resuelven problemas y toman decisiones. Es una respuesta emocional, cognitiva y conductual de un paciente ante un diagnóstico. El proceso de afrontamiento incluye por lo menos dos etapas: confrontación y manejo del problema. Ya que cada paciente es un individuo único, la respuesta emocional, cognitiva y conductual pueden variar en gran medida y puede ser impredecible según la persona. La capacidad del paciente para hacer frente al diagnóstico oncológico puede verse afectada cuando el tratamiento y el curso de la enfermedad interfieren con las habilidades y actividades previas, alterando el rol y la percepción de sí mismo. ⁷⁹								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a la persona a identificar y aceptar los cambios ocasionados por la enfermedad y el tratamiento ➤ Pedir a la persona que identifique sus fortalezas y cómo estas influyen en su toma de decisiones ➤ Involucrar a la persona en la toma de decisiones tanto como sea posible al implementar los cuidados de Enfermería 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ El proceso de adaptación de la persona ante un diagnóstico oncológico requiere que esta esté plenamente consciente de que la enfermedad existe y del tratamiento por el que deberá someterse para superarla. La adaptación puede permitirle a la persona tener una perspectiva optimista y de esperanza que incrementa el autoestima y mejora el autoconcepto, facilitando el afrontamiento.⁸⁰ ➤ El reconocerse a sí mismo como un ser con habilidades y fortalezas específicas ayuda a la persona a encontrar la capacidad para superar situaciones adversas. ➤ Dejar que la persona tome ciertas decisiones relacionadas al tratamiento y los cuidados diarios le asigna un sentido competencia, ya que para realizar esta actividad cognitiva se requieren aptitudes y habilidades psicológicas, así como un entendimiento razonable de su situación actual y del objetivo final del tratamiento. 				

⁷⁹ Sprah MS. *Psychosocial coping strategies in cancer patients*. Radiol Oncol. 2004; 38(1):35-42.

⁸⁰ Sánchez HP, Corbellas SC, Camps HC. Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. España: Consorcio Hospital General Universitario; 2010. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf> [Accesado el 7 de Octubre del 2015]

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permitir que la persona lleve a cabo las actividades que le sea posible realizar por sí mismo para promover su independencia ➤ Solicitar la intervención por parte del servicio de psicooncología 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser capaz de realizar actividades de autocuidado como el aseo personal, el consumo de alimentos, la movilización y aquellas actividades recreativas según la preferencia de cada persona les permite recuperar en cierta medida el sentido de independencia y el control sobre su vida y su tiempo. Este cuidado debe llevarse a cabo únicamente en aquellos pacientes que no son completamente dependientes y que no corren riesgo de lesión al realizarlas. ➤ La atención interdisciplinaria del equipo de salud permite que la persona reciba tratamiento integral y de calidad según sus diferentes necesidades. El apoyo de otro profesional de la salud puede aportar elementos que la enfermera puede no manejar en su totalidad.

EJECUCIÓN

Se llevaron a cabo conversaciones ajenas a la enfermedad, tratamiento y pronóstico, intentando hacer énfasis en indagar los intereses de Miguel, así como sus habilidades y capacidades personales percibidas. Se demostró a Miguel que aunque el deterioro funcional es real por la patología de base y como resultado del mismo tratamiento, su valor como persona va más allá de la capacidad física y que aun así esta podría ser recuperada al finalizar el tratamiento. Se promovió la independencia y autonomía de José Miguel en las actividades que así lo permitieran, como el aseo diario, el sanitario y se pidió a su familiar que permitiera que él mismo realizara algunos de los cuidados que no ameritaban la intervención de otra persona. Se reconoció a Miguel como persona y no como paciente. Se entabló una relación de confianza donde se facilitó la comunicación y la expresión de dudas y sentimientos negativos.

EVALUACIÓN

Miguel expresó sentirse optimista ante el pronóstico y a pesar de no haber aceptado por completo el deterioro de su estado de salud, sentía la capacidad para afrontar el tratamiento y realizar las actividades que promovieran la recuperación y evitaran o minimizaran los riesgos de lesiones que pudieran empeorar o complicar su estado de salud. Se solicitó una interconsulta con el servicio de psicooncología para dar seguimiento a la alteración en esta necesidad.

Necesidad alterada: Creencias y valores	Fuente de dificultad: Falta de conocimiento	Función de enfermería: Acompañamiento	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la imagen corporal R/C tratamiento de la enfermedad M/P conductas de evitación del propio cuerpo y expresión de temor a la reacción de otros		Objetivo: Mejorar la autoimagen mediante la implementación de cuidados que faciliten una aceptación de los cambios físicos y de la nueva estructura corporal como parte del proceso adaptativo a la situación actual de salud.						
Fundamentación: La imagen corporal es un componente importante del autoconcepto, ya que define cómo la persona se presenta ante otros y es la apariencia física lo primero que se somete a juicio en un entorno social. ⁸¹ Los cambios en la apariencia física que con frecuencia aparecen como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos oncológicos es otra fuente de estrés a la que los pacientes de cáncer deben enfrentarse. Su capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercute directamente en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral. ⁸²								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a la persona a identificar los cambios físicos ocasionados por la enfermedad y el tratamiento ➤ Fomentar la separación del aspecto físico y los sentimientos de valía personal ➤ Facilitar el contacto con personas que han sufrido los mismos cambios en la apariencia física 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ya que la preocupación por la imagen corporal es muy variada entre los pacientes con cáncer y se encuentra asociada a diferentes resultados psicosociales, sería ideal discutir cambios en la apariencia física que han sucedido y que probablemente sucederán a lo largo del tratamiento y durante el curso de la enfermedad.⁸³ ➤ Cuando la persona atribuye su valía personal a la apariencia física y el control sobre esta disminuye o desaparece, la persona experimenta cambios en la forma en cómo percibe, imagina, piensa, siente y/o actúa respecto a su propio cuerpo, que le hacen sentirse diferente de sí mismo (respecto a cómo era antes del cambio físico) y de los demás, manifestando una gran insatisfacción con su propio cuerpo y como consecuencia, con su persona.⁸⁴ ➤ Interactuar con personas que han sufrido los mismos cambios en la apariencia física puede ser una experiencia positiva para los paciente de reciente diagnóstico o que iniciarán tratamiento antineoplásico, ya que para ellos tiene un mayor valor la empatía de alguien que ya ha pasado por su situación que la de una persona que no ha experimentado los mismos cambios que él o ella.⁸⁵ 				

⁸¹ Annunziata MA, Muzzatti B. *Le dimensioni psicosociali del cancro*. Clinica Piconcologica. 2011;2:73-86.

⁸² Fernández AI. *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. Psicooncología. 2004;1(2-3):169-180.

⁸³ Corove FM, Teo I, Epner DE. Managing body image difficulties of adult cancer patients. *Cancer*. 2014;120(5):633-641.

⁸⁴ Fernández AI. *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. Psicooncología. 2004;1(2-3):169-180.

⁸⁵ Lluch HA, Almonacid GV, Garcés HV. Cáncer e imagen: El duelo corporal. España: Hospital Clínico Universitario. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Brindar alternativas de expresión por medio de la imagen corporal diferentes al peso y el cabello (ropa, accesorios, colores). ➤ Fomentar la interacción social de forma gradual 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambiar el centro de atención que la persona da a su propio cuerpo puede fomentar el desarrollo de una nueva imagen corporal adaptada a los cambios experimentados. Por ejemplo, si la persona valoraba su musculatura y por el diagnóstico ha perdido peso o se encuentra en un estado de caquexia, se puede trabajar para que se valore otro aspecto de su apariencia física y disminuir la relevancia del peso para su autoestima.⁸⁶ ➤ Los pacientes con dificultad para adaptarse a los cambios en la imagen corporal evitan la interacción social, a menudo aislándose por completo para evitar ser juzgados por su apariencia. Este aislamiento a menudo puede evidenciar sentimientos de vergüenza, vulnerabilidad y culpa.⁸⁷

EJECUCIÓN

Se trabajó con José Miguel para que reconociera los cambios físicos por los que ha pasado su cuerpo durante los últimos meses, identificando cada una de las características y pidiéndole que describiera cómo lo hacían sentir cada uno de estos cambios, así como la relación que tenía su apariencia física con su valía como persona y se intentó lograr que Miguel desarrollara un mejor autoconcepto basado en sus cualidades como individuo y no en su apariencia. Se brindaron opciones para mejorar su aspecto corporal. Se pidió a pacientes del mismo piso que compartieran sus experiencias con Miguel y cómo aceptaron o no estos cambios físicos, así como el impacto que tuvieron en su autoestima y en sus relaciones sociales. Se pidió a familiares y amigos que visitaran a Miguel y que evitaran mencionar su apariencia física o su enfermedad durante estas visitas, orientando la conversación hacia intereses comunes o experiencias vividas.

EVALUACIÓN

Aunque se logró disminuir la alteración en la percepción de la imagen corporal en José Miguel y modificar su forma de pensar en cuanto a la importancia de la apariencia física, no se logró que restableciera la interacción con sus seres queridos, ya que a pesar de expresar su disposición para aumentar su autoestima refirió necesitar más tiempo para poder relacionarse con otros sin sentir que su aspecto interfería con la interacción.

⁸⁶ Annunziata MA, Muzzatti B. *Le dimensioni psicosociali del cancro*. Clinica Piconcologica. 2011;2:73-86.

⁸⁷ Corove FM, Teo I, Epner DE. Managing body image difficulties of adult cancer patients. *Cancer*. 2014;120(5):633-641.

Necesidad alterada: Creencias y valores	Fuente de dificultad: Falta de voluntad	Función de enfermería: Acompañamiento	Nivel de dependencia	1	<u>2</u>	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sufrimiento espiritual R/C enfermedad física, cambio en las prácticas espirituales, depresión y estrés		Objetivo: Mejorar el estado espiritual de la persona al promover que retome prácticas previas de meditación y relajación, disminuyendo así su nivel de estrés y ansiedad y facilitando el sueño.						
Fundamentación: La meditación ha servido como herramienta para disminuir el estrés, la ansiedad y trastornos psicósomáticos varios tanto en personas sanas como en pacientes que presentan distintos tipos de patología. Muchas de las tradiciones y religiones de las cuáles se originan las diferentes formas de meditación la usan para alcanzar un estado de concentración y de profunda conciencia, facilitando el pensamiento y el reconocimiento personal fuera del cuerpo y hacia el espíritu. La meditación trascendental reduce el ritmo respiratorio, la frecuencia cardíaca y la demanda de oxígeno. ⁸⁸								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitar el entorno apropiado para que se lleve a cabo la meditación ➤ Permitir a José Miguel tener una hora a solas por día, en la que se pedirá a sus familiares que salgan de la unidad. ➤ Realizar ejercicios de respiración y la relajación muscular progresiva antes de la meditación para reducir los niveles de ansiedad y facilitar la concentración ➤ Proporcionar a Miguel los elementos físicos necesarios para llevar a cabo esta actividad 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un entorno tranquilo, sin ruidos externos persistentes facilita la concentración y permite alcanzar un estado de meditación óptimo. Las interrupciones durante el ejercicio de meditación interfieren con la concentración del individuo e impiden que el ejercicio se lleve a cabo de forma adecuada. ➤ La meditación, a pesar de ser una actividad que se realiza en grupo con mucha frecuencia en algunas sociedades, puede tener un mejor efecto si se realiza a solas por personas con experiencia en la técnica, ya que es capaz de modular el ritmo de la meditación y fijar un límite propio. ➤ La relajación previa a la meditación permite mantener la mente desprovista de preocupaciones y si estas están presentes, lograr que la ansiedad disminuya y se inicie la respiración abdominal característica de las técnicas de meditación tradicionales. Si la persona intenta meditar mientras se encuentra en un estado de hiperactividad emocional la técnica puede no ser efectiva. ➤ Aunque la meditación trascendente por sí sola no requiere de elementos externos para lograr la concentración óptima, algunos individuos hacen uso de objetos adicionales, como pueden ser aceites esenciales, incienso y campanillas espirituales. 				

⁸⁸ Arias AJ, Steinberg K, Banga A, Trestman RL. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness.

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pedir a Miguel que haga una valoración de su estado emocional antes y después de la meditación 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que la persona pueda identificar los cambios en el estado emocional provocados por el ejercicio de meditación puede motivarlo a seguir llevando a cabo esta práctica de forma rutinaria y así obtener los beneficios de la meditación como parte de la vida diaria. En pacientes oncológicos es frecuente la implementación de técnicas de meditación para disminuir el estrés, la ansiedad y la fatiga experimentados por el diagnóstico.

EJECUCIÓN

Después de hablar con Miguel para obtener mayor información acerca de la técnica de meditación que él practicaba previo a su diagnóstico (meditación trascendental), se intentó proporcionar un ambiente idóneo y tiempo a solas para que pudiera llevarlo a cabo, así como la inclusión de aceites esenciales que refirió le ayudaban a concentrarse mejor.

Se pidió a la familiar que se retirara de la unidad por un periodo de 1 hora diaria (de 18:30 a 19:30, ya que en este horario no habría interrupciones por parte del personal para la ministración de medicamentos o monitorización). Se informó al resto del personal de salud que en este horario se procurara no ingresar a la unidad de Miguel a menos que él lo solicitara.

EVALUACIÓN

Se contó con la cooperación de Miguel, su familiar y del personal de salud para que se llevara a cabo esta actividad durante su estancia hospitalaria. Miguel refirió que durante las primeras sesiones le costó trabajo concentrarse y alcanzar el estado de meditación, pero después le fue más fácil y después de semana y media solicitó que su sesión se ampliara a 2 horas, lo cual no pudo llevarse a cabo porque esto interfería con el horario de ministración de medicamentos; sin embargo, se agregaron 30 minutos a la sesión y Miguel expresó estar de acuerdo con esa modificación.

Necesidad alterada: Aprendizaje	Fuente de dificultad: Falta de conocimiento	Función de enfermería: Acompañamiento	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar los conocimientos M/P expresión de interés en el aprendizaje y conocimientos del tema		Objetivo: Brindar información fundamentada sobre la patología, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad, así como las acciones que puede llevar a cabo para prevenir lesiones y complicaciones de la misma.						
Fundamentación: Brindar un cuidado de calidad requiere que los procedimientos no sean solamente requeridos por el personal médico, sino también deseados por el paciente. De esta forma, el cuidado de calidad implica que la toma de decisiones debe ser efectuada entre el personal de salud y el mismo paciente. Sin embargo, para que esto pueda llevarse a cabo de forma efectiva, el paciente debe tener un conocimiento básico objetivo e imparcial de la patología que le fue diagnosticada, así como de las opciones del tratamiento y el pronóstico esperado de cada uno de ellos. ⁸⁹								
Cuidados				Fundamentación				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el nivel actual de conocimientos sobre la patología, el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y acciones preventivas. ➤ Explicar a la persona los aspectos básicos sobre la patología, su curso y la sintomatología ➤ Explicar los efectos de cada uno de los medicamentos y sus posibles efectos adversos ➤ Explicar las posibles complicaciones que se pueden presentar si no se llevan a cabo las acciones preventivas ➤ Explicar el objetivo del tratamiento 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar el nivel de conocimientos sobre un tema específico es indispensable para decidir qué lenguaje se utilizará al brindar la información y desde dónde es pertinente comenzar a explicar de tal forma que se ahorre tiempo por parte de la enfermera y se proporcione la información requerida para el paciente. ➤ Explicar a un paciente cuáles son los aspectos básicos sobre su patología y los medicamentos que se le ministran diariamente puede ser una herramienta para el personal de salud, ya que un paciente informado podrá identificar signos de alarma con mayor facilidad y alertará al personal oportunamente. Así mismo, un paciente informado sobre las posibles complicaciones efectuará acciones preventivas a conciencia y disminuirá el riesgo tanto como sea posible de su parte.⁹⁰ ➤ No todos los tratamientos son curativos. Explicar al paciente los objetivos específicos de su tratamiento ayuda a fijar metas realistas y disminuye el estrés en caso de que no se lleve a cabo la resolución completa de la enfermedad en un tiempo determinado. Es aceptable informar al paciente cada vez que cambie el objetivo del tratamiento, ya que muchas veces estos tienen un gran impacto en los diferentes aspectos de su vida. 				

⁸⁹ Fowler FJ, Levin CA, Sepucha KR. Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. Health Affairs. 2011;30(4):1-8.

⁹⁰ Salleras SL. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2013.

Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resolver dudas y usar la retroalimentación para verificar que la información haya sido comprendida en su totalidad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La forma más efectiva para determinar si la información ha sido comprendida por el paciente es la retroalimentación. Llevar el proceso de aprendizaje de esta forma permite que los datos aprendidos sean asimilados de una forma más natural, así como identificar dudas de manera más sencilla.

EJECUCIÓN

Se llevó a cabo el proceso de enseñanza en un lapso de varios días, donde se abordaron los aspectos más básicos de los puntos antes descritos. Se alentó la expresión de dudas y la formulación de preguntas y se solicitó la intervención de otros profesionales de la salud cuando la información brindada no fue suficiente o salía del área que legalmente puede abordar enfermería. Se aclararon también las dudas de los familiares, quienes se incorporaron al proceso de enseñanza y aportaron conocimientos de su parte.

Se brindó información acerca de recursos electrónicos confiables donde Miguel podría consultar información relacionada con su padecimiento en caso de presentar dudas en el hogar o si quería la experiencia de otras personas con el mismo diagnóstico y que han vivido experiencias similares.

EVALUACIÓN

El proceso de enseñanza concluyó de manera satisfactoria. Miguel se mostró abierto a recibir información y participó activamente en la etapa de retroalimentación, expresando dudas y solicitando más información donde creyó necesario. Miguel y su familia expresaron agradecimiento por la información brindada y los recursos electrónicos proporcionados, ya que consideraron que de esta forma sería más sencillo para ellos entender el proceso de la enfermedad y seguir conductas que evitaran las complicaciones prevenibles.

VII. PLAN DE ALTA

COMUNICACIÓN:

A su egreso se le proporcionó una receta donde se incluyó el número de la institución para solicitar una cita y el número de consultorio al que debe acudir para valoraciones posteriores. Se recordó a Miguel que su hermana tiene conocimientos que pueden ser de utilidad en caso de que presente molestias, ya que ella podrá contactar al personal del Instituto de forma inmediata. Se proporcionó un cuadro con un resumen de los cuidados realizados para que pudiera continuar con ellos en casa y se pidió que llamara a la extensión de hematología en caso de tener alguna duda respecto al mismo.

URGENCIA:

Se proporcionó una lista de los signos y síntomas de alarma relacionados a complicaciones de la enfermedad, así como datos de infección relacionada con el catéter central. Se le recordó que en caso de presentar alguno de esos síntomas debería acudir lo antes posible al servicio de atención inmediata en el Instituto Nacional de Cancerología para que se realizaran las valoraciones pertinentes. En caso de que ocurra una urgencia de otro tipo que amenace la vida del paciente, se le pidió que acudiera al servicio de urgencias del hospital más cercano a su domicilio para que se le brindara la atención inicial y posteriormente comunicarse al INCan para determinar si se amerita el traslado.

INFORMACIÓN:

La persona egresó con la información antes proporcionada con recursos electrónicos para ampliar su conocimiento sobre la patología. Ya que la persona solicitó una aclaración sobre el pronóstico actual de la enfermedad, se solicitó al hematólogo que acudiera a la unidad para poder dar ese tipo de información, ya que no concierne al personal de enfermería.

DIETA:

Se brindaron las especificaciones de la dieta para neutropénico con ayuda del servicio de nutrición del Instituto, así como un cuadro con alimentos ricos en fibra de consistencia tolerable para que procurara incluirlos en su dieta. Se le recordó que era recomendable la ingesta abundante de líquidos y evitar alimentos irritantes. Se proporcionó también una hoja con instrucciones para preparar colutorios alcalinos en casa.

AMBIENTE:

Se recordó a José Miguel que en su estado actual corre un alto riesgo de presentar infecciones, ya que se encuentra inmunodeprimido por la patología de base y el tratamiento. Se le explicaron las precauciones a tomar para reducir el riesgo de infección.

RECREACIÓN:

Ya que Miguel había expresado con anterioridad que no se encontraba listo aun para volver a interactuar con amigos y familiares de la misma forma en la que lo hacía antes y debido a que no podía movilizarse en gran medida por la disnea de esfuerzo se alentó a que encontrara otras formas de recreación y actividades que lo mantuvieran ocupado durante el día para evitar que su estado emocional empeorara de nuevo.

MEDICAMENTOS:

Los únicos medicamentos con los que egresó José Miguel fueron los que forman parte del tratamiento antirretroviral. Ya que él conoce bien estos medicamentos y mantiene un apego terapéutico del 100% únicamente se le recordaron los horarios en los que se deben tomar y los posibles efectos adversos de los mismos.

ESPIRITUALIDAD:

Se alentó a Miguel a que continuara trabajando en este aspecto de su vida, ya que como él mismo lo manifestó en algún momento, la meditación le ayudaba a mantenerse enfocado en la meta que representa su recuperación. Se comprometió a volver a incorporar la meditación a su vida diaria y a seguir una rutina que le facilitara ejercitar este aspecto.

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta efectiva que ofrece un método dinámico y sistematizado para la aplicación del cuidado que puede ser implementado en los tres niveles de atención y en una persona o comunidad según sus requerimientos específicos.

Este Proceso requirió el empleo de técnicas orientadas a mejorar no solo el aspecto biológico de la persona, sino también en el emocional, social y espiritual, ya que estos pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud y el curso de la enfermedad.

Los pacientes oncológicos requieren cuidados de enfermería especializados que, a pesar de tener elementos comparables con los requeridos por personas con otras patologías, exigen modificaciones para adaptarlos a la situación originada por el diagnóstico de cáncer, donde a menudo es indispensable atender primero los aspectos emocionales de la persona con el fin de que el tratamiento farmacológico sea sobrellevado de la mejor manera posible.

Durante la aplicación de este proceso y durante la estancia en el Instituto Nacional de Cancerología requerí preparación adicional sobre las patologías oncológicas, así como sus complicaciones y los diferentes tratamientos (quimioterapia, radioterapia, cirugía oncológica y paliación), ya que durante la preparación profesional no se tocaron estos temas a profundidad. Sin embargo, dicha preparación me brindó las herramientas que facilitaron la obtención del conocimiento necesario para brindar el cuidado a pacientes oncológicos.

La experiencia que adquirí al implementar este proceso me permitió identificar los factores de riesgo principales que predisponen a miembros de la población a adquirir el virus de inmunodeficiencia humana y a sufrir las complicaciones consecuentes que disminuyen su calidad de vida y a menudo culminan con la muerte a una temprana edad.

Una de las consideraciones para evitar estas alteraciones se encuentra en el fortalecimiento de los programas preventivos en el primer nivel de salud y a la implementación de otros que faciliten la identificación temprana de la enfermedad, ya que esto les permitirá a aquellos que ya la presenten el iniciar un tratamiento adecuado y evitar el deterioro inmunológico que predispone a la adquisición de otras infecciones oportunistas. Estos programas de diagnóstico temprano deberían ser accesibles para el público en general e individuos de todas las edades.

El formar lazos empáticos es una actividad que no toma demasiado tiempo y que beneficia en gran medida a las personas que se encuentran a nuestro cuidado, además de facilitar la implementación de otras intervenciones, ya que al sentirse involucrados en el proceso de recuperación de la salud participan de forma activa y se muestran más abiertos a recibir cuidados específicos.

La realización de este proceso permitió conocer a José Miguel como persona y recordar que los pacientes son más que su enfermedad y el tratamiento de la misma. Esta experiencia mejoró considerablemente el desempeño como futuro profesional de enfermería durante el año de servicio social en la institución, permitiendo que se brindara un cuidado holístico.

Así mismo, esta actividad me motivó a adquirir más conocimientos en áreas que a menudo se ven olvidadas por el personal de la salud, pero que podrían mejorar considerablemente la calidad del cuidado en los tres niveles de atención.

ANEXOS

SARCOMA DE KAPOSÍ ASOCIADO A VIH

El Sarcoma de Kaposi (Sarcoma de Kaposi) es una angiomatosis sistémica de evolución maligna que se manifiesta primariamente como nódulos vasculares múltiples en la piel y otros órganos y que puede involucionar espontáneamente en respuesta a mejoría en la función inmune del huésped.⁹¹

La enfermedad fue descrita por primera vez por Moritz Kaposi, como sarcoma pigmentado múltiple e idiopático. Inicialmente se reportaron casos esporádicos de esta neoplasia hasta que posteriormente se descubrió el Sarcoma de Kaposi en un área geográfica determinada en África (Sarcoma de Kaposi endémico) y la epidemia asociada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).⁹²

Epidemiología

Antes de 1985, el Sarcoma de Kaposi era la manifestación inicial de VIH en aproximadamente 30% de los casos, alcanzando su punto máximo en los años 90. Posterior a esto, la incidencia de Sarcoma de Kaposi declinó rápidamente en países desarrollados, en gran parte gracias al uso de antirretrovirales. En los Estados Unidos, la incidencia de Sarcoma de Kaposi asociado a VIH incrementó en un 83% entre 1996 y 2002 comparado con años previos. Actualmente el riesgo de presentar Sarcoma de Kaposi permanece relativamente elevado en personas con VIH no diagnosticado y por lo tanto sin tratamiento, con una incidencia estimada en los Estados Unidos de 62 casos por cada 100,000 personas.

⁹¹ Jessop S. *HIV-associated Kaposi's Sarcoma*. Dermatol Clin. 2006; 24:509-520.

⁹² Mora MI. *Sarcoma de Kaposi*. An Med Interna. 2003;20:167-169.

El Sarcoma de Kaposi es el segundo tumor más común en personas con VIH/SIDA a nivel mundial, solo después del linfoma no Hodgkin. El Sarcoma de Kaposi asociado a VIH se mantiene como la causa más común de morbilidad y mortalidad en algunas partes del mundo con alta prevalencia de ambas infecciones. En algunas partes de África, el Sarcoma de Kaposi representa casi el 50% de los casos de cáncer en hombres, es el segundo tumor más frecuente en mujeres y se está convirtiendo en un problema de salud pública cada vez mayor debido al acceso limitado a la terapia antirretroviral.⁹³

Etiología

Todas las formas del Sarcoma de Kaposi se transmiten vía sexual o vía sanguínea debido al virus del herpes humano tipo 8 (HHV-8). Meses antes de la manifestación del tumor, la viremia por el HHV-8 desarrolla anticuerpos específicos. Los síntomas de la enfermedad se deben a la seroconversión por HHV-8.

Fisiopatología

El virus asociado a Sarcoma de Kaposi (KSHV por sus siglas en inglés) ocurre en los tejidos en dos fases: latente y lítica. Ambas fases son requeridas para que se lleve a cabo la oncogénesis. La fase latente, en la que solo se expresan algunos genes del virus, puede prolongarse particularmente en personas no inmunocomprometidas, requiriendo un desencadenante adicional que puede ser la deficiencia inmunitaria para iniciar el desarrollo del tumor.

⁹³ DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. *DeVita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9ª ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

En la fase lítica de la infección se ven expresados múltiples genes y esta puede ser inducida por un gran número de factores, incluyendo la hipoxia, estrés oxidativo o coinfecciones con agentes que alteran el funcionamiento del sistema inmunológico, entre ellos la más frecuente es la infección por VIH.⁹⁴ Es probable que la mayoría de las personas portadoras de KSHV sin alteraciones inmunológicas nunca desarrollen la enfermedad.⁹⁵

El mecanismo de acción del KSHV en la oncogénesis no ha sido comprendido en su totalidad, pero se sabe que mientras que la función primaria de los genes expresados durante la fase latente es permitir a las células infectadas permanecer en el cuerpo mediante la evasión inmunológica, estos, aunados a algunos genes expresados en la fase lítica pueden promover la oncogénesis.

El Sarcoma de Kaposi se caracteriza por lesiones angiogénicas inflamatorias que pueden presentarse en varias partes del cuerpo. Estas lesiones ocurren con mayor frecuencia en la piel, pero pueden desarrollarse en casi cualquier órgano y ser completamente viscerales sin manifestaciones cutáneas.

Las lesiones de Sarcoma de Kaposi se caracterizan por hendiduras vasculares llenas de sangre que a menudo se extravasa, dando el color púrpura o rojizo característico. Aunque la información acerca de las propiedades monoclonales del KSHV son contradictorias, hay evidencia de que la hiperproliferación de células fusiformes derivadas del endotelio está directamente inducida por el KSHV. Los genes de este virus simulan la función de varios genes humanos, lo cual les brinda diferentes propiedades, entre ellas la angiogénesis, así como la producción de

⁹⁴ Bhutani M, Polizzotto MN, Uldrick TS, Yarchoan R. *Kaposi Sarcoma-Associated Herpesvirus-Associated Malignancies: Epidemiology, Pathogenesis and Advances in Treatment*. Semin Oncol. 2014; 42:223-246.

⁹⁵ Jessop S. *HIV-associated Kaposi's Sarcoma*. Dermatol Clin. 2006; 24:509-520.

factores de crecimiento endotelial. Estos genes aunados a ciertas citoquinas humanas y factores de crecimiento estimulan potencialmente la proliferación de células fusiformes y la angiogénesis.⁹⁶

Signos y síntomas

Las lesiones por Sarcoma de Kaposi inician en forma de máculas violáceas que evolucionan a placas y nódulos, mismos que pueden ulcerarse y sangrar. Estas lesiones pueden variar de un tamaño pequeño hasta varios centímetros de diámetro. En su evolución pueden permanecer estables durante meses o crecer rápidamente y diseminarse. Se han descrito hasta 10 variantes diferentes de lesiones: máculas, placas, nódulos, linfadenopáticas, exofíticas, infiltrativas, equimóticas, telangiectásicas, queloidales y cavernosas o linfangiomatosas. Las localizaciones más frecuentes del Sarcoma de Kaposi son piel, mucosa oral y ganglios. A nivel visceral los órganos más frecuentemente afectados son pulmón, tracto gastrointestinal, genitales, cavidad oral, cavidad nasal, hígado, bazo y médula ósea.⁹⁷

Diagnóstico

El diagnóstico del Sarcoma de Kaposi es histológico. En la biopsia de la lesión se observan células fusiformes distribuidas que dibujan luces vasculares irregulares. Puede haber extravasación hemática. Los restos de eritrocitos degradados pueden formar glóbulos hialinos, que son estructuras esféricas y eosinófilas.

⁹⁶ DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. *DeVita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9ª ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

⁹⁷ Rojo EA. *Sarcoma de Kaposi: revisión de la literatura e ilustración de un caso*. Acta médica grupo ángeles. 2013; 11(1):23-31.

Tratamiento

Las opciones terapéuticas para el tratamiento del Sarcoma de Kaposi son múltiples. El tratamiento en el Sarcoma de Kaposi debe ser individualizado y depende de si se trata de lesiones únicas o enfermedad diseminada, si hay afectación visceral y del estado inmunológico del enfermo. Los tratamientos locales están indicados en estadios iniciales, principalmente en Sarcoma de Kaposi cutáneo; sin embargo, las recurrencias son frecuentes.⁹⁸

El tratamiento con antirretrovirales es fundamental para el tratamiento de Sarcoma de Kaposi asociado a VIH y siempre deberá ser el tratamiento de primera elección. La terapia antirretroviral efectiva controla la viremia de VIH y con frecuencia ocasiona reconstitución inmunitaria.

El tratamiento con quimioterapia puede ser obviado en pacientes donde la infección por KSHV tiene una regresión únicamente con la terapia antirretroviral; sin embargo, en ocasiones los pacientes con Sarcoma de Kaposi tendrán una progresión dramática y repentina de la enfermedad durante los primeros 3 meses de la terapia antirretroviral. Si la terapia antirretroviral es insuficiente o no lo suficientemente rápida en el tratamiento de Sarcoma de Kaposi se debe considerar el tratamiento sistémico con antineoplásicos. Los citostáticos más comúnmente usados en el tratamiento del Sarcoma de Kaposi son la doxorubicina, paclitaxel y esquema ABV.⁹⁹

⁹⁸ *Ibíd*em

⁹⁹ DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. *DeVita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9ª ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. 8ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
2. Annunziata MA, Muzzatti B. Le dimensioni psicosociali del cancro. Clinica Piconcologica. 2011;2:73-86.
3. Aschenbrenner DS, Venable SJ. Drug Therapy in Nursing. 3ª ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
4. Berman A, Snyder S, Fandsen G. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing. 10th ed. Estados Unidos: Pearson; 2015.
5. Bhutani M, Polizzotto MN, Uldrick TS, Yarchoan R. *Kaposi Sarcoma-Associated Herpesvirus-Associated Malignancies: Epidemiology, Pathogenesis and Advances in Treatment*. Semin Oncol. 2014; 42:223-246.
6. Carrero CM. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Madrid: Difusión Avances de enfermería; 2008.
7. Collière MF. Promover la vida. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2009.
8. Contreras MN, Alvarado AS, Molina SR. Insomnio en el paciente oncológico. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013;12(2):101-107.
9. Corove FM, Teo I, Epner DE. *Managing body image difficulties of adult cancer patients*. Cancer. 2014;120(5):633-641.
10. Davis P. *Aromaterapia de la A a la Z*. 2ª ed. Estados Unidos: EDAF; 1998.
11. Day RA, Brunner LS. *Brunner & Suddarth's Textbook of Canadian Medical-surgical Nursing*. 13a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
12. De la Torre NL, Domínguez GJ. *Sarcoma de Kaposi: Una revisión*. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010; 9(4):525-533.
13. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. DeVita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9ª ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

14. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 2004;1(2-3):169-180.
15. Fernández AR, Fernández AD. Manual de ayuda a la oxigenación. Dispositivos y procedimientos. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
16. Fernández RC, Padierna SC, Villoria FE, Amigo VI, Fernández MR. Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*. 2011;23(3):374-381.
17. Flores JC. Medicina del dolor. Perspectiva internacional. Barcelona: Elsevier; 2015.
18. Fowler FJ, Levin CA, Sepucha KR. Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. *Health Affairs*. 2011;30(4):1-8.
19. García G. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. México: Progreso; 2002.
20. Jessop S. HIV-associated Kaposi's Sarcoma. *Dermatol Clin*. 2006; 24:509-520.
21. Kasper DL, Fauci AS. Harrison's Infectious Diseases. 2º ed. Estados Unidos: Mc Graw-Hill Education; 2013.
22. Khosravi SA, Del Castillo RG, Pérez MG. Manejo del dolor oncológico. *An. Med Interna*. 2007; 24(11):554-557.
23. Kozier B, DuGas B. Tratado de enfermería práctica: El proceso de enfermería. 4ª ed. México: Interamericana; 2000.
24. Leal C, Carrasco J. Fundamentos de Enfermería: Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. España:DM; 2010.
25. Lepper W. The impact of opioid analgesics on the gastrointestinal tract function and the current management possibilities. *Contemp Oncol*. 2012; 16(2):125-131.

26. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004;1(2-3):211-230.
27. McCurg D, Lowe-Strong. Does abdominal massage relieve constipation? *Nursing Times*. 107; 12:20-22.
28. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. 9° Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
29. Ochoa CF, Cervantes SG, Fuentes AA. Guías latinoamericanas de manejo de la emesis en oncología, hematooncología y radioterapia. *GAMO*. 2013;12(1):1-16
30. Otto SE. *Oncology Nursing*. 5a ed. Estados Unidos: Mosby; 2007.
31. Perry MC. *The Chemotherapy Source Book*. 5a ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
32. Raile M. *Nursing Theorists and Their Work*. Estados Unidos: Elsevier; 2014.
33. Rojo EA. *Sarcoma de Kaposi: revisión de la literatura e ilustración de un caso*. *Acta médica grupo ángeles*. 2013; 11(1):23-31.
34. Ruiz C. Revisión actual del concepto de insomnio. *Revista Mexicana de Psicología*. 2004;24(1):73-82.
35. Saldaña A. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*. 2006;8(1-2):8-15.
36. Salleras SL. *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. 3ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2013.
37. San Miguel JF, Sánchez-Guijo FM. *Hematología: Manual básico razonado*. 3° ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
38. Secretaría de Salud. *Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente*. México: Comisión Permanente de Enfermería; 2012.
39. Skeel RT, Khleif SN. *Handbook of Cancer Chemotherapy*. 8° ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
40. Sosa SR, Sánchez LK, Motola KD, Green RD. Síndrome de anorexia-caquexia en el paciente oncológico. *Gac Med Méx*. 2008; 144(5):435-440.

41. Sprah MS. Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiol Oncol.* 2004; 38(1):35-42.
42. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2006;12(8):8217-32.
43. Velázquez MN, Vázquez TL, Alvarado AS. Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología.* 2009;4:19-29.

ELECTRÓNICAS

1. Cancer Care Ontario. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13262> [accesado el 7 de octubre del 2015].
2. Cancian L, Hansen A, Boshoff C. Cellular origin of Kaposi's sarcoma and Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus-induced cell reprogramming. *Trends in Cell Biology* [En línea] 2013;23(9):421-432. Disponible en: doi:10.1016/j.tcb.2013.04.001 [Accesado el 11 de Marzo, 2015]
3. Chóliz M. Técnicas para el control de la activación. Disponible en: <http://www.uv.es/=cholz/RelajacionRespiracion.pdf> [Accesado el 7 de octubre del 2015].
4. Galindo RN, Trilla CP, Domínguez AA, Aguilar GC, Panchi SL. Prevención y protocolo de urgencia ante la extravasación de quimioterapia antineoplásica por vías periféricas. *Cancerología* [En línea] 2010; 5:7-16. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294859951.pdf> [Accesado 21 de Septiembre del 2015]
5. Manjón CM, Oliva MF, Díaz RM. Puesta al día: Guía práctica de nutrición hospitalaria. *Rapd online* [En línea] 2009; 32(4):295-308. Disponible en: http://www.sapd.es/revista/revista_vol38n4_2015.php

6. Mateu J, Massó-Muniesa J, Clopés A, Ódena E, Trullas M. Consideraciones en el manejo de la extravasación de citostáticos. *Farm Hosp* [En línea] 1997; 21(4):187-194. Disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol21/n4/187_194.PDF [Accesado el 21 de Septiembre, 2015]
7. NANDA. Anxiety Nursing Interventions and Rationales. Disponible en: <http://nandanursing.com/anxiety-nursing-interventions-and-rationales.html> [Accesado el 7 de octubre del 2015].
8. National Cancer Institute. Cancer treatment: Gastrointestinal complications. Disponible en: <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/constipation/GI-complications-hp-pdq> [Accesado: 21 de Septiembre de 2015]
9. Northfelt DW. Hematologic Manifestations of HIV. [en línea] Disponible en: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-04-01-09#S1X> [Accesado 21 de Septiembre del 2015].
10. Sánchez HP, Corbellas SC, Camps HC. Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. España: Consorcio Hospital General Universitario; 2010. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf> [Accesado el 7 de octubre del 2015]