



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO EN
PACIENTE CON CÁNCER DE VESÍCULA BASADO
EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ISMAEL BUENDIA TORRES

No. DE CUENTA 414163784



ASESOR ACADÉMICO
DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

CD. MX

SEPTIEMBRE, 2017



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.

DEDICATORIAS

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron para brindarme toda su ayuda, con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes:

A mi madre Paula Torres Rodríguez

A mis Abuelita Q.E.P.D Rita Delgado Sánchez

Mi esposa Guillermina Valdes Landeros

Mis hijos Uriel Octavio Buendía Valdes, Luis David Buendía Valdes

Mi Hermanas

Mis Profesores en especial a mi querido compañero, amigo y profesor José Cruz Rivas Herrera que influyo en mi de forma positiva con profesionalismo, disciplina, honradez, respeto y calidez humana para continuar esta carrera en los momentos de más incertidumbre a él y a todos aquellos profesores que me transmitieron su conocimiento a lo largo de esta carrera. Mil gracias...

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar a este logro.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por toda la formación académica.

A los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la división SUAyED por sus conocimientos transmitidos a través de la plataforma en línea e interacción digital.

Al Profesor José Cruz Rivas Herrera: Quien me motivo y fomento en mí la superación personal y académica, así como el cariño y respeto hacia esta profesión, de igual manera le agradezco su guía en la elaboración y realización de este trabajo y su apoyo a lo largo de la realización del mismo.

A mi madre y abuela: A quienes les debo la vida y por quienes estoy aquí, sin ustedes no hubiera sido posible lograr esta meta. Sé que no fue fácil para ustedes jamás olvidare el esfuerzo y el sudor de su frente con la que luchaban por sacarnos adelante. Hoy les agradezco infinitamente todo el apoyo que me brindaron, así como la educación, los valores y principios que me forjaron para ser una persona de bien, les agradezco las palabras de aliento que me daban cuando sentía que no podía más y como olvidar sus sabios consejos que ahora me doy cuenta que valió la pena escucharlos, las amo Paula y Rita.

A mi esposa e hijos: Porque estuvieron a lo largo de esta carrera para darme palabras de aliento, gracias por apoyarme, por brindarme su cariño y por caminar conmigo a lo largo de esta meta.

ÍNDICE

<i>Dedicatorias</i>	<i>ii</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>iii</i>
Introducción	6
Objetivos	8
→ General	8
→ Específico	8
Justificación	9
Metodología	10
1. MARCO TEÓRICO	11
1.1 La enfermería	11
1.2 El cuidado y enfermería	13
1.3 Concepción del cuidado	17
1.4 Tipos de cuidado	20
1.5 Cuidados de estimulación	23
1.6 El cuidado como objeto de estudio	24
1.7 Cuidado holístico	26
1.8 Teoría de enfermería	29
1.9 Metaparadigma	30
1.10 Función del metaparadigma	34
1.11 Relación entre la teoría y la práctica de enfermería	34
1.12 Niveles de desarrollo de la teoría	36
1.13 Modelo conceptual de Virginia Henderson	37
1.14 Proceso de Atención de Enfermería	48
1.15 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	50
2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	69
2.1 Valoración de las 14 necesidades	72
2.2 Jerarquización de necesidades	80

2.3 Análisis de la información	82
2.4 Priorización de diagnósticos	85
3. PLAN DE CUIDADOS	86
4. PLAN DE ALTA	104
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	105
GLOSARIO	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	112

INTRODUCCIÓN

La vesícula biliar es un órgano en forma de pera situado por debajo del hígado, en la parte superior del abdomen. Almacena la bilis, un líquido que elabora el hígado a fin de digerir la grasa. Cuando los alimentos se descomponen en el estómago y los intestinos, la vesícula biliar libera bilis a través de un tubo que se llama conducto colédoco, que conecta la vesícula biliar y el hígado a la primera parte del intestino delgado. El cáncer de vesícula biliar es una enfermedad poco frecuente en la que se encuentran células malignas (cancerosas), en los tejidos de la vesícula biliar esta enfermedad se manifiesta a través de signos y síntomas tan variados como: Ictericia (la piel y el blanco de los ojos se tornan amarillentos), dolor en la boca del estómago, fiebre, náuseas y vómitos, distensión abdominal, así como nódulos en el abdomen.

Desafortunadamente es complicado y difícil detectar y tener un diagnóstico oportuno ya que no existen signos y síntomas en estadios iniciales y algunos de sus síntomas se confunden con otras enfermedades; lo que retrasa un tratamiento específico y oportuno. Cabe mencionar que en muchas ocasiones este tipo de cáncer se detecta cuando se decide mediante cirugía extirpar la vesícula y se realiza el análisis anatomopatológico de la vesícula.

Aunque se presenta en todos los grupos de edad, el cáncer es considerado en general como una enfermedad del anciano, ya que en ese sector poblacional la incidencia y prevalencia aumenta considerablemente aun así existen numerosos prejuicios por parte de los médicos a la hora de tratar a un individuo de la tercera edad afectado por una neoplasia maligna.

En los países desarrollados y en vías de desarrollo, se observa un marcado incremento en la población mayor de 60 años, como resultado del desarrollo de los sistemas de salud. Ello implica un incremento en la expectativa de vida. En los países desarrollados, una mujer a los 70 años tiene una expectativa media de vida de 12 a 15 años, mientras que la del hombre es de 8 a 10 años. Paralelamente, se

eleva la incidencia de casos de cáncer y surge la necesidad de conocer lo mejor posible las características biológicas de la enfermedad.

Desde este punto de vista, de la importancia de la epidemiología del cáncer de vesícula; se hace importante en las instituciones sanitarias el mantener un cuidado sustentado en la instrumentación del Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de intervención de Enfermería.¹

De esta manera, el presente trabajo está constituido por cuatro capítulos, en el primero se muestra el marco teórico donde se tratan aspectos como el Proceso de Atención Enfermería y sus etapas; dando una breve descripción de cada una de estas, así mismo se habla del metaparadigma, abordando los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación; así como la aplicación de éste. Siendo que el proceso de atención en enfermería estará basado en las catorce necesidades, se hablará sobre los datos biográficos de Virginia Henderson, así como su modelo conceptual, además de la descripción de las catorce necesidades.

El segundo capítulo consta de la valoración de enfermería presentando el caso, así como su historia clínica, además de la valoración clínica de enfermería, el análisis de la valoración recabada y priorización de diagnósticos establecidos a través del juicio clínico para aplicar el plan de cuidados y satisfacer las necesidades alteradas, elementos que nos permitieron elaborar a detalle su plan de alta.

En el tercer capítulo se diseña, fundamenta, ejecuta y evalúa las acciones de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados de enfermería, de acuerdo a la valoración realizada de esta paciente en la unidad de cuidados intensivos.

¹Tratamiento del cáncer de vesícula biliar (PDQ®)–Versión para pacientes. Instituto Nacional del Cáncer[Internet]. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 2017 [Consultado el 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/GzD4KA>

Y por último, el capítulo cuatro consta de las conclusiones y sugerencias, glosario, referencias bibliográficas y anexos con información relevante y actual acerca del cáncer de vesícula.

OBJETIVO GENERAL

Integrar el Proceso de Atención Enfermería a un adulto mayor con Cáncer de vesícula avanzado en la Unidad de Cuidados Intensivos, con la finalidad de brindar intervenciones adecuadas para mejorar el confort del paciente, mediante el Modelo de Virginia Henderson el cual ofrece ventajas para identificar las necesidades reales y potenciales en el aspecto físico, emocional y familiar para así; facilitar acciones específicas que delimiten el daño progresivo y gradual de su enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno por medio de una valoración.
- Identificar el estado de salud de la persona y los problemas que evitan su bienestar elaborando diagnósticos que mejoren sus condiciones clínicas.
- Elaborar y diseñar estrategias para contrarrestar el deterioro progresivo y avanzado de su enfermedad, ofreciendo alternativas que reduzcan el sufrimiento físico y ofrezcan un confort en su estancia en la unidad de cuidados intensivos.
- Realizar las intervenciones necesarias de acuerdo a la patología del paciente.
- Evaluar el progreso del paciente de acuerdo a las condiciones clínicas identificadas en su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

JUSTIFICACIÓN

Este Proceso de Atención de Enfermería se justifica ampliamente por la importancia que tiene el cáncer de vesícula en los últimos años. Es la forma más frecuente de la patología biliar maligna. Algunos autores lo reportan en el cuarto lugar entre los cánceres digestivos, mientras que otros lo reportan como el quinto cáncer en frecuencia en el tubo digestivo. Su incidencia varía ampliamente en distintas partes del mundo; mientras algunas series reportan entre el 0.2 y 5% de todas las colecistectomías, otros autores reportan entre 1 a 3% de todas las colecistectomías.

Este tumor se caracteriza por una evolución poco favorable como consecuencia del curso clínico, que en el momento del diagnóstico ya se presenta como una enfermedad avanzada imposible de resear. Sin embargo, esto ha ido cambiando en la era de la cirugía laparoscópica, pues el incremento en el número de procedimientos quirúrgicos de colecistectomía ha permitido encontrar la enfermedad en estadios potencialmente curables. El diagnóstico temprano, la cirugía agresiva y la quimioterapia constituyen la base para lograr una mayor supervivencia. No obstante, el avance con los procedimientos de diagnóstico por imágenes, el diagnóstico oportuno continúa siendo un problema.

En México, la incidencia es desconocida; sin embargo, en un hospital regional de este país, perteneciente al IMSS, se reportó una incidencia de 0.54% en relación a las colecistectomías realizadas a lo largo de 10 años. Esta neoplasia afecta de manera más importante a la población de sexo femenino, con una relación mujer/hombre de 5:1, siendo el grupo etario más afectado el comprendido entre 50 y 70 años. La cantidad de pacientes afectados por ella no es despreciable y corresponde al 22.7%. Los principales factores de riesgo lo constituyen el sexo femenino, la edad y la colelitiasis. La litiasis se asocia entre un 45 y 100% de las veces.²

²Castillo García, Ruiz Lizárraga J, Romo Aguirre Catalina, Escrivá Machado J, Córdova Pluma V. Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal. Acta medica del Grupo Ángeles. julio-Sep 2010;8(3):140-147.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

La aplicación del proceso enfermero se realizó dentro de los siguientes límites:

Tiempo: 25 de julio al 20 de septiembre de 2017.

Lugar: Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

El presente Proceso Enfermero se realizó en el área de Cuidados intensivos que se encuentra en el tercer piso del Instituto Nacional de Cancerología; es una institución de tercer nivel. En julio del presente año se realizó la valoración de las necesidades afectadas enfocado en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, además de revisar el expediente electrónico de la paciente.

Aplicando el Modelo Teórico de Virginia Henderson se llevó a cabo la valoración, estableciéndose diagnósticos de salud, de riesgo y reales. En base a esta valoración se pudo identificar y potencializar los riesgos que pueden originar complicaciones durante el proceso de estabilización y corrección de diferentes deficiencias renales, hematológicas, hemodinámicas y respiratorias lo que originaría problemas reales o potenciales a partir de las necesidades afectadas. Por lo tanto, se establecen las intervenciones y medidas para ofrecer y permitir una continuidad al cuidado con un enfoque holístico y humanístico.

Al paciente se le dio seguimiento desde su ingreso a la unidad de cuidados intensivos hasta su egreso por fallecimiento debido a múltiples fallas orgánicas que deterioraron su estado físico causándole su deceso a las 3 semanas de haber ingresado al servicio de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

I MARCO TEÓRICO

1.1 La Enfermería

La profesión de enfermería por tradición, ha sido identificada como una práctica realizada por mujeres, centrada en el cuidado del enfermo y con una connotación humanística; estas concepciones se relacionan con su origen, su historia y su evolución. Conocer los momentos históricos, nos permite identificar aciertos y errores con el fin de mejorar los programas educativos.

Actualmente la enfermería responde con intervenciones autónomas, interdependientes y dependientes del cuidado de la salud de la población, mediante enfoques académicos innovadores, para llegar a este punto, se tuvo que pasar por una serie de modelos educativos que fueron marcando pequeños y grandes avances para generar un cuerpo de conocimiento propio de la profesión.

Desde sus inicios la enfermería en México ha enfrentado grandes desafíos ante los cambios sociales, económicos demográficos y epidemiológicos; así como de desigualdad de género, en educación, nuevas formas de consumo y comunicación, además de cambios ambientales, urbanización, avance de la tecnología y entrada en vigor de nuevos profesionales en la salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la enfermería abarca la atención autónoma como una forma de colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.³

Virginia Henderson concibe la enfermería como una forma de asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la

³Acerca de enfermería [homepage en internet]. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, United States of América; 2017. [Actualizada 17 mayo 2017]; [Consultado 2 julio 2017]. Disponible en: goo.gl/H4Qj8r

salud o a su recuperación; actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto a manera de hacerlo lo más rápido posible independiente del sistema de salud, beneficio que se reflejaría en la adquisición de autonomía en su núcleo familiar.⁴

Es así como enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. Para comprender esto, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo, y su asociación con el desarrollo de la enfermería.

Enfermería se perfila como una profesión desde la era Nightingale. Desde esos años se formaliza la preparación de enfermeras en hospitales, y posteriormente y en forma paulatina es ligada a una formación universitaria.

La necesidad de generar conocimiento basados en el método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería, y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan el quehacer. Este conocimiento y al delimitar a los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, los profesionales perfilan claramente un quehacer autónomo e indelegable.

El código de ética establecido y reconocido establece las normas y valores de todos quienes profesen a la enfermería como profesión. Ligado a este código, está la contribución que históricamente se ha reconocido a las enfermeras socialmente.

Las enfermeras a través de sus organizaciones han luchado porque el reconocimiento social se traduzca en mejores condiciones laborales, oportunidades y remuneraciones para el gremio.

Se puede concluir que enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentos y elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose en esta sociedad dinámica, cambiante,

⁴Enfa Side. 26 junio 2013. Virginia Henderson: Definición de enfermería. [internet blog]. [Consultado 2 julio 2017]. Disponible en: goo.gl/C6aR9F

global y tecnologizada. Haciendo frente como profesión a los nuevos desafíos con claridad y visión de futuro.⁵

1.2 El cuidado y enfermería

Los cuidados durante miles de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos.

Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados eran ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación.

En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora-auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas.

El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.⁶

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. Los escenarios de

⁵Burgos-Moreno M, Paravic T. Enfermería como profesión. [Revista on line] 2009 [Consultado 2 julio 2017];vol. 25: 1-2. Disponible en: goo.gl/BwiDzg

⁶ibídem, 2

cuidado se dan en la vida cotidiana, en tanto que es ahí en donde se desarrollan las actividades diarias de las personas. Por otro lado, los cuidados también se dan en el ambiente hospitalario, pero no es ese el único espacio en donde se desarrolla la esencia de la enfermería. Se puede decir que la enfermería es "una" disciplina, no varias, sino una que se desempeña en diferentes espacios y escenarios, sin perder la esencia que la caracteriza: el cuidado.⁷

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale, *Notas sobre Enfermería*, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale "cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él".

Vale la pena mencionar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale.

Durante las décadas del treinta y cuarenta del siglo XX, Virginia Henderson desarrolló una propuesta con el objetivo de definir la función de la enfermera. Esta autora en un análisis histórico que publica sobre el plan de cuidado de enfermería, reconoce que desde los años Veinte algunas enfermeras elaboraban proyectos referentes al diseño de planes de cuidado. La salud hacia principios del siglo XX era definida como ausencia de enfermedad. El cuidado por lo tanto se orientó hacia la resolución de problemas, deficiencias.

En la segunda mitad del siglo, el concepto se amplía considerando el contexto para comprender y explicar la situación de salud individual o colectiva y el cuidado se lleva a cabo para contribuir a recuperar la salud, prevenir la enfermedad,

⁷Lagoueyte-Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. [Revista on line]. 2015 [Consultado 2 julio 2017];47(209-213). Disponible en: goo.gl/UQkTZK

fomentar el mantenimiento de la salud. El cuidado se da a partir de la identificación de la necesidad de ayuda considerando las percepciones e integralidad de la persona.

Las investigaciones realizadas en los años cincuenta en la Universidad de Washington aportaron los fundamentos para diseñar los primeros “Planes de Cuidado”, basados en principios científicos.

En los años sesenta surgió en Norte América, la preocupación por construir “Modelos de Enfermería” y por desarrollar un método a partir del “Proceso de Enfermería” en respuesta las exigencias que planteaba el sistema de salud.

Beatriz Sánchez (2000), define el cuidado “como un acto de interacción humana, reciproco e integral” guía del conocimiento durante el decenio del ochenta, surge con más intensidad la preocupación por la indefinición de la enfermería y se diseñan perfiles que tipifican las destrezas profesionales. Teoristas como Meléis (1985), citada por Villalobos plantea: “La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para, causar o facilitar la situación de salud”.

También afirma Meléis “que la enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de la identidad profesional y autenticidad” y define cuatro etapas:

- 1.- Practica
- 2.- Educación y administración
- 3.- investigación
- 4.- Desarrollo teórico

En esta última etapa considera que se aceptó la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, la necesidad de

probar y corroborar los planteamientos más importantes de diferentes teorías, antes de descartarlas y la idea de aceptar la permanencia de diversos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica.

En el decenio del noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indaga por los conceptos propios de este campo y se propone precisar cuál es su objetivo o razón social de la enfermería, identificando “el cuidado” como la función histórica de los profesionales de enfermería.

En Centro, Sudamérica y en la región Caribe, no se ha desarrollado una corriente teórica con las características de la experiencia norteamericana.

En Colombia, se han dado algunas aproximaciones como la desarrollada por el grupo de reglamentación profesional, constituido por representantes de docencia y de servicio. Grupo que contribuyó a la expedición de la Ley 266 de 1996 en cuyo texto se define Enfermería y se especifica el cuidado como el fin de la práctica profesional: “Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud–enfermedad”.⁸

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluye: a) conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado. b) Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento. c) Cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base al bienestar de los demás.

⁸Moca E. República Dominicana. 25 julio 2006. Cuidados enfermeros. [Internet blog]. [Consultado 2 julio 2017]. Disponible en: goo.gl/Tdx86q

Otro aspecto que es necesario resaltar en el contexto de cuidado, es el referente a las características personales de la enfermera(o), ya que uno de los problemas serios es que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas, por esto es importante considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros. El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y, por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

Dichas características son: el asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el establecimiento de la relación enfermera-paciente, mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrados en lo que acontezca en la personalidad del otro.

Pero también es necesario resaltar su importancia en el ámbito práctico, ya que es evidente que el cuidado forma parte de la producción de servicios sanitarios, siendo un producto intermedio, imprescindible para conseguir uno de los propósitos finales, tales como el alta del paciente.

De tal forma, el cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera paciente.⁹

1.3 Concepción del Cuidado

Desde su fundamentación en 1860 por Florence Nightingale, la enfermería como disciplina profesional viene buscando la consolidación de su saber, para situar a la persona en el centro de su actuación. En las últimas décadas se incorpora al centro de su interés el cuidado, la persona, el entorno y la salud; impregnando la

⁹Juárez P, García M. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Méx Seg Soc. [Revista en línea] 2009 [Consultado 2 julio 2017]; 17(2):109-111. Disponible en: goo.gl/dkul8P

atención de estas categorías en las teorías y en la práctica. El foco de enfermería como ciencia hace años está claramente definido, pero es emergente la centralización de los conceptos de cuidar y de salud.

Ligado a las acciones e intervenciones, siempre estuvo el concepto de salud, de ahí su vinculación con el cuidar. El ser humano, pierde el sentido de la vida y muere si no recibe cuidados, desde el nacimiento hasta la muerte. Sin cuidados, el hombre pierde su propia naturaleza humana. Según la visión humanista, no se logra comprender al ser humano, si no es basado en el cuidado. Cuidar de alguien, a partir de su propio punto de vista, implica un interés genuino, de desvelo y solicitud, desvinculado del propio yo y centrado en el otro.

La enfermería es una profesión que tiene dentro de su actuación el acogimiento del sufrimiento humano y a través del cuidar, rehabilita, mitiga los dolores y promueve salud. Para proporcionar cuidados se requiere de una relación de ayuda, siendo éste un momento único donde se comparte la existencia humana.

La enfermería como profesión encargada del cuidado, se afirmó de forma más relevante durante la segunda mitad del pasado siglo, transponiendo los límites científicos de la prestación de servicios, siendo reconocida en la comunidad científica como una profesión dedicada al cuidado del otro. Desde ese mismo momento, el cuidado ha sido visto como el marco referencial en un nuevo paradigma de la enfermería y a pesar de la relevancia para la profesión, este enfoque no ha recibido la debida atención por parte de quienes lo enseñan y de quienes lo practican. Tras la trayectoria de actuación en enfermería se ejercita el cuidar y el cuidado. Aprender el significado del cuidar podrá transformar en palabras, aquello que el personal de enfermería ha ejercido en la práctica y en la enseñanza.

Pero en el acto de cuidar el profesional de enfermería debe tener presente que la ausencia de valoración de los aspectos éticos y morales, que sin duda intervienen en el cuidado humano, puede descalificar el cuidado como forma de acción terapéutica, tornándose el acto de enfermería, un producto de cambios

substrayendo la enorme importancia de esta terapéutica. Se observa que el respeto hacia el otro es favorable al desenvolvimiento del significado real de su vida, sus potencialidades y su crecimiento.¹⁰

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

En los últimos años en México y particularmente en las escuelas universitarias de enfermería y en algunas instituciones de salud tanto públicas como privadas se ha insistido de manera importante en destacar los cuidados como el eje de los servicios de enfermería. Es decir, se ha venido ampliando la información en relación al cuidado, su importancia, su contenido, el alcance de los cuidados y la toma de conciencia sobre su significado, pero también divulgar y hacerlo accesible a todas las enfermeras de servicio, a los responsables de la organización del cuidado, los investigadores, a los estudiantes y al público en general; los elementos básicos que hoy nos ocupan sobre el cuidado.

En numerosos eventos de carácter nacional e internacional es frecuente escuchar que sin las enfermeras los sistemas de salud no operarían. Sin embargo, y pese a las evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud, las instituciones no perciben el cuidado de enfermería como útil, lo consideran una nómina muy grande, una carga financiera, un problema sindical, una administración altamente burocratizada y por lo tanto mejorarla implica para los políticos y economistas en salud reducir los costos contratando el menor número de enfermeras profesionales.

¹⁰Hernández-Vergel L, Zequeira-Betancourt D, Miranda-Guerra A: La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Clínica Central «Cira García». Ciudad de La Habana, Cuba. [Revista en línea] 2010 [Consultado 5 julio 2017]; 26:1-10. Disponible en: <https://goo.gl/1ik9As>

Por lo que es imprescindible realizar investigaciones sobre el cuidado y la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica que mejoren la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de práctica. Elaborar estudios en donde se pueda mostrar como servicios de enfermería profesionales pueden incidir en indicadores de morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios entre algunos otros indicadores existentes.

Es importante que la Enfermería identifique la necesidad de volver la vista hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Queremos dejar en el pasado los espacios tradicionales de la práctica (hospital), transformarla y también hacer a un lado las actividades rutinarias de cuidado médico delegado y la excesiva carga administrativa.¹¹

1.4 Tipos de cuidado

Históricamente existen diferentes acepciones en relación al cuidado, por ejemplo, Florence Nightingale no definió atención o cuidado en su libro “Notes of Nursing” en 1859. Madeleine Leininger continúa preguntándose si Nightingale consideró como componente del cuidado: el confort, ayuda y la educación de la salud.

En enfermería el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los años sesenta hasta nuestros días. ¿Pero, qué significa esta palabra?, el cuidado es una sensación que denota una relación de interés, cuando la existencia del otro te importa; una relación de dedicación, llevándolo a sus extremos, sufrir por el otro. Cuidar como un concepto está en proceso de ser inventado o construido y se transforma con el paso del tiempo. El cuidado profesional es asumir una respuesta deliberada que envuelve un poder espiritual de afectividad. Este puede estar vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad del cuidado del paciente, o sea, cuidamos de manera diferente a una

¹¹Zárate-Grajales R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Índex de Enfermería Granada, ES*, [Revista en línea] 2004 [Consultado 5 Julio 2017];13:44-45. Disponible en: <https://goo.gl/w21Bys>

persona que se encuentra en una unidad de cuidados intensivos que a otra que se encuentra en un ambulatorio, pero ambas reciben cuidados en grados diferentes.

El cuidado profesional es desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. Estas definiciones respaldan el acto de cuidar, sin embargo, dentro de los estudios ya realizados, se percibe lagunas en cuanto a las investigaciones que involucran la comprensión de los conceptos utilizados en la práctica de enfermería, especialmente cuando se trata del cuidado. Desde 1997 se hizo un llamado sobre la necesidad de que las enfermeras pusieran atención en la comprensión y no solamente en la explicación de los conceptos que guían la práctica profesional.

La enfermera es la profesional que tiene la función primordial de preocuparse y priorizar el bienestar del paciente. La forma de interactuar en la atención es construida a partir de un complejo proceso de sensibilidad y reciprocidad, que se refieren a la vida y formas de fortalecer la relación de las personas.¹²

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer como: monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado. Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la

¹²García-Hernández M, Cárdenas-Becerril L, Arana-Gómez B, Monroy-Rojas A, Hernández-Ortega Y, Salvador-Martínez C. Construcción emergente del concepto: Cuidado Profesional de Enfermería. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, (Esp) [Revista en línea] 2011 [Consultado 9 julio 2017];20:74-80. Disponible en: goo.gl/cQsWak

comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, se entendería por qué las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos, entonces, la relación enfermera(o)-paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizado, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería.

Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera(o) su hacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos; tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto, de un reconocimiento propio.

El significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona.

El cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona convirtiéndolo en un proceso dialéctico de comprensión, y no de aprensión, de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado no profesional, diferencia sustancial entre

el cuidado genérico y el de enfermería. Dicha situación es manifestada en respuestas físicas y emocionales que se reflejan en agradecimientos recíprocos por parte de la persona y la enfermera(o), que concluyen en reconocer al cuidado profesional de enfermería como una pieza importante en la recuperación de la salud.¹³

Los cuidados tienen finalidad distinta y sus objetivos se orientan a la satisfacción de necesidades y/o problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Entre los que se encuentran:

- Cuidados de estimulación
- Cuidados de confirmación
- Cuidados de conservación y continuidad de la vida
- Cuidados para resguardar la autoimagen
- Cuidados de sosiego y relajación
- Cuidados de compensación

1.5 Cuidados de estimulación

Aumentar la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su auto cuidado.

✓ Cuidados de confirmación

Contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente, fortalece psicológicamente al paciente más allá de la enfermedad. Promueve el desarrollo de la personalidad.

¹³Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina- López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. (Aquichán) Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia [Revista en Línea] 2009 [Consultado 9 julio 2017];9(2):127-134. Disponible en: goo.gl/pwxutM

✓ **Cuidados de consecución y continuidad de la vida**

Provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente en el sentido más amplio.

✓ **Cuidados para resguardar la autoimagen**

Contribución que hace el enfermero para lograr que el paciente tenga una imagen real de él y de los que conforman su entorno para ayudar a mantener su autoestima para aceptarse y estimarse.

✓ **Cuidados de sosiego y relajación**

Identificar situaciones de crisis y hacer un plan de recuperación cuyo objetivo será recuperar la tranquilidad del paciente y su entorno a fin de hacer frente a la crisis rápidamente.

✓ **Cuidados de compensación**

Ayuda que debemos ofrecer al paciente para el logro del equilibrio de su salud: ayuda física, psicológica, social según las necesidades insatisfechas. Mayor importancia en pacientes en situación de mayor dependencia.¹⁴

1.6 El cuidado como objeto de estudio

El cuidado como objeto de estudio de la enfermería, se ha ido consolidando en las distintas épocas históricas a través de la evolución de los roles que ha cumplido la enfermera, la reflexión filosófica, la indagación científica y el desarrollo que esto ha significado para nuestra disciplina.

La fundadora de la enfermería profesional es una exponente apasionada de las teorías de medicina social y epidemiología, en las que recoge las mejores

¹⁴Generación 41 Licenciatura en enfermería IPN-CICS UMA. El blog de Cuidados de Enfermería a los pacientes[Internet]; [31 agosto 2014]. Disponible en: goo.gl/LeKSdQ

tradiciones del pensamiento científico en salud de su época, y las combina con esta corriente ancestral de cuidados femeninos, dando a las primeras enfermeras profesionales un prestigio y un aura de intangibilidad irreprochable.

La disciplina de enfermería tiene algunas décadas de investigación, pero la fundamentación del conocimiento pertinente que para ella ha utilizado principalmente se basa en la orientación positivista, lo que le ha quitado protagonismo e importancia al abordaje cualitativo, cuya principal ventaja es la utilización de las ciencias sociales y humanistas en su base, área que sin duda singulariza a enfermería, por la concepción de su objeto de estudio, el ser humano.

También ha estado ausente en el desarrollo de este conocimiento o ha sido considerado de manera muy superficial, el área práctica. Como débil ha sido la adopción y aplicación de conceptos y teorías de otras disciplinas de manera acrítica, siendo necesariamente aspectos que requieren de soluciones, lo que constituye un compromiso para la ciencia de enfermería.

Parte fundamental del desarrollo de la disciplina de Enfermería lo promueve el crecimiento de las teorías que dan sustento a su conocimiento específico, conocimiento tal que le permita constituirse en la base de su práctica, fundamentada y autónoma.

El dominio de la enfermería involucra además del conocimiento que se obtiene de los resultados de investigación, el conocimiento empírico que usa para la práctica, fundamentado en su filosofía e historia, en la práctica pasada, en el sentido común y en ideas congruentes con procesos y metodologías que son esenciales para el desarrollo del conocimiento.

En otras palabras, el conocimiento que maneja enfermería proviene de distintas fuentes, que sistematizado provee la base de su práctica. Esto implica que es necesario reconocer por un lado su orientación valórica basada en la filosofía humanista y por otro el reconocimiento de la dimensión holística del ser humano y

en las creencias compartidas entre sus miembros con relación a su ser. Cual es, el desarrollo de una sensibilidad humana y social, caracterizada esencialmente por la empatía, inherente al proceso de ayuda en el cuidado de enfermería, sensibilidad que se refiere a la habilidad de cuidar bien.

El cuidar bien requiere una comunicación expresiva, significativa y de compromiso, de persona a persona, en una relación transpersonal de paciente-enfermera/o, de amor hacia los demás. Implica manifestar emociones, sentimientos y lograr significados en el encuentro, valorando lo que puede ser observado, percibido, sentido e imaginado.

Enfermería está comenzando a abordar los fenómenos de la realidad práctica con abordaje cualitativo. Pero tropieza con ciertas debilidades que se atribuyen a la investigación cualitativa. Como ser considerada "débil" y menos objetiva que la cuantitativa, lo que puede llegar a calificarla como de menor prioridad en las reuniones de los comités de revisión, dificultando la obtención de fondos para investigación. Esto conduce a un círculo poco satisfactorio para producir conocimiento. Por su parte, aquellas disciplinas que tienen una larga historia de investigadores, que tienen una base teórica desarrollada, que han operado variables y establecido procedimientos y maneras de medirlas de forma confiable y válida, han podido ser percibidas como más rigurosas y científicas.

Como los propósitos de toda investigación son desarrollar una teoría, hacer una descripción o comprender un fenómeno más que comprobar una hipótesis con gran precisión, las ciencias sociales y en particular los métodos cualitativos deben cumplir su papel en el escenario de Enfermería, para construir teorías derivadas del estudio de los fenómenos prácticos de ésta, de la naturaleza humana de quienes son el objeto de su cuidado.¹⁵

¹⁵Sanhueza-Alvarado O. Contribución de la Investigación Cualitativa a la Enfermería. Ciencia y Enfermería, Universidad de Concepción, Chile [Revista en Línea] 2009 [Consultado 9 Julio 2017];15(3):15-20. Disponible en: goo.gl/JT2wbu

1.7 Cuidado Holístico

Desde hace algunos años las enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la profesión, quizás como ningún otro grupo ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, investigación, formación y la gestión en enfermería. Esta actividad a través de la historia ha estado relacionada con la mujer, caracterizada por el temperamento maternal, idiosincrasia propia y muchas veces impuesta por diferentes sociedades.

La discriminación a que estaba sometida la mujer, la obligaba, generalmente, a realizar solamente las actividades hogareñas y no se les permitía estudiar; esto junto con el desarrollo vertiginoso de la medicina, la atención de la sociedad hacia el médico y su método clínico influenciaron negativamente en el pensamiento enfermero. A mediados del siglo XIX por primera vez *Florence Nightingale*, cuando asiste como voluntaria a la Guerra de Crimea y organiza un departamento de enfermería, desafiando los tabúes de la sociedad Victoriana Inglesa, escribe y enuncia una serie de postulados sobre su punto de vista acerca de la enfermería.

Desde aquella época hasta la actualidad muchos han sido los autores y organizaciones que ofrecen una definición conceptual de enfermería. Los términos profesión, ciencia y holismo son más recientes en la historia de la enfermería y en ocasiones de escaso dominio por algunas de las practicantes.

La palabra holístico proviene de las raíces griegas *olos* que significa todo, es la filosofía de la totalidad o integralidad. Fue introducida por primera vez por el mariscal de campo sudafricano *Jan Chistian Smuts* en el libro "Holismo y Evolución" 1926, donde interpreta en un sentido idealista la irreductibilidad del todo a la suma de sus partes, atribuyéndole al factor de totalidad, principios no materiales e incognoscibles con carácter místico.

La introducción de este término en las ciencias de la salud no responde a la filosofía de este pensador; más bien a partir de los años 60 con el auge de la

llamada medicina alternativa, practicada en general por personas sin formación médica académica que se autodenominaron médicos holísticos, estos practicantes realizaban técnicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas no empleadas por la medicina moderna y propiciaron un enfrentamiento que aún persiste con menor fuerza en la medida que el desarrollo científico comprueba la eficacia de estas técnicas y establece una metodología científica para su aplicación.

Cuba es uno de los primeros países que aboga por la integración de la medicina natural y bioenergética a la medicina alopática. Esta integridad ha llevado a introducir el término holístico que según la Sociedad de Medicina Holística de EE.UU. lo conceptualiza como una forma de diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades desde un punto de vista integral lo que implica tratar también al medio ambiente que la circunscribe.

El alcance de la práctica de enfermería incluye actividades de valoración, diagnóstico, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas observadas tanto en las personas sanas como enfermas, estas respuestas humanas son de naturaleza cambiante y dinámica (visión organicista), son diversas y exclusivas para cada individuo siendo reflejo de su interacción con el entorno.

Las diferentes respuestas humanas identificadas por la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA) demuestran finalmente el carácter holístico de la enfermería. La NANDA surgió en 1973 y celebra reuniones bianuales para la elaboración de diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos están agrupados en 9 patrones y trata al hombre como un ser social con dimensiones internas (biológico y psicológico) y externas (entorno), por ejemplo, déficit de volumen de líquidos, disfunción sexual (biológico); afrontamiento individual inefectivo (psicológico); alteración de los procesos familiares, atención a la familia, deterioro de la interacción social (social); sufrimiento espiritual (espiritual).

No solo se diagnostican respuestas alteradas sino respuestas potenciales que puedan causar un problema al paciente (alto riesgo de intolerancia a la actividad, alto riesgo de asfixia) y también diagnósticos de bienestar de salud que su objetivo es elevar aún más el nivel de salud alcanzado por el individuo, la familia y la comunidad (lactancia materna eficaz y conductas generadoras de salud).

Tanto la tendencia organicista de las bases teóricas, el PAE y los diagnósticos de enfermería denotan, en opinión de los autores, el carácter holístico de la profesión.

Se puede concluir que la enfermería va en dirección ascendente en el camino de la profesionalización, cumple con los criterios de *Povalko* para que determinado grupo laboral alcance el nivel profesional, en este caso se considera a la enfermería una profesión de ayuda; tiene un cuerpo de conocimientos abstractos formado por una serie de teorías y modelos conceptuales que abordan los conceptos meta paradigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero, este es enriquecido a través de la investigación y le da estatus de ciencia a la actividad con un método científico (PAE) y el cuidado en su dimensión más amplia como objeto de estudio.

La forma de valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación del individuo, la familia y la comunidad tiene definitivamente carácter holístico, por lo que se puede afirmar que la enfermería es una disciplina científica profesional con carácter holístico.¹⁶

1.8 Teoría de Enfermería

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nació con la primera teoría de enfermería.

¹⁶Hernández-Cortina A, Guardado-Dela Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev. cubana Enfermer [Revista en línea] 2004 [Consultado 10 julio 2017];20(2). Disponible en: goo.gl/VeJs9Y

En las décadas de 1950 y 1960 algunas enfermeras intentaron establecer la base científica de enfermería partiendo de las ciencias básicas, especialmente de la ciencia del comportamiento, orientadas en la idea de que la teoría siempre debe guiar la práctica. A medida que la enfermería ha llegado a la mayoría de edad, como profesión y como disciplina erudita, ha habido una preocupación creciente por delinear su base teórica.

Una teoría es una declaración que propone explicar o caracterizar algún fenómeno, realza las partes salientes de dicho fenómeno para que podamos separar los factores críticos y necesarios de los accidentales y no esenciales (o relaciones). El propósito de la teoría es proporcionar un manejo del fenómeno para que permanezca en una posición de auxilio. Una clasificación útil divide a las teorías en aquellas que describen y aquellas que explican los fenómenos.

La teoría descriptiva ve un fenómeno e identifica sus elementos o eventos principales (relaciones entre elementos), representa el primer nivel de trabajo en el desarrollo de la teoría. Se debe identificar los constituyentes sobresalientes de una teoría antes de determinar lo que sucede con o para ellos. La teoría explicatoria puede tratar con las relaciones de causa y efecto o con las reglas que regulan las interrelaciones entre los constituyentes; se origina como interpretación de las interrelaciones presenciales en el fenómeno estudiado.

Se puede inferir, con base en la revisión minuciosa de diversas fuentes bibliográficas sobre teorías de enfermería y el PAE, que las teorías surgieron como una necesidad para dar fundamento teórico a una disciplina en la cual todas coinciden en definir cuatro metaparadigmas que son: persona, medio ambiente, salud y enfermería (cuidados), cada una de ellas dándoles diferentes enfoques, como se mencionó anteriormente. El PAE se utiliza como la metodología científica que da sustento a la práctica de enfermería. Desde el punto de vista epistemológico se puede distinguir que ambos elementos, teoría (teorías de

enfermería) y PAE, son de gran utilidad, ya que al aplicar ambos elementos se ha contribuido preponderantemente al avance de la enfermería.¹⁷

1.9 Metaparadigma

El comienzo de la actividad del quehacer del cuidado está vinculado desde el mismo origen de la vida. Esta asistencia fue encasillada en la mujer como propia de su quehacer, siendo desde el proceso de la fecundación hasta ser la conocedora de los cuidados del adulto, que a través del tiempo fueron influyendo una serie de factores donde la asistencia del cuidado se le consideró como una vocación religiosa como propia del género femenino.

Con Florence Nightingale en el Siglo XIX, parecía establecerse una nueva concepción de una Enfermería más profesionalizada, sin embargo, no tuvo el impulso para vincularla con la concentración de las ciencias aplicadas. En este sentido la evolución que ha tenido enfermería de pasar de un oficio o trabajo artesanal (cuidados basados en el espíritu de servicio), para pensar en el inicio de un pensamiento científico en su disciplina, no fue sencillo.

Se sabe que el conocimiento científico es continuo, autónomo, objetivo y universal, la profesión de enfermería pretende constituir y conformar un esquema conceptual que le permita explique el “como” y “porque” del cuidado enfermero, de no solo hacer las cosas por hacerlas (como actividad manual), sino mediante un carácter metodológico, con ello, los niveles de formación profesional (atención-salud-investigación), le han distinguido como una disciplina científica favoreciendo escenarios adecuados para la prestación de los usuarios.

Esta disciplina científica ha favorecido el crecimiento de enfermería con base en las teorías y modelos existentes que describen, predicen y prescriben sobre los fenómenos relacionados con el actuar, no solo al cuidado del enfermo, sino que, ahora enfocada con los problemas en su dimensión social o cultural, disciplina que

¹⁷Armendáriz-Ortega A, Medel-Pérez B. Teorías de Enfermería. Rev. Aventuras del pensamiento Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua [Revista en línea] 2007 [Consultado 10 Julio 2017]; 41:1-7. Disponible en: goo.gl/rbEoRs

ha ido evolucionando con los acontecimientos y corrientes de pensamiento, regidas a través de los paradigmas. De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macro estructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia. Los paradigmas tienen origen en el siglo XIX y principios del siglo XX, el cual se cubrió de epistemología y del pensamiento filosófico.

En la medida que la formación del hombre dependía del desarrollo de la razón y de las matemáticas, estas actuarían como una nueva lógica de la enseñanza, ocupando el lugar que tenía la gramática en el humanismo clásico, ya que la relación causal la sacaba de las ciencias experimentales. *En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a alguna de estas.*

Sin embargo, el paradigma de la transformación, se considera ser el más innovador y desarrollado, se piensa que es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera. Enfermería, no pudo quedar ajena a esa inquietud reformista. Paradigma de la transformación. La evolución que había tenido la enfermería al pasar de un oficio o trabajo artesanal con labores de cuidado basadas en el espíritu de servicio, no fue sencilla para pensarse como el inicio de un pensamiento científico en su disciplina. El paradigma de la transformación cumple cinco funciones:

1. Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
2. Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.

3. Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
4. Promueve el análisis más de la descripción de detalles completos.
5. Permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica, aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Por ello, el paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, ya que es un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

En este sentido, la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona que a su vez se beneficia de la persona para el desarrollo de su propio potencial, orientado a la persona, entorno, salud y enfermedad.

Por lo tanto, enfermería confiere que la persona evolucione en la búsqueda de una calidad de vida y defina su potencial y sus prioridades. En la salud, le da un valor y sentido de acuerdo a la experiencia vivida, en donde la salud va más allá de la enfermedad. Por tanto, el entorno como la persona poseen una constante interacción aun teniendo su propio ritmo, su orientación y velocidad ya que tienen una estrecha interacción a lo largo de la historia.

La enfermería enlaza diferentes dimensiones de los factores que influyen en el cuidado profesional de enfermería para obtener elementos sólidos que la ayudan a pensar al ser humano en su dimensión holística. Es por ello que hace lenta y compleja la transformación paradigmática de la enfermería como profesión, por lo que el profesional ha tenido siempre en cuenta asegurar la salud y el bienestar del paciente siendo la esencia principal misma el cuidado.

Los paradigmas en el quehacer de enfermería acentúan una visión de componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos, en el sentido de favorecer al individuo en el ejercicio de su cuidado desde una perspectiva social y profesional, para atender las necesidades de salud actuales y futuras de la población.

Por ello, si enfermería ansía a ser una profesión reconocida, debe de continuar trabajando en el ámbito de nuevos conocimientos, en la utilización de la vía

transdisciplinar de la transformación, cambios en la atención al proceso, mejoras en condiciones espacio-temporales, inducir a la búsqueda de la información y de nuevos conocimientos, vinculando está en la comunicación educativa. Con ello aportará con eficiencia y eficacia mejoras a las demandas de la población, funciones educativas, administrativas, y sobre todo adentrarse en la investigación para posibles soluciones en el área que le compete junto con otros profesionales de la salud, a través de la aplicación de un método científico serio y rígido que apoye y fortalezca un verdadero sustento del cuidado de enfermería.¹⁸

1.10 Función del Metaparadigma

La función del Metaparadigma es resumir la función social e intelectual de la disciplina, distinguiéndola de otras. El Metaparadigma constituye así, un elemento importante de la dimensión filosófica de la disciplina, cuya naturaleza se justifica de forma específica como base de construcción de su conocimiento (epistemología) estableciendo así, los límites de formación académica, ejercicio profesional, docencia e investigación, lo que le confiere a esta disciplina el cuidado de especificidad, dominio, autonomía e identidad.¹⁹

Cabe señalar, que dichos conceptos responden a diferentes funciones según la ideología y el enfoque disciplinar de los teóricos de la enfermería que los definen, cuestión que es aceptable, dado el carácter subjetivo de los mismos; no obstante, el que exista esta diversidad de enfoques conceptuales del Metaparadigma, evidencia la pluralidad ideológica necesaria para el avance y desarrollo profesional, pues, aporta diferentes significados que se traducen en distintas formas de explicar, entender y direccionar el fenómeno de cuidado, por lo tanto, el ejercicio profesional.

¹⁸Martínez-González L, Olvera-Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev. Enferm Inst Méx Seguro Soc [Revista en línea] 2011 [Consultado 12 Julio 2017];19(2):105-108. Disponible en: goo.gl/TTzsep

¹⁹Reyes-Gómez E. Fundamentos de Enfermería. [Internet] 2da. ed. Ciudad de México: El manual moderno;2015[Citado 14 Julio 2017].496 pág. Disponible en: goo.gl/v4g4cF

1.11 Relación entre la teoría y la práctica de la enfermería

La práctica de enfermería comprende experiencias y fenómenos que la enfermera encuentra cuando brinda cuidado; éstos se originan en: el paciente, la relación enfermera-paciente, la enfermera y el contexto. Las teorías surgen de la práctica y de la investigación y al validarlas se convierten en explicativas y directivas de la misma; la práctica basada en teoría se realimenta y por refinamiento metodológico, se convierte en autónoma y creativa.

La teoría validada en la práctica desarrolla sistemáticamente el conocimiento empírico disciplinar y provee conocimiento y comprensión para reforzarla. Aprender a pensar de manera distinta con relación a un problema permite ensayar otros comportamientos para el entendimiento de la realidad. Para entender cómo relacionar los conceptos teóricos en la práctica diaria, es necesario conocer la estructura jerárquica del conocimiento.

El primer componente y más general es el metaparadigma definido como conceptos globales que identifican el fenómeno central para el interés de una disciplina, las proposiciones que los definen y las relaciones entre ellos. Como es el consenso disciplinar más amplio, no direcciona las actividades prácticas o investigativas, sino que proporciona los parámetros generales para ejercer la enfermería, centrados en los conceptos persona, salud, medio ambiente y enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como fundamento y método sistemático y dinámico para el cuidado, permite aplicar diversas teorías centradas en el paciente. Su aplicación requiere enfermeras que demuestren competencias teóricas, prácticas y personales, que les permitan valorar situaciones particulares, determinar diagnósticos de enfermería, planear acciones pertinentes, ejecutarlas y evaluar los resultados obtenidos con ellas.

El PAE implica interacción entre la enfermera y el paciente para que entre ambos puedan identificar necesidades insatisfechas para éste y si es del caso, planear conjuntamente las acciones, amén de buscar estrategias para el afrontamiento.

Las prácticas estereotipadas impiden las manifestaciones estéticas y artísticas del cuidado de enfermería; las experiencias estéticas envuelven la reacción y/o apreciación de una expresión de posibilidades imaginadas o realidades equivalentes, singulares, particulares y subjetivas, que resisten la proyección de la forma discursiva del lenguaje; en otras palabras, el conocimiento en enfermería surge no solamente de la teoría existente, sino de las experiencias de quienes aplican artísticamente la enfermería. Actualmente se evidencia una enfermería centrada en el cuidado mediante aparatos tecnológicos y centrada en la técnica, que impide visualizar la práctica más allá de esa tecnología; para Nightingale también era importante lo técnico del cuidado, pero desde cuando escribió sus *Notas sobre Enfermería*, se ha tenido la posibilidad del desarrollo profesional centrado en el ser humano, con toda la humanidad que tienen tanto el paciente como la enfermera que lo cuida.²⁰

²⁰Mejía-Lopera M. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. *Índex de Enfermería*, Granada ES, [Revista en Internet]2008[Consultado 16 de julio 2017];17(3). Disponible en: goo.gl/uqQEnS

1.12 Niveles de desarrollo de las teorías

Teoría

Conjuntos de enunciados y proposiciones, formados por conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera sistemática y coherente que tiende a describir, explicar o predecir y controlar o prescribir un fenómeno. Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación.

Características de una Teoría

Deben ser lógicas, simples y generalizables, además de estar compuestas por conceptos y proposiciones. Así mismo deben de:

- Relacionar conceptos entre sí.
- Proporcionar bases de hipótesis verificables.
- Ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.
- Describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado.
- Orientar y mejorar la práctica en enfermería.

De acuerdo a su desarrollo se clasifican en:

1. **Metateorías:** Se centran en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito y el tipo de teoría.
2. **Metaparadigmas:** Explican una visión global útil para la comprensión de los conceptos centrales y principios claves.
3. **Teorías de Medio Rango:** Tienen como objetivo fenómeno o conceptos específicos. (Dolor, estrés)
4. **Teorías empíricas:** Se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas para su realización, son definidas brevemente.²¹

²¹Murillas ML. [18 abril 2010]. El blog de epistemología del Cuidado[Internet]. Cali, Valle del Cauca, Colombia. [Consultado 17 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/HfC6zy

1.13 Modelo conceptual de Virginia Henderson

➤ Datos Biográficos de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C. Durante la primera Guerra Mundial, desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

➤ Función de Enfermería

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.²²

➤ Modelo conceptual

La enfermería a lo largo de los años se ha desarrollado como ciencia y como profesión. Sin embargo, para consolidarse debe ir respaldada por un Marco Conceptual Teórico que le da sentido y metodología; y por un desarrollo práctico,

²²Material Complementario/Enfermería Comunitaria<Virginia Henderson>. Facultad de estudios Superiores Iztacala, UNAM [En línea] 2013 [Consultado 19 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/KUqqjz

que la hace útil y funcional. La revolución científica de la disciplina enfermera ha dado lugar a la proliferación de múltiples propuestas teóricas, que podemos identificar como modelos de enfermería, referencia teórica para la práctica actual.

Uno de los debates profesionales en la actualidad es la adecuación de la práctica científica cuidadora con la utilización de un Modelo Conceptual. Uno de los Modelos más utilizados en nuestro país, por su adecuación a los criterios descritos, es el definido por la Dra. Virginia Henderson. Este Modelo Conceptual se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las 14 necesidades fundamentales.

Los modelos de enfermería tienen un doble significado. Por un lado, representan una realidad que podemos denominar hecho enfermero, y que es el modo de llevar a cabo el proceso de cuidar. Por otro lado, los modelos de enfermería son propuestas para llevar a cabo dicho proceso desde las aportaciones de la disciplina enfermera. Un modelo es una representación de la realidad. Los modelos muestran qué es la enfermería a la vez que permiten desarrollar, aumentar y modificar su contenido disciplinar. Los modelos adquieren su verdadero significado cuando se es capaz de trasladarlos a la práctica y probarlos.

Es entonces cuando se puede demostrar que la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiado por un modelo de enfermería, permite obtener una mayor calidad de vida en las personas a las que atendemos contribuyendo a mejorar su nivel de salud. En definitiva, se podrá mostrar cuál es esa aportación específica que hace enfermería y que es necesaria para certificar la consideración como disciplina científica y como actividad profesional. Por todo ello, las ventajas de la implantación de un modelo conceptual son:

- Delimitar de forma más clara el campo de actuación de enfermería, mostrando lo que es esencial en la actuación de la enfermera/o.
- Organizar los cuidados de manera coherente para el equipo.
- Hacer más personales y humanos los cuidados respondiendo a las necesidades de la persona.

- Permitir al personal de enfermería utilizar un lenguaje común.
- Poner de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario.
- Permite representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera.
- Permite desarrollar guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia en enfermería.

Los modelos conceptuales son por tanto una construcción mental de una realidad concreta y guiarán la práctica profesional. Un modelo conceptual ofrece una perspectiva única a partir de la cual las/los enfermeros podrán desarrollar conocimientos que le servirán para su práctica. Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el proceso enfermero(PE), aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica.

Además, es muy importante poder integrar junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC. *El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia.* El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible.

Para Henderson el enfermero(a) es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona. Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

1. **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la

habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.

2. **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
3. **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
4. **Enfermera (cuidados o rol profesional):** La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.²³

➤ **Intervención de enfermería**

En sus definiciones Henderson considera que las intervenciones de enfermería deben tener amplios conocimientos en las ciencias biológicas y sociales para comprender en parte, qué está pasando con el paciente y así hacer posible la valoración de las necesidades fundamentales de la persona.

Sin embargo, también utiliza una interesante frase, “meterse en la piel del paciente para saber qué es lo que necesitan”, es decir empatía. Esta frase tiene el gran significado de considerar a la persona no sólo como un ente biológico, sino con otras sensaciones o necesidades que no son observables ni mesurables como las biológicas. Son estas necesidades las que hablan de la interioridad de las

²³Hernández Martín C, Frutos Martín M. El modelo de Virginia Henderson en la Práctica de Enfermería. [Página principal en Internet]. Valladolid, España:Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; c2015-2016 [19 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/aL27Xz

personas las que le dan el sentido de filosofía humanista y les da sentido a las intervenciones de enfermería.²⁴

➤ **Tipología de las Necesidades Básicas**

Aunque la enfermera estadounidense Virginia Henderson (1897–1996) se dedicó fundamentalmente a la asistencia, en su haber tiene una larga carrera como autora, investigadora y docente, que influyeron de manera trascendente en la disciplina enfermera.

En 1960 establece en su obra “Basic Principles of Nursing Care”, traducida al castellano como “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”, las 14 necesidades básicas del ser humano, que constituyen los elementos esenciales del ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

Henderson afirma que estas necesidades son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las expresa de una forma diferente, y varían de forma constante ante la propia interpretación que cada ser humano realiza de las necesidades.

Necesidad 1: Respirar normalmente

Necesidad 2: Comer y beber de forma adecuada

Necesidad 3: Eliminar los desechos corporales

Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada

Necesidad 5: Dormir y descansar

Necesidad 6: Elegir la ropa adecuada

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal

Necesidad 8: Mantener la higiene corporal

Necesidad 9: Evitar los peligros del entorno

²⁴Hernández Rosales C, Ostiguín Meléndez R. Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [Revista on line] 2007. [Consultado 23 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/d9Uk6A

Necesidad 10: Comunicarse con los otros

Necesidad 11: Actuar con arreglo a la propia fe

Necesidad 12: Trabajar para sentirse realizado

Necesidad 13: Participar en diversas formas de entretenimiento

Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad

➤ **NECESIDAD 1: RESPIRAR NORMALMENTE**

Justificación. La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida.

Pretende conocer la función respiratoria de la persona.

Incluye:

- Valoración del patrón respiratorio.
- Conocimientos de la persona sobre cómo respirar bien.
- Aspectos ambientales con influencia en la respiración.

➤ **NECESIDAD 2: COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA**

Justificación. El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir.

Pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.

Incluye:

- Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
- Medidas antropométricas.
- Aspectos psicológicos de la alimentación.

➤ **NECESIDAD 3: ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES**

Justificación. El organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento. Pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona.

Incluye:

- Patrón de eliminación fecal.
- Patrón de eliminación urinaria.
- Patrón de eliminación a través de la piel (sudor, transpiración).
- Patrón de eliminación pulmonar.
- Menstruación.

➤ **NECESIDAD 4: MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA**

Justificación. La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad, importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles. Pretende conocer las características de la actividad y ejercicio habitual de la persona.

Incluye:

- Actividades de la vida diaria.
- Actividad física (ejercicio y deporte).
- Limitaciones y deformidades corporales.

➤ **NECESIDAD 5: DORMIR Y DESCANSAR**

Justificación. El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo. Pretende conocer la efectividad del sueño y reposo habitual de la persona.

Incluye:

- Hábitos de sueño y reposo.
- Problemas para conciliar el sueño.
- Dificultades para el reposo.

➤ **NECESIDAD 6: ELEGIR LA ROPA ADECUADA**

Justificación. Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del paciente, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor. Pretende conocer la idoneidad del tipo y la calidad de la ropa utilizada por la persona, considerando esta necesidad de forma especial en los niños como adiestramiento social, y en inválidos e incapacitados como parte de la rehabilitación e independencia.

Incluye:

- Capacidad física para vestirse.
- Limpieza de la ropa.
- La elección personal de las prendas.

➤ **NECESIDAD 7: MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL**

Justificación. La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, para lo que dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor para regularla (termorregulación). La temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5-37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos, de la actividad reciente o del ciclo menstrual en las mujeres. Pretende conocer la idoneidad de la temperatura corporal.

Incluye:

- Temperatura corporal.
- Condiciones ambientales.

➤ **NECESIDAD 8: MANTENER LA HIGIENE CORPORAL**

Justificación. El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico. Pretende conocer la idoneidad de la higiene de la persona.

Incluye:

- Hábitos higiénicos: frecuencia, medios utilizados, duración, etc.
- Capacidad física para la higiene.

➤ **NECESIDAD 9: EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO**

Justificación. Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas. Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas y quemaduras.

Incluye:

- Conocimientos sobre medidas de prevención.
- Desarrollo de medidas de prevención.
- Ejecución de actuaciones de riesgo.

➤ **NECESIDAD 10: COMUNICARSE CON LOS OTROS**

Justificación. Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido el personal enfermero debe valorar el equilibrio entre la soledad-interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión,

relaciones con familia, amigos y pareja. Pretende conocer la efectividad de la interacción social de la persona.

Incluye:

- Relaciones sociales.
- Relaciones familiares y de pareja.
- Equilibrio soledad - interacción social.
- Estado de los órganos de los sentidos.
- Capacidad de expresión.

➤ **NECESIDAD 11: ACTUAR CON ARREGLO A LA PROPIA FE**

Justificación. Las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y fe. Pretende conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud.

Incluye:

- Sentido de su vida.
- Actitud ante la muerte.
- Conflicto con los valores/creencias.

➤ **NECESIDAD 12: TRABAJAR PARA SENTIRSE REALIZADO**

Justificación. Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado propuesto. En la sociedad la inactividad suele ser sinónimo de inutilidad. Pretende conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona.

Incluye:

- La autoestima y autoimagen de la persona.
- La posición de la persona dentro de su grupo.
- Rol laboral que desempeña.
- Problemas/conflictos laborales.

➤ **NECESIDAD 13: PARTICIPAR EN FORMAS DE ENTRETENIMIENTO**

Justificación. Las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas. Pretende conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona.

Incluye:

- Tipo de actividades recreativas.
- Tiempo dedicado a actividades recreativas.

➤ **NECESIDAD 14: APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD**

Justificación. Las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona. Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para la salud.

Incluye:

- Conocimientos de la persona.
- Capacidades de la persona.
- Limitaciones de aprendizaje.²⁵

1.14 Proceso de Atención de Enfermería

²⁵Observatorio, Metodología Enfermera [Homepage on the internet]. Cuesta de Santo Domingo, 6 Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermera; c2002. [actualización 26 diciembre 2002; Consultado 23 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/sGrS6s

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- ✓ Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- ✓ Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- ✓ Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- ✓ Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- ✓ Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Así como también:

- ✓ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ✓ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ✓ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.
- ✓

Características

- ✓ Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- ✓ Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ✓ Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- ✓ Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ✓ Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ✓ Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Ventajas para el paciente

- ✓ Participación en su propio cuidado.
- ✓ Continuidad en la atención.
- ✓ Mejora la calidad de la atención.

Ventajas para la enfermera

- ✓ Se convierte en experta.
- ✓ Satisfacción en el trabajo.
- ✓ Crecimiento profesional.

1.15 Etapas del Proceso Atención Enfermería

1. Etapa de Valoración

Es la primera fase del proceso de atención de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier

otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ✓ Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- ✓ Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- ✓ Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- ✓ Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- ✓ Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- ✓ Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- ✓ Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- ✓ Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente. En la recogida de datos necesitamos:
- ✓ Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc. ...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- ✓ Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- ✓ Convicciones (ideas, creencias, etc. ...).
- ✓ Capacidad creadora. - Sentido común.
- ✓ Flexibilidad. Tipos de datos a recoger: Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos: -

- ✓ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- ✓ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- ✓ Datos históricos-antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- ✓ Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos.

- ✓ Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:
 1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
 2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
 3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
 4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

1. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
2. Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
3. Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

1. Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.
2. Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

- Tres tipos de interferencias: o Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador. o Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar.
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de

transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales, o La forma de estar y la posición corporal, o los gestos, o el contacto físico, o la forma de hablar.

Observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

Exploración Física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma,

posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire. Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- ✓ Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- ✓ Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- ✓ Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas. La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Validación de Datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los Datos

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc. Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- ✓ Datos de identificación.
- ✓ Datos culturales y socioeconómicos.
- ✓ Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- ✓ Valoración física.

Documentación y registro de la valoración

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- ✓ Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- ✓ Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- ✓ Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros incluida la gestión de la calidad.
- ✓ Prueba de carácter legal.
- ✓ Permite la investigación en enfermería.
- ✓ Permite la formación pregrado y postgrado.

2. Fase de Diagnóstico

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

1. La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La

responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

2. La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
3. Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)
4. La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
5. Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.).

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón

Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

2. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

3. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo, es:
 - ✓ F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa.
 - ✓ F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - ✓ De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - ✓ Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
 - ✓ F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de Diagnósticos

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones características que lo definen y

factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

- Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedida por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores

concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

3. Planificación de los Cuidados de Enfermería

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.

Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Determinación de Prioridades

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el paciente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario, su uso nos facilitará aún más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológicos, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto, daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuada mente con la enfermera/o. En realidad, las actividades que

la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad. Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

Planteamiento de Objetivos

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones. Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Objetivos de Enfermería

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

1. A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
2. A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
3. A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos. Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso, deben responder a preguntas sobre: capacidades

limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso, deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Documentación en el Plan de Cuidados de Enfermería

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación. Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación.
- La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

4. Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.

- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado. El enfermero(a) tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

5. Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- a) Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- b) Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.

- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.²⁶

²⁶El proceso de Atención de Enfermería [Homepage on the internet]. Facultad de Estudios Superiores Iztacala: Material Complementario Enfermería Comunitaria; c2013[Actualizada 13 febrero 2015; consultado 24 de julio 2017]. Disponible en: goo.gl/eszfGW

II VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Fecha: Del 24 al 29 de julio 2017

PRESENTACION DEL PACIENTE

➤ Ficha de Identificación

Nombre: Juana V. S.	Estado civil: Casada
Cama: UTI-6	Religión: Católica
Edad: 69 años	Escolaridad: Primaria incompleta
Sexo: Femenino	Procedencia: Tehuacán, Puebla
Ocupación: Sin empleo	Grupo sanguíneo: O+
Dx oncológico: Cáncer de Vesícula.	

➤ Antecedentes Personales No Patológicos

Habita en un departamento propiedad de uno de sus hijos, el cual está construido con materiales perdurables con pisos y techo de concreto. Cuenta con todos los servicios básicos de urbanización, sin mascotas; cambio de ropa y baño diariamente, dieta variada, suficiente en cantidad y frecuencia, esquema de vacunación completo, actividad física variable, niega tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías.

➤ Antecedentes Personales Patológicos

Hipertensión arterial diagnosticada a la edad de 55 años. Actualmente controlada con enalapril.

Quirúrgicos positivos por resección de nódulo mamario a la edad de 57 años. Colecistectomía laparoscópica en el 2011 con hallazgo de vesícula pétreo, sin lograr disección de la misma por lo cual se transforma en cirugía abierta; ameritando nueva intervención 2 meses después, debido a la formación de un absceso.

Osteoporosis desde los 59 años de edad controlada con carbonato de calcio.

Transfusionales positivos.

Niega traumáticos y alérgicos.

➤ Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarca a los 14 años de edad, ciclos de 28x3, fecha de última menstruación 22 agosto 2002, Gesta 5, Para 5, Abortos 0, Cesáreas 0.

➤ Antecedentes Oncológicos

Lo inicia en agosto del 2011 con presencia de prurito e ictericia generalizado, motivo por el cual se realiza colangiografía sin evidencia de lesiones, por lo que posteriormente se programa para una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, donde le es colocada una endoprotesis y se lleva a cirugía laparoscópica, con hallazgo de absceso a nivel de lecho vascular. Se procede a realizar resección histopatológica, con diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal en epiplón.

Conocida en el Incan desde el 28/10/2011, donde se revisan laminillas y se determina el diagnóstico de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal en epiplón y colecistitis crónica. El 27/11/2011, se programa para inicio de quimioterapia paliativa a base de capecitabina 3gr/día, por 12 ciclos; posteriormente se programan otros 10 ciclos más de 2.5 g/día al término. Nuevamente se programa para cirugía de exploración de lecho vascular por recurrencia. Para el 14 de julio de 2017 se realiza laparotomía más colecistectomía radical más gastrectomía parcial con los siguientes hallazgos: Tumoración en la unión del píloro en primera porción del duodeno adherida a lecho vascular, ganglio cístico sospechoso; se realiza examen transoperatorio positivo a malignidad de ambas piezas, cuello vesicular y conducto cístico residual con múltiples litos en su interior de aprox. 5 mm, múltiples adherencias en epiplón; colon transversal, duodeno hacia hígado resto de cavidad sin datos de actividad tumoral. Durante la cirugía tiene un sangrado total de 300 ml, un gasto urinario de aproximadamente 320 ml, se coloca analgesia a base de buprenorfina 300 mcg

por medio de catéter epidural en bomba de infusión continua en 240 ml a 5ml por hora para 48 horas, termina cirugía y se extuba sin complicaciones.

➤ Antecedentes Heredofamiliares

Hermano portador de Diabetes mellitus tipo II.

Padres finados.

➤ Padecimiento Actual

Lo inicia el día 15/07/2017 acudiendo al servicio de Atención Inmediata del Instituto Nacional de Cancerología; debido a deshidratación, oliguria e hipotensión de 80/50 mmHg y una frecuencia cardiaca de entre 100 y 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 34 respiraciones por minuto y una temperatura de 39°Centigrados.

Se inicia la administración de líquidos parenterales y se solicitan paraclínicos, reportando Hemoglobina de 8.5 g/dl, hematocrito 25%, Plaquetas 90 000; motivo por el cual deciden transfundir 2 unidades de concentrados eritrocitarios. Se solicita una valoración al servicio de cuidados intensivos, mismo que en su valoración la encuentra hemodinamicamente inestable; por lo que se decide iniciar norepinefrina a una dosis de 8 mg en 100 ml de solución dextrosa al 5%, a una velocidad inicial programada de 10 ml por hora; así mismo, se decide iniciar manejo avanzado de vía aérea, se coloca tubo endotraqueal french de 7.5 al primer intento para posteriormente conectarlo al ventilador mecánico con parámetros establecidos por médico de terapia intensiva.

Nuevamente se solicita una revaloración por servicio de cirugía oncológica para descartar tratamiento quirúrgico. Debido a la necesidad de continuar con una estrecha vigilancia y de cuidados intensivos se decide su ingreso a la unidad de cuidados intensivos con los siguientes diagnósticos:

Cáncer de vesícula avanzado estadio clínico IV.

Desequilibrio acido-base.

Choque Séptico de origen abdominal. Lesión renal Akin III.

2.1 Valoración de las 14 necesidades

1) Necesidad de Oxigenación

La Sra. Juana post-operada de colecistectomía complementaria y gastrectomía distal sale del quirófano y se traslada a recuperación donde sus condiciones clínicas empeoran debido a inestabilidad hemodinámica (T/A: 70/40 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 110 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 32 respiraciones por minuto y Temperatura de 38.4°Centígrados). Se decide iniciar norepinefrina 8 mg en 100 de solución dextrosa al 5% a una velocidad de 18 ml/hr y cargas de cristaloides isotónicos (Solución fisiológica 0.9% de 1000 ml y Solución Hartman de 500 ml). Por lo tanto, se decide instaurar vigilancia hemodinámica y monitorización constante de los signos vitales.

En base a los resultados de la gasometría arterial y venosa se procede a intubar y conectar a ventilación mecánica; como medida de soporte y apoyo protector de la vía aérea, Así mismo se inicia sedo analgesia a base de fentanyl 1 mg en 100 de solución salina de 0.9% a 10 ml/hr, propofol 1 gr a 20 ml/hr y midazolam 100 mg en 100 de solución salina de 0.9% a 10 ml/hr. Se instauran parámetros ventilatorios a un: FiO_2 75%, Volumen Total 400cc, PEEP (presión positiva al final de la espiración) de 8 cm H₂O, relación: I:E 1:2, Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, SaO_2 88%, durante la aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca se observan abundantes con características de consistencia espesa y color verdoso, cabe mencionar que durante la aspiración se aumenta el FiO_2 al 100% para evitar la desaturación durante el procedimiento.

A la exploración física se encuentran con campos pulmonares bien ventilados, con sibilancias de fase inspiratoria bilaterales T/A: 95/50 mmHg, P.A.M de 54 mmHg, respiraciones de 32 por minuto, frecuencia cardíaca 102 por minuto y Temperatura de 38.2°Centígrados; Así mismo se observa compromiso vascular periférico

debido a la necrosis en falanges distales de los dedos anular y meñique de la mano izquierda.

Para el mantenimiento de una adecuada perfusión tisular se mantiene a base de norepinefrina 8 mg diluido en 100 mililitros de solución dextrosa en infusión continúa a 18 ml/hr velocidad que sufre modificaciones de acuerdo a la respuesta hemodinámica de la paciente.

Tensión Arterial.

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
70/40 mmHg	95/50 mmHg	98/59 mmHg	100/52 mmHg	97/53 mmHg
P.A.M 50mmHg	P.A.M 54mmHg	P.A.M 62 mmHg	P.A.M 65 mmHg	P.A.M 67 mmHg

Fuente: Hoja de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

Frecuencia Cardiaca.

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
110 latidos por minuto	102 latidos por minuto	111 latidos por minuto	98 latidos por minuto	125 latidos por minuto

Fuente: Hoja de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

Frecuencia Respiratoria.

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
34 respiraciones por minuto	32 respiraciones por minuto	28 respiraciones por minuto	30 respiraciones por minuto	38 respiraciones por minuto.

Fuente: Hoja de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cancerología

Temperatura.

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
38.4°	38.°	37.7°	37.2°	38.3°

centígrados	centígrados	centígrados	centígrados	centígrados
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fuente: Hoja de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

➤ **Laboratorios**

Gasometría Venosa	Paciente	Valores normales
PH:	7.31	7.35 a 7.45
pCO ² :	50.1mmHg	35 a 40 mmHg.
HCO ³ :	19.5 meq/litro	24-28 meq/litro.
SaVO:	80.1%	60 a 80 %
Lactato:	2.87 mmol/L	Hasta 2 mmol/L
Cultivo de Secreción Bronquial	Positivo a las 48 hrs de <i>Aspergillus spp.</i>	

Fuente: Hoja de enfermería de la Unidad de Cuidados intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

Biometría Hemática	Paciente	Valores Normales
Hematocrito:	24.9%	37 a 47%
Eritrocitos:	2.58 millones por m ²	4.2 a 5.7 millones por m ²

Fuente: Hoja de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

2) Necesidad de Alimentación e Hidratación

La alimentación de la Sra. Juana en la unidad de cuidados intensivos y dadas sus condiciones clínicas está a cargo del servicio de nutrición clínica, el cual en conjunto con la valoración del médico tratante se decide iniciar nutrición parenteral para 24 hrs con una composición de:

Bolsa de Alimentación Parenteral.

Elementos	Cada 100 ml contienen:
Aminoácidos cristalinos	95 g
Lípidos 20% Ácidos Grasos Omega 3	50 g
Gluconato de calcio 10%	10 meq
Sulfato de Magnesio	8 meq
Oligo elementos	10 ml
Selenio	400 mcg
Zinc	10 mg
Insulina de acción rápida	12 u
Multivitaminas Adulto	5 ml
Vitaminas C	300 mg
Volumen Total	1519.51 ml
Velocidad Infusión	63.31 ml/hrs

Fuente: Departamento de nutrición clínica del Instituto Nacional de Cancerología.

Glucometría

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
258 mg/dl	159 mg/dl	207 mg/dl	66 mg/dl	172 mg/dl

Fuente: Hoja de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

Por una semana requirió de apoyo nutricional parenteral para posteriormente continuar con nutrición enteral a base de suplementos líquidos (ensure) a través

de una sonda nasogástrica por 1 semana. Así mismo presento periodos de descompensación metabólica que requirió de 6 unidades de insulina de acción rápida y en una ocasión aporte de dextrosa al 50% 25 ml debido a una baja de glucosa en sangre. La hidratación se mantuvo a través de la administración de soluciones de cloruro de sodio 0.9% de 1000 ml para 6 hrs y 12 hrs respectivamente, cloruro de sodio al 0.9 % de 250 ml para diluir medicamentos y cargas de sol. Hartman de 1000 ml para 1 hora.

A la exploración física se encuentra con un peso de 71 kg y una talla de 1.50 mts, I.M.C: 31.55 que de acuerdo a la clasificación de la organización mundial de la salud de 2004 y al índice de masa de corporal presentado, se encuentra en el rango de obesidad tipo 2. Mucosas orales y conjuntivas semi hidratadas, abdomen blando depresible con ruidos peristálticos presentes con presencia de heridas quirúrgicas en abdomen. Así mismo se observa acceso vascular a través de catéter venoso central subclavio marca arrow triple lumen, ubicado en vena cava superior por donde se ministran soluciones, vasopresores, electrolitos, hemoderivados y se toman muestras para análisis de laboratorio. Así mismo se observa edema ++ en miembros pélvicos y torácicos.

Presión Venosa Central

	Paciente	Valores Normales.
Día 1	19 cm H ² O	0 a 6 cm H ² O aurícula derecha y 6 a 12 cm H ² O en vena cava.
Día 2	5 cm H ² O	
Día 3	7 cm H ² O	
Día 4	20 cm H ² O	
Día 5	18 cm H ² O	

Fuente: Hoja de enfermería de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

➤ Laboratorios

Laboratorios	Paciente	Valores Normales
Hemoglobina:	8.7 gr/dl	12 a 16 gr/dl
Concentración media de hemoglobina corpuscular:	34.1 g/dl	33 a 37 g/dl
Cloro sérico:	100 mEq/dl	98 a 107 mEq/dl
Calcio sérico:	6.9 mg/dl	8.5 a 10.2 mg/dl
Sodio sérico:	135 meq/dl	137 a 145 mEq/dl
Potasio sérico:	3.3 mEq/dl	3.5 a 5.1 mEq/dl
Magnesio sérico:	1.4 mg/dl	1.5 a 2.5 mg/dl

Fuente: Hoja de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

3) Necesidad de Eliminación

La Sra. Juana mantiene un patrón de evacuación de aproximadamente 7 evacuaciones en 24 hrs de características semi líquidas, pastosas y fétidas. Su gasto urinario es cuantificado a través de una sonda vesical de Foley # 16 french, así mismo de acuerdo a su peso y volumen en 24hrs la tendencia es hacia la oliguria con un gasto de 0.3 ml/kg/ hrs. Se estimula el gasto urinario con diurético de asa, furosemida 20 mg cada 12 hrs por 3 días intravenoso, debido a falla renal Akin III, ante la pobre respuesta, se inicia proceso de sustitución de la función renal (Hemodiálisis) con una o dos sesiones semanales de ultra filtrado renal en la Unidad de Cuidados Intensivos.

➤ Laboratorios

Laboratorios	Paciente	Valores Normales.
Urea:	124 mg/dl	19 a 43 mg/dl
Creatinina sérica:	2.06 mg/dl	0.6 a 1.2 mg/dl

Coprocultivo:	Positivo a Clostridium difficile	Negativo
---------------	----------------------------------	----------

Fuente: Hoja de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Cancerología.

De acuerdo al resultado del coprocultivo, se decide agregar por el servicio de Infectología, un antibiótico sensible a bacterias Gram (+).

4) Necesidad de movilidad y postura

La Sra. Juana debido a sus condiciones clínicas y requerimientos de oxígeno con asistencia avanzada de ventilador mecánico y bajo efectos de sedación y analgesia es necesario preferentemente realizar cambios de posición de semifowler a decúbito lateral izquierdo y derecho cada 4 horas para prevenir y vigilar el estado óptimo de la piel.

5) Necesidad de descanso y sueño

En el estado de sedo analgesia a base propofol 1 gr en infusión continúa pasando a 10 ml por hora y Fentanyl 1 mg diluido en 100 ml de sol. salina en infusión continúa pasando a 15 ml por hora, en que se encuentra la Sra. Juana la valoración de descanso y sueño se mide en la unidad de cuidados intensivos en base a la escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).²⁷

Puntaje	Clasificación	Descripción
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar tubos o catéteres
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el

²⁷ Ely E, Truman B, Shintani A, y col. Supervisión del estado de sedación a lo largo del tiempo en pacientes en UCI: confiabilidad y validez de la escala de agitación-sedación de Richmond (RASS). JAMA. 2003;289(22):298-291. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12799407>

		respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos
0	Despierto y tranquilo	
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 segundos
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

En la Sra. Juana se observa al inicio de turno una valoración de -5 y al término del mismo no hay variación por lo tanto continua con -5 en la medición de sedación y agitación valorable en esta escala.

6) Necesidad de usar prendas de vestir

En la unidad de cuidados intensivos, a la Sra. Juana en cada turno se realiza un cambio de bata clínica y ropa de cama, procurando el respeto a su integridad y dignidad humana.

7) Necesidad de termorregulación

A su llegada a la unidad de cuidados intensivos se monitorea su temperatura corporal cada hora, mostrando variabilidad en la misma, debido al estado de choque séptico, por tal motivo alcanza desde las primeras horas de su ingreso una temperatura de 40°C, por lo tanto, por indicación médica se comienza la administración de antipiréticos a base de paracetamol 1gr como dosis única y de forma alterna se comienzan medidas físicas para controlar la hipertermia. Así mismo se toman muestras para laboratorios de catéter en cada lumen y de sangre

periférica (hemocultivos en pico febril) para conocer el agente causal e instaurar la antibioticoterapia adecuada.

8) Necesidad de higiene y protección de la piel

En la unidad de cuidados intensivos la protección a la piel de la Sra. Juana se realiza a través del baño de esponja diario y aseo genital con curación rutinaria en cada turno de herida quirúrgica, a la exploración física se observa piel limpia, semi hidratada, labios con buena coloración, lengua con adecuada textura, ligeramente deshidratada, narinas húmedas y oídos sin alteraciones. Así mismo se aprecian heridas quirúrgicas y lesiones a nivel abdominal con zonas de necrosis a nivel distal en el 3er y 4to orjejo del miembro pélvico izquierdo, así como en la falange distal del dedo meñique y anular del miembro torácico izquierdo secundaria al uso de vasopresores, además se observan úlceras por decúbito a nivel del cóccix con presencia de escara de color azulado y negruzco con afectación al musculo. Labios con buena coloración, lengua con adecuada textura, ligeramente deshidratada, narinas húmedas y oídos sin alteraciones.

9) Necesidad de Evitar peligros

En la unidad de Cuidados intensivos, la administración y ministración correcta de antibióticos, electrolitos, vasopresores y quimioterapias es esencial durante el tratamiento debido a las condiciones clínicas del paciente por tal motivo se hace énfasis en la prevención para reducir y evitar iatrogenias derivadas en el mal manejo de estos medicamentos, por lo tanto, es necesaria la supervisión continua del personal operativo y jefes de servicio. Así mismo se adoptan medidas para prevenir accidentes con el manejo adecuado de drenajes, tubo endotraqueal y sonda vesical.

10) El resto de las necesidades no son valoradas por la condición clínica de la Sra. Juana.

2.2 Jerarquización de las necesidades afectadas

1. Oxigenación
2. Eliminación
3. Evitar peligros
4. Termorregulación
5. De higiene y protección de la piel
6. Movilidad y postura
7. Descanso y sueño
8. Usar prendas de vestir.
9. Alimentación e hidratación.

2.3 Análisis de la información

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
OXIGENACIÓN	<p>Paciente bajo efectos de sedo-analgésia; con cánula orotraqueal # 7.5 conectado a ventilador, en la modalidad de volumen control.</p> <p>Frecuencia Cardíaca 102 por minuto, Frecuencia respiratoria 32 por minuto, Saturación de oxígeno 88%. Llenado capilar 2 segundos.</p> <p>Uso de vasopresor (Norepinefrina) 8 mg en 100 de sol. Glucosada al 5%; a una velocidad de 18 ml/hr.</p>	<p>Palidez de tegumentos, nariz recta en base a la línea media, sin secreciones, no se encuentra la presencia de algún tipo de lesión. Frecuencia respiratoria abdominal de patrón rítmico, simétrica sin presentar dificultades respiratorias. Tórax normo lineo sin lesiones aparentes, con movimientos de amplexión y amplexación simétricos con ruidos respiratorios con adecuado murmullo vesicular, con estertores bilaterales, sin sibilancias. Se escuchan ruidos cardíacos arrítmicos de intensidad y frecuencia aumentada, sin presencia de soplos.</p>
ELIMINACIÓN	<p>Talla: 1.50 cm Peso: 71 Kg IMC: 31.55 Perímetro Abdominal: 92 cm Cuenta con sonda vesical drenando orina de color ámbar, con un volumen urinario 0.3 ml/kg/hr en 24 hrs. Hemodiálisis 2 sesión por</p>	<p>Mucosas orales semi hidratadas con buena coloración sin lesiones aparentes. Piezas dentales incompletas, ausencia de segundo molar derecho. Adecuado reflejo nauseoso, higiene</p>

	semana.	dental 2 veces al día. Perístalsis aumentada. Evacuación de consistencia pastosa, semi-liquida 7 veces al día. Órganos genitales de acuerdo a la edad y sexo sin lesiones dérmicas o algún tipo de secreciones. Se encuentra un abdomen con herida quirúrgica, depresible. Edema ++ en miembros torácicos y pélvicos.
EVITAR PELIGROS	Prevención y precaución en el uso de antibióticos, electrolitos, paquetes globulares y vasopresores.	No presenta.
TERMO-RREGULACIÓN	Temperatura 38.2°Centigrados Medios químicos (Paracetamol 1gr), medios físicos (Compresas frías) Hemocultivo en pico febril.	No presenta.
DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Aseo diario corporal y genital, así como curación de herida quirúrgica abdominal una vez por turno.	Zonas de necrosis a nivel distal en el 3er y 4to orjejo del miembro pélvico izquierdo, así como del dedo meñique y anular del miembro torácico izquierdo secundaria al uso de vasopresores, además de zonas de presión a nivel del cóccix.
MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	Paciente con asistencia ventilatoria. Posición semi fowler, lateral izquierdo y derecho con cambios de posición cada 4 horas; vigilando estado de la piel.	No presenta.

DESCANSO Y SUEÑO	<p>Escala de Glasgow no valorable.</p> <p>Escala de Richmond de sedación, agitación y analgesia de -5.</p>	No presenta.
USAR PRENDAS DE VESTIR	Cambio de ropa de cama y bata en cada turno.	No presenta.
ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	<p>Peso: 71 kg</p> <p>Estatura: 1.50 mts</p> <p>I.M.C: 31.55</p> <p>Nutrición parenteral.</p> <p>Nutrición enteral.</p> <p>Electrolitos séricos. (sodio, potasio, magnesio, calcio).</p> <p>Higiene dental 3 veces por turno.</p>	<p>Mucosas orales semi hidratadas con palidez de tegumentos, piezas dentales incompletas, ausencia de segundo molar derecho.</p>

2.4 Priorización de diagnósticos

- Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión manifestado por alteraciones en la frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria y en los resultados de la gasometría venosa.
- Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con nutrición enteral, manifestado por diarrea, distensión abdominal, heces líquidas y frecuencia aumentada de los movimientos intestinales.
- Disminución del gasto cardíaco relacionado a alteraciones en la precarga manifestado por edema, disnea, oliguria y variaciones en la presión arterial.
- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
- Hipertermia relacionada a enfermedad manifestada por aumento de la temperatura, taquicardia y frecuencia respiratoria aumentada.
- Deterioro de la integridad cutánea relacionado a inmovilidad física, manifestado por interrupción de la continuidad de la piel y úlceras por decúbito a nivel del cóccix con presencia de escara de color azulado y negrozco con afectación al musculo.
- Exceso de volumen de líquidos relacionado a falla de los mecanismos reguladores manifestado por anasarca, cambio en el patrón respiratorio, oliguria, azoemia y disminución del hematocrito.

III PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Oxigenación	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: <u>Sustitución</u>	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
➤ Diagnóstico de Enfermería: (00030) Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión manifestado por alteraciones en la frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria y en los resultados de la gasometría venosa.								
Objetivo: Mantener la perfusión adecuada de oxígeno y la permeabilidad de las vías respiratorias.								
Intervenciones				Fundamentación				
3350 Monitorización respiratoria. a) Anotar los cambios de SaO ₂ , SV0 ₂ , CO ₂ , FiO ₂ y volumen corriente final, así como los cambios en los valores de gases en sangre arterial y venosa. b) Prevenir o identificar precozmente complicaciones relacionadas a la función respiratoria. c) Controlar las actividades que aumentan el consumo de O ₂ (hipertermia, escalofríos, convulsiones, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan sustituir los ajustes del soporte del ventilador y causar una desaturación de O ₂ .				La monitorización puede definirse como la evaluación en tiempo real del estado fisiológico del paciente, lo cual permite tomar decisiones sobre el tratamiento y valorar la respuesta a las intervenciones terapéuticas. La monitorización, intermitente o continua, del paciente ventilado mecánicamente permite detectar cambios moderados en su condición clínica, en general no detectados por las alarmas, y constituye un elemento esencial de los cuidados intensivos, ya que proporciona seguridad y facilita tanto el diagnóstico como el tratamiento de la situación crítica. Los parámetros fundamentales a monitorizar son el intercambio gaseoso, la mecánica ventilatoria y el estado hemodinámico. ²⁸				
3160 Aspiración de Secreciones de las Vías aéreas. a) Registro de las características de las secreciones aspiradas por tubo endotraqueal y por la boca. b) Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.				La aspiración de secreciones a un paciente con vía aérea artificial, es un procedimiento que se debe manejar con técnica estéril. Se debe tener en consideración que la acumulación de secreciones en la vía aérea artificial o árbol traqueal puede causar estrechamiento de				

²⁸ Fundamentos de la Ventilación mecánica [homepage on the Internet]. Barcelona, España:c1999 [actualizada 12 febrero 2004; consultado 10 de octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/amrjvq>

<p>c) Favorecer la ventilación respiratoria, así como prevenir las infecciones ocasionadas por el acúmulo de secreciones.</p>	<p>las mismas, insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones.²⁹</p>
<p>2080 Manejo de líquidos / electrolitos.</p> <p>a) Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.</p> <p>b) Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia).</p> <p>c) Administrar el suplemento de electrolitos prescrito.</p>	<p>El peso corporal en un adulto es de 70 kg; el 60 % (42 L) corresponde a los líquidos del organismo que contienen diferentes solutos y electrólitos; estos tienen como función principal transportar el oxígeno y nutrientes a las células, eliminar los productos de desecho del metabolismo celular y mantener el medio físico y químico estable dentro del organismo, que permita los procesos metabólicos necesarios para la vida.</p> <p>Para que sea posible la correcta función de los sistemas corporales es imprescindible mantener el equilibrio hidroelectrolíticos y ácido-base, ya que existen diferentes cuadros patológicos asociados a numerosos factores que pueden provocar la ruptura de dicho equilibrio (ingestión de líquidos, dieta equilibrada) así como la valoración y corrección de posibles desequilibrios que se puedan producir, serán objetivos de los cuidados de enfermería.³⁰</p>
<p>Ejecución</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Se llevó a cabo control estricto de líquidos a través del balance por turno - Se tomó por turno laboratorios clínicos que incluyeron electrólitos séricos y gasometrías venosas entre otros. - Se concentraron las soluciones con la finalidad de evitar un aumento de líquidos infundidos - Se tomó PVC cada cuatro horas, avisando al médico si esta era mayor de 20 cm Hg. - Se mantuvo vigilancia estrecha de la frecuencia respiratoria por monitor. - De forma constante se vigilaba el patrón respiratorio, haciendo énfasis en el 	

²⁹ Aspiración de secreciones de la vía aérea [homepage on the Internet]. Madrid, España: Hospital general Universitario Gregorio Marañón; c2013 [actualizada 08 julio 2013; consultada 10 de octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/1mBXTM>

³⁰ Almeida Calzado I, Torrecilla Rojas. Líquidos y electrolitos. [homepage on the Internet]. Ciudad de la Habana, Cuba: libros de autores cubanos.c2005[actualizada 26 agosto2006; Consultada 10 de octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/yQcV6G>

ritmo y la sincronía del mismo.

- Se mantuvo vigilancia de la saturación por monitor.
- Se aspiraron secreciones por cánula orotraqueal y boca 2 o 3 veces por turno y se anotaron sus características.
- Se administraron y ministraron reposiciones hidroelectrolíticas por turno.

Evaluación

El objetivo planteado se consigue de forma parcial ya que el deterioro progresivo debido a las fallas orgánicas múltiples, impedían un avance y restablecimiento de la función respiratoria, por lo que los incrementos y aporte de oxígeno a través de la ventilación mecánica siguieron aumentando hasta volverse insuficientes. Cabe mencionar que la vía aérea se mantuvo permeable y funcional debido a la aspiración continua de secreciones a través de la cánula orotraqueal y boca.

Necesidad alterada: Oxigenación	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
➤ Diagnóstico de Enfermería: Disminución del gasto cardiaco relacionado a alteraciones en la precarga manifestado por taquicardia, Aumento o disminución de la presión venosa central, edema y variaciones en la presión arterial.								
Objetivos: Reestablecer el volumen circulante y reducir las afectaciones relacionadas.								
Intervenciones				Fundamentación				
4220 Manejo del shock a) Monitorizar los signos vitales b) Canalizar y mantener permeable el catéter venoso central y una o dos vías periféricas de buen calibre. c) Tomar piloto para cruzar y tipar hemoderivados. d) Administración de líquidos parenterales: Cloruro de sodio.9% y Lactato de Ringer. e) Administración de productos sanguíneos, plasma y concentrados eritrocitarios. f) Administrar y ministrar en infusión continua inotrópicos. f) Colocar sonda vesical para medir diuresis. g) Vigilar niveles de glucosa en sangre y controlar los niveles anormales. h) Observar si hay datos de hemorragia interna y externa.				El shock un síndrome clínico asociado a múltiples procesos, cuyo denominador común es la existencia de una hipoperfusión tisular que ocasiona un déficit de oxígeno (O2) en diferentes órganos y sistemas, Este déficit de O2 con lleva un metabolismo celular anaerobio, con aumento de la producción de lactato y acidosis metabólica. Si esta situación se prolonga en el tiempo, se agotan los depósitos energéticos celulares y se altera la función celular, con pérdida de la integridad y lisis, lo que en última instancia lleva a un deterioro multiorgánico que compromete la vida del enfermo. Aunque pueden coexistir diferentes causas de shock en un mismo paciente, haciendo que el cuadro clínico y hemodinámico sea más abigarrado, de forma práctica se suelen dividir las causas de shock en varios tipos: hemorrágico, hipovolémico, cardiogénico, obstructivo o de barrera, séptico, anafiláctico y neurogénico. Esta clasificación puede resultar didácticamente de utilidad pero resulta artificiosa y simplifica demasiado los mecanismos fisiopatológicos que se producen en los diferentes tipos de shock. ³¹				

³¹ Moreno Sánchez A, Arraval Sánchez R, Mesa Cruz P. Manejo del paciente en situación de shock. [Homepage in the Internet]. Hospital Regional de Málaga.c2010[Actualizada 10 de noviembre 2011; Consultada 15 de octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/fS7cUX>

<p>4180 Manejo de hipovolemia.</p> <p>a) Administrar y ministrar plasma fresco congelado, concentrados eritrocitarios y aféresis plaquetarias.</p> <p>b) Vigilar y valorar P.V.C, P.A.M y P.A.P</p>	<p>Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar. La pérdida de aproximadamente una quinta parte o más del volumen normal de sangre en el cuerpo causa un <i>shock</i> hipovolémico.³²</p>
<p>Ejecución</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Se anotan signos vitales cada hora y variaciones hemodinámicas en la hoja de enfermería. - Se canaliza una vía periférica de buen calibre y se mantiene permeable con solución de cloruro de sodio .9%. - Se Inicia vasopresor, norepinefrina 8 mg en 100 ml de solución glucosa 5% a una velocidad de 18 ml/hr conectando en la línea proximal de forma exclusiva del catéter venoso central. - Se inicia fluidoterapia en cargas de 15 minutos a base de soluciones cristaloides (Cloruro de sodio.9% 1000 ml y lactato de Ringer 500 ml). - Se administra y ministra 2 unidades de plasma fresco congelado y 2 unidades de concentrados eritrocitarios. - Se toma y anota P.V.C cada 4 hrs. - Se mide uresis cada 2 hrs y se anota en la hoja de enfermería - Se toma y anota niveles de glucosa sanguínea cada 2 hrs. 	
<p>Evaluación</p>	
<p>Las medidas adoptadas resultaron parcialmente efectivas en el corto plazo, pero resultaron insuficientes ya que, la dependencia a los inotrópicos se fue incrementando y el volumen circulante mejoró de forma parcial y las afectaciones a otros órganos como el renal y cardiaco principalmente se complicaron.</p>	

³² Medline Plus. Shock hipovolémico. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.c2017[Actualizada 13 de octubre de 2017; Consultada 15 de octubre 2017]. Disponible: <https://goo.gl/tBmegf>

Necesidad alterada: Eliminación	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
➤ Diagnóstico de Enfermería: Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con nutrición enteral, manifestado por diarrea, distensión abdominal, heces líquidas y frecuencia aumentada de los movimientos intestinales.								
Objetivos: Restablecer la frecuencia y características el tránsito intestinal.								
Intervenciones				Fundamentación				
1750 Cuidados perianales. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener el perineo limpio y seco. ✓ En caso necesario aplicar ungüentos, talcos o cremas protectoras. 				El lavado de la región perineal (genitales externos, perineo y zona anal) en el momento del baño diario y, en otros momentos, fomenta la higiene, previene infecciones, elimina suciedades y secreciones irritantes y mal olientes, como el esmegma (sustancia caseosa que se acumula entre el prepucio y el glande o en la superficie interna de los labios vulvares). En el caso del individuo con daño cutáneo perineal, el lavado frecuente, seguido de la aplicación de sustancias medicamentosas indicadas por el médico, favorece la cicatrización. El cuidado perineal debe practicarse siempre con la debida consideración por el pudor del paciente. ³³				
2080 Manejo de líquidos y electrolitos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compensar la pérdida de líquidos con soluciones de Cloruro de sodio al 0.9% y Soluciones de Hartman y de electrolitos como: Sodio, Magnesio y Potasio. 				La fluidoterapia intravenosa es una de las medidas terapéuticas más importantes y más frecuentemente utilizadas en el paciente hospitalizado. Su objetivo es mantener la homeostasis del organismo y corregir los desequilibrios hidroelectrolíticos existentes cuando la vía oral es insuficiente o no está indicada. Su manejo requiere conocimientos precisos sobre la distribución de los líquidos corporales y de la fisiología del equilibrio hidroelectrolítico. En los últimos años se ha producido una revisión sobre la composición idónea de los líquidos de mantenimiento en la				

³³ Manual de procedimientos de enfermería. El perineo [homepage on the Internet]. Ciudad de la Habana, Cuba: libros de autores cubanos.c2005[actualizada 26 agosto2006; Consultada 10 de octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/HQud3d>

	fluidoterapia del niño ingresado para evitar las complicaciones metabólicas derivadas de su uso, principalmente la hiponatremia. ³⁴
0410 Cuidados de la incontinencia intestinal. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar pañales de alta absorberencia. ✓ Evaluar la velocidad y consistencia de la alimentación enteral y la administración de líquidos. ✓ Lavar la región perianal con agua y jabón después de cada evacuación. ✓ Mantener la ropa de cama y paciente (Sra. Juana) limpias. 	La incontinencia es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la dermatitis por incontinencia, otros factores asociados son: los cambios en el pH de la piel, humedad, daño en piel causado por la mezcla de orina y las heces y los daños causados por las enzimas fecales, como proteolíticas y lipolíticas. Cuando las heces y la orina se mezclan, las bacterias existentes en las heces convierten la urea de la orina en amoniaco, lo que hace que la piel tenga un PH más alcalino. ³⁵
0460 Manejo de la diarrea. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Descartar medicación o dieta (enteral, parenteral) que pudieran desencadenarla. ✓ En caso necesario administrar y ministrar medicamentos (antidiarreicos, antibióticos). ✓ Observar piel perianal para ver si hay irritación o ulceración. ✓ Practicar acciones que supongan descanso intestinal (disminución gradual de la velocidad o suspensión de la nutrición enteral o parenteral). 	La diarrea es un hallazgo frecuente en los pacientes críticamente enfermos, cualquiera que sea la causa de la admisión de los mismos en una UCI Unidad de Cuidados Intensivos, y representa una de las complicaciones gastrointestinales, no hemorrágicas, más frecuentes que suelen presentarse en tales sujetos. La diarrea constituye causa de desequilibrios hidroelectrolíticos, interrupción de los esquemas de Nutrición enteral, desnutrición, agravamiento del cuadro mórbido, prolongamiento de la estadía hospitalaria, e incluso muerte. ³⁶
Ejecución	
<ul style="list-style-type: none"> - Se lava y seca la región perianal en cada evacuación. - Se aplica unguento protector contra rozaduras en la región perianal (capent pomada en cada evacuación). 	

³⁴ Asociación Española de Pediatría. Fluidoterapia en el paciente hospitalizado [Homepage in the Internet]. Madrid, España.c2015[actualizada 20 agosto 2016; consultada 10 de octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/nyJfvH>

³⁵ Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Higiene y Cuidados en la incontinencia fecal[Homepage in the Internet].Hospital Universitario Reyna sofia.c2010[actualizada 27 octubre 2010;consultada 10 de octubre 2017].Disponible en: <https://goo.gl/6GvQzc>

³⁶ Nicolás Martinuzzi A, Ferraresi Zarranz E, Santana Porbén S, Santiago Alcántara A. Diarrea en el paciente crítico. Rev Cubana Alimentación y Nutrición [Revista en línea]2012[Consultado 11 de octubre 2017];22(1):120-134.Disponible en: <https://goo.gl/qH8bqq>

- Se administran soluciones cristaloides (Cloruro de sodio .9% de 1000 ml y lactato de Ringer 500 ml) durante la contingencia.
- Se disminuye la velocidad de la alimentación enteral.
- Se hace cambio de ropa de cama una o dos veces por turno.
- Se administran y ministran reposiciones de electrolitos tales como: 1 gr de sulfato de magnesio y 40 meq de Cloruro de potasio en 100 ml de solución salina para 2 hrs.
- Se inicia antibioticoterapia voriconazol 200mg c/12 por 7 días.

Evaluación

La diarrea disminuye en frecuencia y cantidad, la región perianal se protege y mantiene seca y limpia, los laboratorios clínicos indican que la reposición hidroelectrolítica fue satisfactoria, por lo tanto, las medidas adoptadas son satisfactorias.

Necesidad alterada: Seguridad y Protección	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: <u>Sustitución</u>	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00004) Riesgo de Infección relacionado con procesos invasivos.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Evitar y prevenir la proliferación de infecciones en las heridas quirúrgicas, accesos vasculares y drenajes. 								
Intervenciones			Fundamentación					
3440 Cuidados del sitio de incisión. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. ➤ Limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia. ➤ Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. ➤ Tomar nota de las características de cualquier drenaje. ➤ Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. ➤ Instruir al familiar acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha. 			<p>La atención de los pacientes se dispensa en establecimientos que comprenden desde dispensarios muy bien equipados y hospitales universitarios con tecnología avanzada hasta unidades de atención primaria únicamente con servicios básicos. A pesar del progreso alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, siguen manifestándose infecciones en pacientes hospitalizados, que también pueden afectar al personal de los hospitales. Muchos factores propician la infección en los pacientes hospitalizados: la reducción de la inmunidad de los pacientes; la mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección; y la transmisión de bacterias farmacorresistentes en poblaciones hacinadas en los hospitales, donde las prácticas deficientes de control de infecciones pueden facilitar la transmisión.</p> <p>Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En un estudio de la OMS, se ha demostrado también que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia.³⁷</p>					

³⁷ Organización Mundial de la Salud. Prevención de las Infecciones nosocomiales [Homepage in the Internet]. Ginebra Suiza.c2003[Actualizada 10 de marzo 2003; consultada 16 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/EXsqTZu>

<p>6550 Protección contra infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ lavado de manos antes y después de cada procedimiento. ➤ Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos o infección. ➤ Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. ➤ Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. 	<p>Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria tienen una etiología multicausal relacionada a los diversos procedimientos a que están expuestos nuestros pacientes, al número de personal que procede en la atención sanitaria y a la vulnerabilidad propia del paciente. Ellas representan un alto índice de morbi-mortalidad y a su vez un aumento del costo hospitalario. La higiene de las manos es la medida primordial para reducir dichas infecciones. El incumplimiento de la norma se considera la principal causa. Aprender el correcto lavado de manos y utilizarlo adecuadamente sigue siendo el método más sencillo y económico que salva vidas.³⁸</p>
---	---

<p>Ejecución</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza lavado de manos de acuerdo a técnica y norma hospitalaria antes y después de cada procedimiento. - Se usan guantes estériles y no estériles para cuantificar drenajes y manipular sondas y equipos de infusión. - Se coloca fecha de instalación y curación al catéter venoso central y del catéter periférico cada 24 hrs. - Se realiza asepsia del catéter venoso central y se hepariniza en cada toma de muestra o de instalación de infusiones continuas. - Se realiza curación en la herida quirúrgica abdominal y sitios de inserción de los drenajes en cada turno. - Se cambia sonda vesical y bolsa recolectora de orina cada 72 hrs. - Se anota en la hoja de enfermería fecha de instalación de sonda vesical, catéter venoso central y los drenajes quirúrgicos, así como características de los flujos y secreciones de cada drenaje.

³⁸ Unicef. Recomendaciones para la prevención de infecciones nosocomiales [Homepage in the Internet]. Ministerio de salud de la provincia de Córdoba, Argentina.c2010[Actualizada octubre 2010; consultada 16 de octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/7fYhXm>

Evaluación

Resultan satisfactorias las medidas adoptadas para prevenir y evitar la proliferación de infecciones por el uso inadecuado del catéter venoso central, sonda vesical y drenajes quirúrgicos, en el caso de la herida quirúrgica abdominal la situación se complicó debido a procesos infecciosos secundarios al procedimiento quirúrgico.

Necesidad alterada: Termorregulación	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00007) Hipertermia relacionada a enfermedad (choque séptico de origen abdominal) manifestado por aumento de la temperatura corporal, calor al tacto, taquicardia y taquipnea.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Regular la temperatura y mantenerla controlada. 								
Intervenciones			Fundamentación					
2300 Administración y ministración de medicamentos. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Antipiréticos (paracetamol 1 gr. Intravenoso para una hora y Metamizol 1 gr. Intravenoso diluido en 100 de solución fisiológica .9% para una hora). ➤ Administración y ministración de antibióticos prescritos de acuerdo a las pruebas de antibiograma realizadas. (linezolid 600 mg y vancomicina 1 gr. Cada 12 hrs). 			Dentro del hospital, la unidad de cuidados intensivos es un área preferencial en cuanto a la presencia de pacientes febriles. Los enfermos con las infecciones más graves ingresan a terapia intensiva, y la unidad representa la fuente más común de infecciones nosocomiales. Por otra parte, muchas patologías no infecciosas también cursan con fiebre. Es sumamente importante no considerar a todo paciente febril en UTI como portador de una patología infecciosa. Existen tres interrogantes mayores a responder en los pacientes febriles en terapia intensiva. Primero, se debe diferenciar entre entidades de origen infeccioso y de origen no infeccioso, que pueden ser muy similares a primera vista. El segundo paso es tratar adecuadamente a los pacientes con procesos de origen no infeccioso, y no emplear en tales casos antibióticos en forma empírica. Por último, si el paciente tiene una enfermedad infecciosa como causa de la fiebre, el tratamiento antibiótico empírico debe instalarse en forma inmediata, y deberá cubrir los patógenos más probables en función del foco y de la epidemiología presunta de la infección. La elevación de la temperatura corporal desempeña un rol importante en la defensa del organismo a la agresión. La elevación de la temperatura, sin embargo, también puede asociarse con una serie de efectos contraproducentes, en particular un aumento del volumen minuto cardiaco, del consumo de oxígeno, de la producción de dióxido de carbono y del gasto energético. El consumo de oxígeno aumenta aproximadamente un 10% por cada grado de aumento de la temperatura. Estos cambios pueden ser mal tolerados en pacientes con una reserva cardiorrespiratoria limitada. Las drogas antipiréticas no esteroideas promueven la pérdida de calor y reducen la temperatura en pacientes con fiebre, pero no afectan la temperatura en sujetos					
6680 Monitorización de signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar periódicamente el calor, la temperatura y la humedad en la piel. ➤ Observar y registrar los cambios en la temperatura corporal. 								
3900 Regulación de la temperatura. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicación de medios 								

<p>físicos a base de compresas frías o sabana térmica.</p> <p>➤ De ser necesario aplicación de soluciones frías a través de la sonda nasogástrica.</p>	<p>afebriles o sobrecalentados por el ejercicio. Las drogas más utilizadas en este sentido son la aspirina, el acetaminofén, la indometacina, el ibuprofeno y otros antiinflamatorios no esteroideos. El empleo de medios físicos para disminuir la temperatura, tales como la cubierta con agua fría o el empleo de bolsas de hielo, tiene los inconvenientes de producir discomfort, tener un efecto limitado por la producción de vasoconstricción periférica, y producir en ocasiones escalofríos como mecanismo de compensación, con el consiguiente gasto energético adicional.³⁹</p>
--	--

Ejecución

- Se toman y registran signos vitales cada hora.
- Se policultiva (Hemocultivos de catéter venoso central y muestra periférica sanguínea, toma de muestra de secreción bronquial por cánula orotraqueal y urocultivo).
- Se administra y ministra paracetamol 1 gr. Intravenoso para una hora en caso de temperatura igual o mayor a 38.3° centígrados o Metamizol 1 gr. Intravenoso diluido en 100 de solución fisiológica .9% para una hora.
- Se administran y ministran antibióticos (Linezolid 600 mg intravenoso cada 12 hrs, vancomicina 1 gr intravenoso cada 12 hrs).
- Se Aplican compresas frías a nivel de cráneo, abdomen, miembros torácicos y pélvicos.

Evaluación

Resultan parcialmente insatisfechas las medidas antipiréticas adoptadas ya que la sepsis abdominal aunado al deterioro nutricional y renal no permitió ejercer una sinergia antibiótico-antipirético ideal que contrarrestara la infección subyacente por lo tanto, la respuesta esperada en base al uso de medios físicos y químicos solo regula de forma momentánea la temperatura, pero se mantiene la tendencia a la hipertermia.

³⁹ Libro Virtual Intramed. El paciente febril en terapia Intensiva [Homepage in the Internet]. Ed. el ateneo, Buenos Aires, Argentina.c2001[Actualizada 12 de marzo 2001; Consultada 17 de octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/RJt3D2>

Necesidad alterada: De higiene y protección de la piel	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: <u>Sustitución</u>	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
<p>➤ Diagnóstico de Enfermería: 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado a inmovilidad física, manifestado por interrupción de la continuidad de la piel y úlceras por decúbito a nivel del cóccix con presencia de escara de color azulado y negruzco con afectación al musculo.</p>								
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detener el daño y restablecer la continuidad de la piel en el cóccix. 								
Intervenciones	Fundamentación							
<p>0740 Cuidados del paciente encamado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambiarlo de posición según lo indique el estado de la piel. ➤ Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. <p>3520 Cuidados de las úlceras por presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar medicamentos y apósitos que favorezcan la sequedad, protección y cicatrización adecuada de la ulcera sacra. ➤ Anotar las características de la herida. ➤ Observar si hay signos y síntomas de infección de la herida. <p>3590 Vigilancia de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprobar la temperatura corporal. ➤ Evaluar características de la piel dañada (olor, 	<p>Las úlceras por decúbito son zonas de necrosis y de ulceración en el sitio donde los tejidos son presionados entre prominencias óseas y superficies duras. Son causadas por presión en combinación con la fricción, las fuerzas de cizallamiento, y la humedad. Los factores de riesgo incluyen edad > 65, alteraciones de la circulación, inmovilización, desnutrición e incontinenia. La gravedad de las lesiones va desde un eritema cutáneo hasta la pérdida completa de la piel en todo su espesor, con necrosis extensa de los tejidos blandos. El diagnóstico es clínico. El pronóstico es excelente para las úlceras en estadios tempranos; las úlceras no tratadas y aquellas en estadios finales tienen un riesgo de infección grave y son difíciles de curar. El tratamiento incluye disminuir la presión, evitar la fricción y las fuerzas de cizallamiento, y efectuar un cuidado minucioso de las heridas. A veces, son necesarios injertos de piel o colgajos miocutáneos para facilitar la curación.</p> <p>Los principales factores que contribuyen a las úlceras por decúbito son:</p> <p>Presión: Cuando los tejidos blandos se comprimen entre las prominencias óseas y las superficies de contacto, se produce oclusión micro vascular con isquemia e hipoxia tisular; si la compresión no se alivia, puede producirse una úlcera por decúbito en 3 a 4 hrs. Esto ocurre con mayor frecuencia sobre el sacro, las tuberosidades isquiáticas, trocánteres, maléolos y talones, aunque pueden aparecer úlceras por decúbito en cualquier lugar.</p> <p>Fricción: la fricción (roce contra la ropa o la ropa de cama) puede provocar ulceración de la piel causando erosión local y rotura de la epidermis y la dermis</p>							

<p>color, secreción).</p> <p>6550 Protección contra las infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener las normas de asepsia para el paciente en estado de riesgo. <p>0208 Movilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambios de posición postural en decúbito lateral derecho e izquierdo. 	<p>superficial.</p> <p>Fuerzas de cizallamiento: las fuerzas de cizallamiento (p. ej., cuando se coloca al paciente inclinado) tensionan y dañan los tejidos de sostén, al hacer que las fuerzas de los músculos y los tejidos subcutáneos empujados por la fuerza de gravedad se opongan a los tejidos más superficiales que permanecen en contacto con las superficies externas. Las fuerzas de cizallamiento contribuyen a las úlceras por decúbito, pero no son causas directas.</p> <p>Humedad: la humedad (p. ej., transpiración, incontinencia) conduce a la descomposición y laceración del tejido, que puede iniciar o empeorar una úlcera por decúbito.</p> <p>Debido a que el músculo es más susceptible a la isquemia con la compresión de la piel, la isquemia y la necrosis muscular pueden ser la base de una úlcera por decúbito debida a una compresión prolongada.⁴⁰</p>
---	---

Ejecución

- Se anota y registra las características de la úlcera sacra y se estadifica el grado de la lesión en la hoja de enfermería.
- Se realizan cambios de posición a decúbito lateral izquierda y derecha cada 2 horas.
- Se coloca una dona o cojín antillaga que evite el rozamiento de la lesión en decúbito dorsal.
- Se realiza debridación y curación de la úlcera sacra.
- Se aplica pomada de furacin con una gasa estéril en la lesión en cada cambio de turno.
- Se aplican polvos de Stomashive para favorecer la regeneración tisular e inhibición de la infección en la úlcera.
- Se aplica apósito duoderm en la escara sacra.
- Se aplican protectores de talón, rodilla y tobillo para prevenir nuevas úlceras.
- Se usa crema humectante (Caliderm crema) en cada turno.

Evaluación

Los resultados obtenidos en base a las medidas e intervenciones realizadas fueron favorables ya que se regeneró el daño tisular a las capas superficiales y músculo dañada del cóccix, y se logró detener más lesiones en otras zonas de presión. Así mismo se tomaron medidas adicionales para mantener la piel libre de rozaduras y resequedad principalmente en aquellas zonas de presión más sensibles (codos, rodillas, tobillos, sacro y manos).

⁴⁰ Merck Manual. Úlceras por decúbito. [Homepage in the Internet]. Merck and Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA.c2017[Actualizada 20 julio 2017; Consultada 17 octubre 2017].Disponible en: <https://goo.gl/yRYxTU>

Necesidad alterada: Alimentación/ Hidratación.	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
➤ Diagnóstico de Enfermería: (00026) Exceso de volumen de líquidos relacionado a falla de los mecanismos reguladores manifestado por anasarca, cambio en el patrón respiratorio, oliguria, azoemia y disminución del hematocrito.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Restablecer el equilibrio hídrico y disminuir las complicaciones provocadas. 								
Intervenciones				Fundamentación				
4120 Terapia Intravenosa <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar líquidos por vía intravenosa (Lactato de Ringer, cloruro de sodio .9%) ➤ Administrar electrolitos (Cloruro de potasio, Sulfato de Magnesio, Gluconato de calcio) ➤ Preparar la vía de acceso para la hemodiálisis. 				<p>Los riñones sanos filtran la sangre eliminando el exceso de líquido, los minerales y los desechos. Los riñones también producen hormonas que mantienen los huesos fuertes y la sangre sana. Cuando los riñones fallan, los desechos dañinos se acumulan en el cuerpo, la presión arterial puede elevarse y el cuerpo puede retener el exceso de líquido y no producir suficientes glóbulos rojos.</p> <p>La Fluidoterapia intravenosa constituye una de las medidas terapéuticas más importantes y frecuentemente utilizadas en Medicina de Urgencias y Emergencias. Su objetivo primordial consiste en la corrección del equilibrio hidroelectrolítico alterado, hecho habitual en pacientes críticos. Su utilización constituye un arsenal terapéutico de vital importancia en Cuidados Críticos, siendo tradicionalmente mal conocida e infravalorada a pesar de que el manejo de este tipo de tratamiento requiere unos conocimientos precisos sobre la distribución de líquidos corporales y la fisiopatología de los desequilibrios hidroelectrolíticos y ácido-básico. El conocimiento de estos fundamentos permitirá adoptar las medidas oportunas en cada circunstancia eligiendo de forma correcta el tipo de solución intravenosa y el ritmo de administración adecuados para cada circunstancia.</p> <p>El empleo de soluciones intravenosas implica riesgos importantes por lo que se requiere una continua evaluación de la situación hemodinámica del enfermo valorando</p>				
4130 Monitorización de líquidos. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar ingesta y eliminación de líquidos. ➤ Control estricto de ingresos y egresos de líquidos en la hoja de enfermería. 								
4170 Manejo de la hipervolemia. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprobar función renal (niveles de BUN y Cr). ➤ Administrar diuréticos prescritos ahorradores de potasio (Furosemida 60 mg intravenoso, dosis única.) ➤ Preparar al paciente para la hemodiálisis. ➤ Monitorizar respuesta hemodinámica en la diálisis. ➤ Toma de laboratorios (Biometría hemática, Química sanguínea y Electrolitos séricos. 								

<p>4210 Monitorización hemodinámica invasiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorizar la P.V.C ➤ Monitorizar estado hemodinámico incluyendo PAP y PA. 	<p>especialmente la aparición de signos de sobre aporte de agua o electrolitos. En la práctica, la monitorización puede efectuarse con tres elementos de juicio: Signos clínicos, datos de Laboratorio y datos de monitorización invasiva. La hemodiálisis es el método más común para tratar la insuficiencia renal avanzada y permanente. Desde la década de los sesenta, cuando la hemodiálisis se convirtió por primera vez en un tratamiento práctico para la insuficiencia renal, hemos aprendido mucho sobre cómo hacer que los tratamientos de hemodiálisis sean más eficaces y cómo minimizar sus efectos secundarios. En la hemodiálisis, se permite que la sangre fluya, unas onzas por vez, a través de un filtro especial que elimina los desechos y los líquidos innecesarios. (Una onza equivale a aproximadamente 30 ml.) La sangre filtrada se devuelve luego a su cuerpo. La eliminación de los desechos dañinos, la sal y los líquidos innecesarios ayuda a controlar la presión arterial y a mantener el equilibrio adecuado de sustancias químicas en el cuerpo, como el potasio y el sodio. En los últimos años, los aparatos para diálisis son más compactos y simples han hecho que la diálisis en el hogar sea cada vez una opción más accesible.⁴¹</p>
<p>Ejecución</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Se registran signos vitales cada hora - Se toma P.V.C cada 4 horas - Se administran y ministran diuréticos ahorradores de potasio (furosemida 60 mg intravenoso dosis única) - Se administran y ministran reposiciones de electrolitos (Cloruro de Potasio, Sulfato de Magnesio y Gluconato de calcio). - Se realiza balance hídrico por turno. - Se toman laboratorios (Bh, Q.S y E. Sérico y gasometría venosa por turno. - Se registran fluctuaciones de la presión arterial durante la hemodiálisis. - Se administran líquidos parenterales (Cloruro de sodio 1000 ml y lactato de Ringer 500 ml). - Se mide y anota glucosa capilar cada 2 o 4 hrs. 	

⁴¹ Instituto Nacional de Enfermedades Renales. Hemodiálisis [Homepage in the Internet]. University of Michigan Health System[Actualizada julio 2007;Consultada 18 Octubre 2017].Disponible en: <https://goo.gl/i2qXhP>

- Se administra y ministra insulina de acción rápida de acuerdo a esquema de insulina o dextrosa al 50% en caso de un descenso en los niveles de glucosa en sangre.

Evaluación

El balance hídrico se deterioró aún con el soporte de terapia sustitutiva renal (hemodiálisis), el uso de diuréticos y de cargas de solución fisiológica o de lactato de Ringer solo mejoro de forma parcial el gasto urinario. Cabe mencionar que se tenían contempladas 3 sesiones de hemodiálisis por semana, pero debido a los costos solo se realizó una sesión por semana lo resulto insuficiente y progreso el deterioro hemodinámico y nutricional de la paciente.

4. PLAN DE ALTA (EGRESO POR DEFUNCIÓN)

Nombre del paciente: Juana S.V.

N. Expediente: 0114390

Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos.

Cama: U.T.I 6 **Edad:** 69 años

DX: Cáncer de Vesícula Biliar, Falla renal, Desequilibrio acido-base y Choque mixto.

PO: Laparotomía explora

La función como personal de enfermería ante este suceso fue el de proporcionar orientación a los familiares en este caso a la familia presente de la paciente Juana Sánchez sobre los trámites administrativos que deberían seguirse.

Los pasos fueron:

- ✓ Una vez que el médico ha determinado la muerte del paciente, el personal de enfermería notifica a los departamentos correspondientes, según los procedimientos establecidos en la institución.
- ✓ Amortajamiento del cadáver.
- ✓ Entrega de pertenencias del paciente al familiar.
- ✓ Escuchar, orientar o canalizar a los familiares para superar el duelo por el fallecimiento de la paciente.
- ✓ Integrar el expediente clínico con las anotaciones correspondientes.
- ✓ Proporcionar los cuidados post mortem al paciente y permitiendo que su familia pudiera despedirse por última vez de la Sra. Juana al estar un momento a solas antes de trasladarlo al mortuario.
- ✓ Trasladar el cadáver al servicio de anatomopatología.
- ✓ Orientar a los familiares sobre los trámites administrativos correspondientes.
- ✓ Proporcionar apoyo emocional a la familia.
- ✓ Retirar el expediente de la carpeta, se archiva y se resguarda hasta entregarlo al Archivo Clínico, según las normas del hospital.

✓ CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) favorece el fin principal de la enfermería: dar atención de calidad al individuo, familia y comunidad; quienes, a la vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas; serán capaces de participar en el mismo proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud.

El P.A.E. a partir del modelo conceptual de Virginia Henderson, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda (eje fundamental del proceso de cuidados) con los pacientes y/o familias. Los profesionales de enfermería necesitamos una formación adecuada, para asumir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación y responsabilidad en las mismas. Destacaremos la importancia del trabajo en equipo inter-multidisciplinar. Apostamos por la relación de ayuda como un proceso de crecimiento personal de los pacientes y profesionales.

Fue interesante realizar este trabajo, ya que abordar pacientes con este tipo de enfermedad me deja un crecimiento profesional; por las implicaciones de las intervenciones de enfermería en el proceso de salud; además la participación de la familia en pacientes con cáncer conlleva una mayor responsabilidad del quehacer profesional.

Por lo cual este Proceso Enfermero se realizó de manera satisfactoria, al valorar de manera integral las necesidades afectadas, así como brindar oportunamente las intervenciones necesarias para la satisfacción de cada una de estas, mejorando el confort del paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Así mismo se cumplieron todos los objetivos establecidos al principio de dicho trabajo, en lo personal aprendí y comprendí todo lo relacionado al contexto físico, familiar y social que envuelve al paciente de cuidados intensivos con cáncer de vesícula. Para lo cual su manejo es complicado ya que este tipo de pacientes

requieren de mucha supervisión y monitorización constante y más aún cuando desde su ingreso llega deteriorado y con múltiples fallas orgánicas. Cabe señalar que el cáncer de vesícula es una patología que afecta a un gran porcentaje de adultos mayores del sexo femenino principalmente y que comúnmente su detección es tardía, por lo tanto, se necesitan de muchas intervenciones y cuidados para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En lo personal sugiero mayor vigilancia y promoción a la salud principalmente de aquellas personas con factores de riesgo; desde un primer y segundo nivel de atención con enfermeras y médicos capacitados que comprendan las causas que inciden en el cáncer de vesícula biliar ya que favorecerá un diagnóstico precoz y oportuno, lo que repercutirá favorablemente en el pronóstico e historia de la enfermedad; para así delinear estrategias de acción en salud pública que puedan prevenir y reducir las tasas de morbi-mortalidad de esta patología mediante medidas específicas y tratamientos especializados.

Definitivamente es importante que como personal de salud fomentemos la prevención y brindemos los cuidados con calidad, eficiencia y eficacia, siempre teniendo en cuenta que nuestro principal objetivo es preservar la salud y dar confort aún en las condiciones clínicas más adversas.

GLOSARIO

- **Cáncer:** Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.
- **Distensión Abdominal:** Es una afección en la que el abdomen (vientre) se siente lleno y apretado. El abdomen puede lucir hinchado (distendido).
- **Diarrea:** Alteración intestinal que se caracteriza por la mayor frecuencia, fluidez y, a menudo, volumen de las deposiciones.
- **Falla orgánica:** El síndrome de disfunción multiorgánico (SDMO), antiguamente conocido como fallo multiorgánico, fallo orgánico múltiple o fracaso multiorgánico (FMO), es la presencia de alteraciones en la función de dos o más órganos en un paciente enfermo, que requiere de intervención clínica para lograr mantener la homeostasis.
- **Falla renal:** Afección que provoca que los riñones pierdan la capacidad de eliminar los desechos y equilibrar los fluidos.
- **Gasometría:** Es una prueba que permite conocer los niveles de oxígeno, dióxido de carbono y otras sustancias en la sangre. Gracias a ella se pueden diagnosticar situaciones de insuficiencia respiratoria.
- **Hipoperfusión:** Es la inadecuada entrega de oxígeno y nutrientes a los órganos vitales en relación con sus demandas metabólicas que amenazan la vida, se conoce como shock; en otras palabras, es un estado de hipoperfusión tisular que puede obedecer a múltiples causas y conlleva una disfunción orgánica múltiple que predispone a la muerte.
- **Ictericia:** Coloración amarillenta de la piel y las mucosas que se produce por un aumento de bilirrubina en la sangre como resultado de ciertos trastornos hepáticos.
- **Laparotomía:** Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen. Existen dos tipos de laparotomía, la simple y la exploratoria.
- **Quimioterapia:** Tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la aplicación de sustancias químicas al organismo.

- Vasopresor: Es un fármaco que causa un aumento en la presión arterial. Los fármacos vasopresores se utilizan con éxito para aumentar la presión arterial y para revertir la insuficiencia circulatoria en cuidados intensivos.
- Vesícula Biliar: Órgano en forma de bolsa o saco en el que se acumula la bilis producida por el hígado.
- Ventilación: Es el intercambio de aire entre el medio ambiente y los pulmones por medio de la inhalación y exhalación. Entonces, para los organismos con pulmones, es lo que popularmente se conoce como respiración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acerca de enfermería [homepage en internet]. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, United States of América; 2017. [Actualizada 17 mayo 2017]; [Consultado 2 julio 2017]. Disponible en: goo.gl/H4Qj8r
2. Enfa Side. 26 junio 2013. Virginia Henderson: Definición de enfermería [internet blog]. [Consultado 2 julio 2017]. Disponible en: goo.gl/C6aR9F
3. Burgos-Moreno M, Paravic T. Enfermería como profesión [Revista on line] 2009 [Consultado 2 julio 2017]; vol. 25. Disponible en: goo.gl/BwiDzg
4. Lagoueyte-Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. [Revista on line] 2015 [Consultado 2 julio 2017];47(209-213). Disponible en: goo.gl/UQkTZK
5. Moca E. República Dominicana. 25 julio 2006. Cuidados enfermeros. [Internet blog]. [Consultado 2 julio 2017]. Disponible en: goo.gl/Tdx86q
6. Juárez P, García M. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Méx Seg Soc. [Revista en línea] 2009 [Consultado 2 Julio 2017]; 17(2):109-111. Disponible en: goo.gl/dkul8P
7. Hernández-Vergel L, Zequeira-Betancourt D, Miranda-Guerra A: La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Clínica Central «Cira García». Ciudad de La Habana, Cuba. [Revista en línea] 2010 [Consultado 5 julio 2017]; 26:1-10. Disponible en: goo.gl/1ik9As
8. Zárate-Grajales R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Índex de Enfermería Granada, Granada, ES, [Revista en línea] 2004 [Consultado 5 Julio 2017];13:44-45. Disponible en: <https://goo.gl/w21Bys>
9. García-Hernández M, Cárdenas-Becerril L, Arana-Gómez B, Monroy-Rojas A, Hernández-Ortega Y, Salvador-Martínez C. Construcción emergente del concepto: Cuidado Profesional de Enfermería. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, (Esp) [Revista en línea] 2011 [Consultado 9 julio 2017];20:74-80. Disponible en: goo.gl/cQsWak
10. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina- López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. (Aquichán) Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia [Revista en

- Línea] 2009 [Consultado 9 julio 2017];9(2):127-134. Disponible en: goo.gl/pwxutM
11. Generación 41 Licenciatura en enfermería IPN-CICS UMA. El blog de Cuidados de Enfermería a los pacientes[Internet]; [31 agosto 2014]. Disponible en: goo.gl/LeKSdQ
 12. Sanhueza-Alvarado O. Contribución de la Investigación Cualitativa a la Enfermería. Ciencia y Enfermería, Universidad de Concepción, Chile [Revista en Línea] 2009 [Consultado 9 Julio 2017];15(3):15-20. Disponible en: goo.gl/JT2wbu
 13. Hernández-Cortina A, Guardado-Dela Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev. cubana Enfermer [Revista en línea] 2004 [Consultado 10 julio 2017];20(2). Disponible en: goo.gl/VeJs9Y
 14. Armendáriz-Ortega A, Medel-Pérez Teorías de Enfermería. Rev. Aventuras del pensamiento Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua [Revista en línea] 2007 [Consultado 10 Julio 2017]; 41:1-7. Disponible en: goo.gl/923W2Q
 15. Martínez-González L, Olvera-Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev. Enferm Inst Méx Seguro Soc [Revista en línea] 2011 [Consultado 12 Julio 2017];19(2):105-108. Disponible en: goo.gl/TTzsep
 16. Reyes-Gómez E. Fundamentos de Enfermería. [Internet] 2da ed. Ciudad de México: El manual moderno;2015[Citado 14 Julio 2017].496 pág. Disponible en: goo.gl/v4g4Cf
 17. Mejía-Lopera M. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. Índex de Enfermería, Granada ES, [Revista en Internet]2008[Consultado 16 de julio 2017];17(3). Disponible en: goo.gl/uqQEnS
 18. Murillas ML. [18 abril 2010]. El blog de epistemología del Cuidado[Internet]. Cali, Valle del Cauca, Colombia. [Consultado 17 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/HfC6zy
 19. Material Complementario/Enfermería Comunitaria<Virginia Henderson>. Facultad de estudios Superiores Iztacala, UNAM [En línea] 2013 [Consultado 19 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/KUqqjz

20. Hernández Martín C, Frutos Martín M. El modelo de Virginia Henderson en la Práctica de Enfermería. [Página principal en Internet]. Valladolid, España: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; c2015-2016 [19 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/aL27Xz
21. Hernández Rosales C, Ostiguín Meléndez R. Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [Revista on line] 2007. [Consultado 23 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/d9Uk6A
22. Observatorio, Metodología Enfermera [Homepage on the internet]. Cuesta de Santo Domingo, 6 Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermera; c2002. [actualización 26 diciembre 2002; Consultado 23 Julio 2017]. Disponible en: goo.gl/sGrS6s
23. El proceso de Atención de Enfermería [Homepage on the internet]. Facultad de Estudios Superiores Iztacala: Material Complementario Enfermería Comunitaria; c2013[Actualizada 13 febrero 2015; consultado 24 de julio 2017]. Disponible en: goo.gl/eszfGW

ANEXOS

En la atención del cáncer, a menudo trabajan juntos distintos tipos de médicos para crear un plan de tratamiento integral del paciente que combine distintos tipos de tratamientos. Esto se denomina equipo multidisciplinario. En el caso del cáncer de vesícula biliar, el equipo de médicos puede incluir un gastroenterólogo, un cirujano, un oncólogo y un radiooncólogo. Los equipos de atención del cáncer incluyen una variedad de otros profesionales de la atención médica, por ejemplo, auxiliares médicos, enfermeros de oncología, trabajadores sociales, farmacéuticos, asesores, dietistas y otros.

A continuación, se describen las opciones de tratamiento más frecuentes para el cáncer de vesícula biliar. El cáncer de vesícula biliar puede tratarse con un tratamiento o más, entre los que se incluyen la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia. Si se lo detecta en un estadio temprano, el cáncer de vesícula biliar tiene muchas más probabilidades de ser tratado con éxito.

Las recomendaciones y opciones de tratamientos dependen de varios factores, entre ellos, el tipo y estadio del cáncer, los efectos secundarios posibles, así como las preferencias del paciente y su estado de salud general. Su plan de atención también puede incluir tratamiento para síntomas y efectos secundarios, una parte importante de la atención del cáncer. Cirugía

La cirugía es la extirpación del tumor y de parte del tejido circundante sano durante una operación. Un oncólogo cirujano es un médico especializado en el tratamiento para el cáncer mediante cirugía.

Los siguientes tipos de cirugía se utilizan en el tratamiento del cáncer de vesícula biliar:

Colecistectomía.

También denominado colecistectomía simple, este procedimiento implica la extirpación de la vesícula biliar. La colecistectomía ampliada consiste en la

extirpación de la vesícula biliar, 1 pulgada o más del tejido hepático que se encuentra al lado de la vesícula biliar y todos los ganglios linfáticos de la región.

Extirpación radical de la vesícula biliar.

Este procedimiento implica la extirpación de la vesícula biliar, una sección con forma de cuña del hígado cerca de la vesícula biliar, el conducto colédoco, parte o todos los ligamentos entre el hígado y los intestinos, y los ganglios linfáticos alrededor del páncreas, y los vasos sanguíneos cercanos. Esta cirugía puede recomendarse incluso si ya se ha realizado una colecistectomía simple.

Cirugía paliativa.

En ocasiones, la cirugía puede ayudar a aliviar los síntomas causados por el cáncer de vesícula biliar, aunque no se pueda extirpar el tumor completamente. Por ejemplo, la cirugía puede aliviar la obstrucción de los conductos biliares o intestinos, o aliviar el sangrado.

Los efectos secundarios dependerán del tipo específico de cirugía. Antes de la cirugía, hable con el equipo de atención médica sobre los posibles efectos secundarios de la cirugía específica a la que se someterá.

Radioterapia

La radioterapia es el uso de rayos X u otras partículas con alta potencia para destruir las células cancerosas. El médico que se especializa en administrar radioterapia para tratar el cáncer se denomina radiooncólogo. El tipo más frecuente de tratamiento de radiación para el cáncer de vesícula biliar se denomina radioterapia con haz externo, que se aplica desde una máquina externa al cuerpo. Un régimen o programa de radioterapia, por lo general consiste en una cantidad específica de tratamientos que se administran durante un período determinado.

La radioterapia puede utilizarse antes de la cirugía para disminuir el tamaño del tumor, o después de la cirugía para destruir las células cancerosas restantes. En algunos casos, la radioterapia se aplica durante la cirugía, a fin de atacar directamente el área del tumor y proteger los demás órganos sanos de los efectos

de la radioterapia tradicional. Este procedimiento se denomina radioterapia intraoperatoria (Intra-Operative Radiation Therapy, IORT). No siempre se usa la radioterapia para el cáncer de vesícula biliar, por lo que es posible que el médico se la recomiende o no.

Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir fatiga, reacciones leves en la piel, malestar estomacal, deposiciones líquidas y daño en las estructuras adyacentes, como el hígado o los intestinos. La mayoría de los efectos secundarios desaparece poco tiempo después de finalizado el tratamiento.

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, generalmente al inhibir su capacidad para proliferar y dividirse. La quimioterapia es administrada por un oncólogo clínico, un médico especializado en el tratamiento del cáncer con medicamentos. Un régimen o programa de quimioterapia, por lo general consiste en una cantidad específica de ciclos que se administran durante un período determinado. Un paciente puede recibir 1 fármaco por vez o combinaciones de diferentes fármacos administrados al mismo tiempo.

La quimioterapia sistémica ingresa en el torrente sanguíneo para que alcance las células cancerosas de todo el cuerpo. Algunos de los métodos frecuentes para administrar quimioterapia incluyen un tubo intravenoso (i.v.) que se coloca en una vena con una aguja, mediante inyección, o una pastilla o cápsula que se traga (por vía oral). La quimioterapia puede administrarse antes de la cirugía para disminuir el tamaño del tumor, o después de la cirugía para destruir las células cancerosas restantes. También se puede combinar con radioterapia.

Los fármacos que se recomiendan frecuentemente incluyen gemcitabina (Gemzar), fluorouracilo (5-FU), cisplatino (Platinol) y oxaliplatino (Eloxatin). Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del individuo y de la dosis utilizada, pero pueden incluir fatiga, riesgo de infección, náuseas, vómitos, caída del cabello, pérdida del apetito y diarrea. Estos efectos secundarios generalmente desaparecen después de finalizado el tratamiento.

La quimioterapia en general se usa como tratamiento de atención paliativa para el cáncer de vesícula biliar. Es posible que se la recomiende después de haber extirpado quirúrgicamente el tumor. La quimioterapia utilizada como terapia adicional después de la cirugía se llama quimioterapia adyuvante.

Los medicamentos utilizados para tratar el cáncer se evalúan constantemente. Con frecuencia, hablar con el médico es la mejor forma de obtener información sobre los medicamentos que le recetaron, su finalidad y sus potenciales efectos secundarios o interacciones con otros medicamentos.

Cómo obtener atención para los síntomas y efectos secundarios

A menudo, el cáncer y su tratamiento provocan efectos secundarios. Además de los tratamientos elaborados para retrasar, detener o eliminar el cáncer, un aspecto importante de la atención del cáncer es aliviar los síntomas y los efectos secundarios de la persona. Este enfoque se denomina cuidados paliativos o atención de apoyo, e incluye brindarle apoyo al paciente con sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

Los cuidados paliativos son cualquier tipo de tratamiento que se centre en reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida, y brindar apoyo a los pacientes y sus familias. Cualquier persona, independientemente de la edad o del tipo y estadio de cáncer, puede recibir cuidados paliativos. Los cuidados paliativos actúan mejor cuando comienzan tan pronto como se los necesite en el proceso del tratamiento para el cáncer. A menudo, las personas reciben tratamiento para el cáncer al mismo tiempo que reciben tratamiento para aliviar los efectos secundarios. De hecho, los pacientes que reciben ambos tratamientos al mismo tiempo con frecuencia tienen síntomas menos graves, mejor calidad de vida e informan que están más satisfechos con el tratamiento.

Los tratamientos paliativos varían ampliamente y, con frecuencia, incluyen medicamentos, cambios nutricionales, técnicas de relajación, apoyo emocional y otras terapias. Usted también puede recibir tratamientos paliativos similares a los utilizados para eliminar el cáncer, como quimioterapia, cirugía o radioterapia.

Hable con su médico sobre los objetivos de cada tratamiento en su plan de tratamiento.

Antes de comenzar el tratamiento, hable con su equipo de atención médica acerca de los posibles efectos secundarios de su plan de tratamiento específico y las opciones de cuidados paliativos. Durante el tratamiento y después de este, asegúrese de informar a su médico o a otro integrante del equipo de atención médica si experimenta un problema, de modo que pueda abordarse tan pronto como sea posible.

Cáncer de vesícula biliar metastásico

Si el cáncer se disemina a otra parte del cuerpo desde el lugar donde se originó, los médicos lo denominan cáncer metastásico. Si esto sucede, es una buena idea hablar con los médicos que tienen experiencia en tratarlo, debido a que este es un cáncer poco frecuente. Los médicos pueden tener opiniones diferentes sobre el mejor plan de tratamiento estándar. Los ensayos clínicos también pueden ser una opción.

Su plan de tratamiento puede incluir una combinación de cirugía, quimioterapia o radioterapia. Los cuidados paliativos también serán importantes para ayudar a aliviar los síntomas y los efectos secundarios.

Para la mayoría de los pacientes, un diagnóstico de cáncer metastásico es muy estresante y, a veces, difícil de sobrellevar. Se aconseja a los pacientes y a sus familias que hablen sobre cómo se sienten con los médicos, los enfermeros, los trabajadores sociales u otros integrantes del equipo de atención médica. También puede ser útil hablar con otros pacientes, lo que incluye ir a un grupo de apoyo.

Remisión y la probabilidad de recurrencia

Una remisión se produce cuando el cáncer no puede detectarse en el cuerpo y no hay síntomas. Esto también puede denominarse “sin evidencia de enfermedad”.

Una remisión puede ser temporal o permanente. Esta incertidumbre hace que a muchas personas les preocupe que el cáncer regrese. Aunque muchas remisiones son permanentes, es importante hablar con su médico sobre la posibilidad de que

el cáncer regrese. Comprender el riesgo de recurrencia y las opciones de tratamiento puede ayudar a que usted se sienta más preparado si, en efecto, el cáncer regresa.

Si el cáncer regresa después del tratamiento original, se denomina cáncer recurrente. Puede reaparecer en el mismo lugar (lo cual se denomina recurrencia local), en las cercanías (recurrencia regional) o en otro lugar (recurrencia a distancia).

Cuando esto sucede, comenzará un nuevo ciclo de pruebas para obtener la mayor cantidad de información posible sobre la recurrencia. Después de realizadas estas pruebas, usted y su médico hablarán sobre sus opciones de tratamiento. A menudo, el plan de tratamiento incluirá los tratamientos descritos anteriormente, como cirugía, quimioterapia y radioterapia, pero quizás se combinen de un modo diferente o se administren con una frecuencia diferente. Su médico puede sugerir ensayos clínicos que estén estudiando métodos nuevos para tratar este tipo de cáncer recurrente. Sea cual fuere el plan de tratamiento que usted elija, los cuidados paliativos serán importantes para aliviar los síntomas y los efectos secundarios.

Con frecuencia, las personas con cáncer recurrente experimentan emociones tales como incredulidad o temor. Se aconseja a los pacientes que hablen con el equipo de atención médica sobre estos sentimientos y que consulten sobre servicios de apoyo que los ayuden a sobrellevar la situación.

Si el tratamiento no funciona

Recuperarse del cáncer no siempre es posible. Si el cáncer no se puede curar o controlar, a la enfermedad se la puede denominar avanzada o terminal.

Este diagnóstico es estresante y, para muchas personas, hablar sobre el cáncer avanzado resulta difícil. Sin embargo, es importante que mantenga conversaciones abiertas y sinceras con su médico y el equipo de atención médica, a fin de expresar sus sentimientos, preferencias y preocupaciones. El equipo de

atención médica tiene como objetivo ayudar, y muchos de sus integrantes tienen habilidades especiales, experiencia y conocimientos para brindar apoyo a los pacientes y sus familias. Asegurarse de que una persona esté físicamente cómoda y que no sienta dolor es extremadamente importante.

Es posible que los pacientes con cáncer avanzado y con una expectativa de vida inferior a los 6 meses quieran considerar un tipo de cuidados paliativos denominado cuidados para enfermos terminales. Los cuidados para enfermos terminales están diseñados para proporcionar la mejor calidad de vida posible para las personas que están cerca del final de la vida.⁴²

⁴² Cancer.net [Homepage en Internet]. American Society of Clinical Oncology, 2318 Mill Road, Suite 800, Alexandria, Virginia, E. U: American Society of Clinical Oncology.c2017 [actualizada 1 de abril 2017; consultada 20 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/hqHsfa>