



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Estudio de caso aplicado a una mujer adulta madura con cáncer papilar de tiroides y obesidad mórbida, basado en la filosofía conceptual de Virginia Henderson.

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

P R E S E N T A

L. E. O. Fatima Juquila Orozco Pacheco

**Con la asesoría de:
Lic. Enf. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz**



Ciudad de México

05 Octubre 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Contenido

1.Introducción.....	6
2. Objetivos del estudio de caso	8
2.1 General	8
2.2 Específicos	8
3.Fundamentación.....	9
3.1 Antecedentes.....	9
4. Marco conceptual	10
4.1. Conceptualización de la Enfermería.	10
4.2. Paradigmas	14
5.Marco referencial	47
5.1. Anatomía y fisiología.....	48
5.1 Epidemiología.	53
5.2 Factores de riesgo.	55
5.3. Manifestaciones clínicas.	58
5.4. Vías de diseminación.....	58
5.5. Diagnóstico.	61
5.6 Factores pronósticos.....	65
5.7 Estadificación.	66
5.8 Tratamiento	68
6.Metodología.....	75
6.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.	75
6.2. Selección del caso y fuentes de información.....	75
6.3 Consideraciones éticas. En el ejercicio profesional y el desarrollo del caso	76
7.Presentación del caso.	82
8.Aplicación del proceso de enfermería.....	86
8.1. Valoración exhaustiva (cefalocaudal 14 necesidades	86
9. Plan de cuidados de enfermería.	90
10. Plan de Alta	113
11. Seguimiento de caso	115

12. Conclusiones	133
13. Sugerencias.....	134
14. Referencias Bibliográficas.	135
15. Anexos	140
16. Apéndices.	155

Agradecimientos.

A el Lic. Enf. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz, al Dr. Lozano, Lic. Enf. Emma Ávila García por compartir sus conocimientos y experiencias, y sobre todo por otorgarme siempre su valioso tiempo, compromiso y dedicación en todo momento.

A mi tutor de Estudio de Caso:

Lic. Enf. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz, por haberme acompañado en el proceso de realización de éste Estudio de caso. Por su disponibilidad que tuvo al asesorarme y compartir su sencillez, sus conocimientos y experiencia para la realización de éste trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por las oportunidades que me brindaron para el desarrollo profesional.

Al Instituto Nacional de Cancerología:

Por todas las facilidades recibidas en mi formación a lo largo de un año, con lo que fue posible obtener aprendizajes significativos y experiencia para mi quehacer profesional como Enfermera Especialista Oncológica.

Al Instituto Nacional de Perinatología:

Por la beca completa que se me otorgó para acrecentar mis conocimientos y lograr una atención profesional especializada y sobretodo del apoyo que siempre se me proporciono por parte de mis autoridades.

A la Señora Nadia:

Por permitirme acompañarla en este lapso de su enfermedad y ofrecerle cuidados en todo momento de su enfermedad.

Dedicatorias.

A Dios:

Por bendecirme en todo momento, permitirme llegar a esta etapa de mi vida y de cumplir un sueño más.

A mis padres, Rosalía y Taurino, hermanos Rodrigo, Alejandro y Emmanuel:

Gracias por su apoyo y comprensión incondicional. Agradezco la paciencia que tuvieron ante este proceso de estudio. Me siento afortunada por tenerlos presentes en mi vida en todo momento y apoyarme en momentos difíciles. Gracias.

A mi amiga y confidente incondicional:

Nahdxyeli Cruz Rodríguez por haber confiado siempre en mi capacidad de lograr culminar una especialidad y brindarme siempre su apoyo y sobretodo la motivación para continuar este proceso de aprendizaje.

1.Introducción.

El presente estudio de caso, es un proceso de indagación a profundidad que tiene como propósito la integración de la teoría y la práctica, se analiza un hecho de la vida real que puede ser una persona, grupos, familias, organización y otros, estudiándose en su propio contexto.

Tiene un carácter dinámico, vivo y en evolución de una realidad específica en este caso, la salud de las personas; describe una situación real de la vida profesional, detalla una serie de hechos de un campo particular del conocimiento relacionado con el cuidado para llegar a la toma de decisiones en relación a las intervenciones de enfermería; estas intervenciones se basan en teorías de enfermería con el objetivo de utilizar el Proceso de Atención Enfermería (PAE).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada, como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es construir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; hoy en día el PAE es utilizado por los profesionales de enfermería para brindar un cuidado de mejor calidad.

En relación al cuidado, es considerada como un proceso de atención integral que incluye los aspectos físicos, emocionales, comunicativos y espirituales que se sustenta en la individualización de los cuidados cuyos ejes principales son la construcción de una relación de confianza y seguridad y el fomento de la autonomía de la persona.

El estudio de caso es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas e identificar puntos fuertes y débiles de la relación establecida por la enfermera y plantear soluciones y estrategias para mejorarla.

La enfermera oncóloga es aquella que debe proporcionar un servicio especializado a un paciente con cáncer utilizando un abordaje que les asegure integridad y que las acciones de enfermería en el cuidado del paciente oncológico sean participativas y resolutivas en todos los niveles de actuación: además de conocimientos técnico-científicos, los profesionales deben tener habilidades en la relación interpersonal favoreciendo acciones de salud y prácticas educativas en el sentido de prevenir, detectar tempranamente el cáncer y contribuir al tratamiento del mismo.

Hoy en día el término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo. El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada, las células de casi

cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otros órganos del cuerpo.

En el presente estudio de caso se abordará a una persona con cáncer papilar de tiroides, que se encuentra internada en el servicio del 5° piso de hospitalización de cirugía del Instituto Nacional de Cancerología (INCan); se utiliza una valoración basada en la filosofía conceptual de Virginia Henderson, para detectar necesidades humanas alteradas en la persona y realizar intervenciones de enfermería que ayuden a restablecer su salud y sus grados de independencia.

El Cáncer de tiroides papilar es el tipo más común de cáncer de tiroides, constituye el 70-80% de todos los casos, se presenta a cualquier edad y su incidencia ha ido aumentando en las últimas décadas. Hay alrededor de 60.000 nuevos casos de cáncer papilar de tiroides en los Estados Unidos cada año, ahora está clasificado como el octavo cáncer más común en las mujeres en los Estados Unidos, y el tipo de cáncer más común en las mujeres menores de 25 años.

El cáncer papilar de tiroides es más a menudo un tumor de crecimiento lento, y la mayoría se pueden extirpar quirúrgicamente, aunque de crecimiento lento, el cáncer papilar de tiroides a veces puede extenderse a los ganglios linfáticos en el cuello.¹

En este trabajo desarrolla en su contenido el objetivo general el cual orienta la estructura y cada uno de los momentos de cuidado del proceso atención enfermería, los objetivos específicos están encaminados a conseguir las metas del objetivo general, el marco conceptual nos brinda un panorama general de los conceptos de enfermería y los paradigmas que orientan a la profesión en su historia, marco teórico aspectos éticos y planes de cuidados.

1. The American Association of endocrine surgeons. [Citado 4 abril 2018]. (AAES) 2016.

2. Orkaizaguirre Gómara A, Amezcua Manuel. El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en relación del cuidado. Índice enfermería, [Citado 4 abril 2018]. Granada octubre/diciembre 2014.

2. Objetivos del estudio de caso

2.1 General

Valorar las necesidades humanas alteradas que presenta Nadia en situación de cáncer papilar de tiroides y obesidad mórbida, para aplicar planes de cuidados de enfermería, apoyados en los conceptos filosóficos de Virginia Henderson, que a través de intervenciones especializadas de enfermería colaboren para mejorar su estado de salud y su independencia.

2.2 Específicos

- ❖ Utilizar un instrumento de valoración que permita identificar las necesidades alteradas de la señora Nadia, jerarquizarlas y formular diagnósticos de enfermería, para planear intervenciones educativas, de orientación o de enseñanza que incluyan a los cuidadores primarios.

- ❖ Ejecutar las intervenciones, que colaboren el restablecimiento de la salud de Nadia.

- ❖ Evaluar las intervenciones a través del logro de los objetivos y dar continuidad al cuidado; identificar nuevas necesidades alteradas.

3.Fundamentación.

3.1 Antecedentes

Se realizó la búsqueda de información en diferentes bases de datos científicas como Medigraphic Elsevier, Scielo, revistas, entre otras, además de consultas en la biblioteca de la ENEO – UNAM para sustentar el estudio de caso.

No existen actualmente estudios de caso de enfermería que sustenten el cuidado del paciente con cáncer papilar de tiroides.

Por lo que este sería el primer estudio de caso orientado al cuidado del paciente con cáncer papilar de tiroides.

4. Marco conceptual.

4.1. Conceptualización de la Enfermería.

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy en día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia el cuidado.

De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas.

El profesional de enfermería debe avanzar en el logro de elevados niveles de profesionalismo y obtener plena autonomía profesional, publicar y comunicar los resultados de sus investigaciones, lo que a su vez le va a otorgar autonomía por los conocimientos que esto implica, y participar activamente en organizaciones profesionales que demuestren un sentido gremial.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE 1973) adopta la definición planteada por Virginia Henderson en la que define a la enfermería como: “La única función de la enfermera es la asistencia al individuo, sano o enfermo en la realización de actividades que mantienen la salud o la restablecen (a una muerte tranquila) que las llevaría a cabo ella sola si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios”

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA 1973) expresa que: “La práctica de la enfermería es un servicio directo con un fin ambientado y adaptado a las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad”

Según Dorotea Orem (1980): “Es un servicio, una manera de ayudar a los seres humanos, la forma o estructura de enfermería se deriva de las actividades elegidas deliberadamente y realizadas por las enfermeras para ayudar a los individuos o a los grupos a mantener o a cambiar su medio ambiente, concierne especialmente a las necesidades individuales de autocuidado para mantener la vida, recuperarse de las enfermedades y lesiones y hacer frente a las secuelas”

La Enfermería es un proceso que comprende una serie de acciones dirigidas hacia el fomento, mantenimiento y restablecimiento de la salud, hacia la prevención de las enfermedades, el alivio del sufrimiento y a la seguridad de una muerte tranquila, además actualmente interviene en las políticas públicas saludables.

En relación con la función profesional y como debe desarrollarse esta, surge a partir de los años 50, una corriente de opinión importante que aborda la filosofía de la profesión, y pretende dar a la enfermería una identidad propia dentro de las profesiones de la salud.³

Varias son las teorías que plantean que la enfermería es un arte y una ciencia. Esto se puede corroborar, si analizamos las definiciones de la enfermería que se encuentran dentro de sus postulados teóricos.

El modelo de enfermería más conocido y utilizado es el de catorce necesidades de Virginia Henderson, así como los modelos de Orem y el de Abdellah son muy útiles como herramientas para recordar al profesional la tarea de los cuidados.

Mientras que los modelos de Peplau, Orlando y King el enfoque está en la interacción entre el profesional y el paciente. Esto abre cierta esperanza a trabajar con la narrativa del paciente y su verdad.

Los modelos de las autoras Callista Roy, Johnson y Neuman están basados en la adaptación, en modificar y cambiar las respuestas del paciente.

Mientras que la tendencia desarrollada por Rogers, Parse y Neuman agrupa a una eléctrica variedad de ideas entre las cuales encontramos "la armonía", "los campos de energía" y otros conceptos, que, aunque innovadores, es enfermería quien define estos conceptos y no parten de las creencias del paciente.

Y por último el Caring el cual se utiliza para agrupar a autoras como Jean Watson, con su modelo de "Cuerpo-alma-espíritu" y sus 10 factores bien definidos, y a Madeleine Leininger con su modelo de la diversidad cultural

Los modelos existentes de enfermería tienen cierta dificultad para adentrarse en la complejidad que surge de la realidad del paciente, ya que explican necesidades e identidades elaboradas por profesionales, pero no representan en su totalidad al ser humano y su sufrimiento.⁴

En éste recorrido transversal de los conocimientos, desde Florence Nightingale a la actualidad, se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y cuidado, centro de interés de la enfermería constituyendo, el cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la enfermería.

³ C.Luengo Martínez, T. Paravik-klijn, y Burgos Moreno M. Profesionalismo de enfermería: una revisión de la literatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 18 marzo 2017.

⁴ Valverde Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía de la enfermería. 2007 Norte de salud mental. 8-15 pág.

La enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el proceso de atención de enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. Roger en 1967 planteó: Sin la ciencia de la enfermería no puede existir práctica profesional.

El cuerpo de conocimientos de la enfermería surge de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente.

La enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica, el enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no la reconozca como tal.

Al aplicar el proceso de atención de enfermería el profesional debe reconocer a la persona, la familia o al grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar sus necesidades afectadas, para ello crea un plan de cuidados que ayude a satisfacer sus necesidades, estas intervenciones deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.

La filosofía de la enfermería comprende un sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, por lo tanto, determina la forma de pensar, sobre los fenómenos y en gran medida de una manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de la enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.

El arte de la enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano, para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana. La práctica de la enfermería puede ser concebida como un campo de experiencia, donde se incluyan las creencias y los valores arraigados

en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.

Desde los postulados de Florence Nightingale han transcurrido más de un siglo, durante el cual varias enfermeras fueron esclareciendo la esencia y la razón de la enfermería, mediante la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía del cuidado, intentando precisar su propia área de investigación y de la práctica.

La enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión para todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría, que le da sentido y metodología, así como por una práctica que le hace útil y funcional.

Tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidados de enfermería sin hacerlo sistemáticamente, se queda en un simple ejercicio intelectual; aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, solo sirve para sistematizar actividades aisladas que únicamente tienen significado para quien aplica el proceso.

Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente, se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia.

Hoy día con el nivel de desarrollo de la disciplina, la práctica científica de la enfermería adopta como referencia teórica un modelo de cuidados y como metodología el proceso de atención de enfermería. Ambas significan la epistemología de la enfermería, entendidos con sus fundamentos y su método de conocimiento.

Podemos plantear que es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método para resolver problemas, con carácter teórico- filosófico que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

La investigación permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías e hipótesis y que se encuentran en un proceso continuo de desarrollo, lo que esto significa que esta perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que discurren en la práctica.⁵

La evolución de la enfermería ésta íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época, así mismo los valores y la filosofía dominantes han originado diferentes concepciones de salud y de persona, lo que ha hecho que

5. MSC. León R. C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista cubana de enfermería. Ciudad de la Habana Sep.-Dic 2006.1-6. pág.

la atención de enfermería se adaptara y se desarrollara paralelamente a esos cambios.

4.2. Paradigmas

Todas las teorías de enfermería pueden explicarse de manera general a través de cuatro conceptos fundamentales: persona, entorno, salud y cuidado. Sus significados son asumidos por todas las teóricas conocidas, pero cada una de ellas introduce especificidades en estos conceptos que les hacen a la vez diferentes y complementarios, a esto le llamamos Metaparadigma enfermero, que nos ofrece una visión panorámica de la disciplina.

Las teorías enfermeras pueden clasificarse en tres grandes corrientes de pensamiento o Paradigmas, que surgen en épocas diferentes: categorización (el ser humano es divisible en categorías), integración (el ser humano es un todo integrado y está relacionado con su entorno) y Transformación (el ser humano es único pero interactúa en un mundo global).⁶

Los paradigmas en la profesión de la enfermería definen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión. Esto permite la generación de conocimientos tanto emanados de la práctica como de la teoría, vinculando las interrelaciones que se efectúan entre los elementos del paradigma enfermero y los resultados que puedan conducir al descubrimiento e incremento de los saberes de la disciplina científica.

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 permite y explique el “como” el “porque” del cuidado enfermero, de no 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 cuidados a las personas.

La enfermería como disciplina científica ha favorecido el crecimiento de misma con base a 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 a problemas de dimensión social o cultural, disciplina que ha ido evolucionando con los acontecimientos y corrientes de pensamiento que se constituyen a través de los paradigmas.

⁶ Revistas especializadas en pensamiento enfermero. Epistemología del cuidado. Marco conceptual de la Enfermería, [Citado 11 enero 2018] ,15 diciembre 2015.

De manera epistemológica un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión de una macroestructura 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.

Según Kuhn los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales.

De acuerdo a las corrientes de pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas:

- El Paradigma de la categorización (1850-1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y la enfermedad.
- El paradigma de la integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona.
- Y el paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible.

Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que se brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio.

En el ámbito de la 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 solo modelo pueda dar explicación 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 la enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera”.

De acuerdo con Merton, el paradigma de la transformación cumple cinco funciones:

- 1) Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que pueden utilizarse para la descripción y el análisis.
- 2) Reduce la posibilidad 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 a ellos en 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 aproxime a la lógica, aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Con lo anterior se afirma que los cuidados no son empíricos ni producto de la necesidad ocasional, más bien están basados en un conocimiento científico que permite la indagación en escenarios naturales de manera lógica y con mayor calidad en el cuidado y proceso de salud-enfermedad, con un desarrollo y avance profesional.

Por lo que un nuevo paradigma va orientado hacia la demanda del conocimiento, especialmente en el área de la salud, de no poderse resolver este será finalmente rechazado y reemplazado por otro nuevo que no es compatible con el anterior; 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 éste 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, orientando a la persona, entorno, salud y enfermedad.⁷

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.

4.3. Teoría de Enfermería

Una teoría es un conjunto de conceptos y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar, predecir y controlar.

La enfermería es una “disciplina” que se encuentra en construcción. La literatura y el intercambio profesional internacional, ponen de manifiesto que el uso de modelos de practica basados en “teoría y método” propios de enfermería, es un hecho aún incipiente en la actualidad.

Durante las últimas décadas la práctica de la enfermería ha tenido cambios a gran escala, esto significa el inicio de una “revolución científica” derivadas del desarrollo académico. Utilizar conceptos teóricos en la práctica, es una forma de validarlos o desaprobarlos.

Algunas razones para ejercer la enfermería con base a teorías científicas son:

⁷ Martínez G; Olvera V. El paradigma de la transformación en el actuar de la enfermería, Guanajuato México, [Citado 2 febrero 2018] 2011.105-107pág.

- Las teorías guían la práctica profesional, puesto que ofrecen una perspectiva, son un punto de vista o juna manera de pensar acerca de enfermería. Por lo tanto, conforman una estructura de pensamiento.
- Definen el límite de la práctica profesional. Permiten detectar el rol que identifica a la enfermería en la sociedad. Establecen, por lo tanto, a la enfermería como unidad única.
- Proporciona el cuerpo de conocimientos propios de la profesión, con lo que se le da la forma y contenido al proceso asistencial de enfermería.
- Crean un lenguaje común y propio de enfermería, así facilitan la comunicación entre colegas.
- Favorecen la autonomía profesional, tanto en la investigación, como en el ejercicio de la enfermería.
- Favorecen el surgimiento de una “nueva enfermería” con una base de identidad más enfocada la salud del paciente.⁸

Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva.

Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporciona una orientación para esa investigación.

Las teorías deben al menos reunir las siguientes características:

- Deben de ser lógicas, relativamente simples y generalizables.
- Deben de estar compuestas de conceptos y proposiciones.
- Deben de relacionar conceptos entre sí.
- Deben de proporcionar bases de hipótesis verificables.
- Deben de ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.
- Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado.
- Pueden y deben de ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la práctica.⁹

Uno de los modelos de cuidados de mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y

⁸ Mezquita Melo, López M.V. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. Departamento de enfermería, [Citado 4 marzo 2019] 2009.

⁹ Aniozte Hernández Nicanor. Teorías y modelos de enfermería II. Última modificación 12 febrero 2020 [Citado 4 marzo 2019]. 1-20 pág.

vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el proceso enfermero, cuestión esencial para que tenga aplicación práctica.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de la enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.¹⁰

La Filosofía conceptual de Virginia Henderson (**Figura 1**), está influida por el Paradigma de la Integración, situándose dentro de la escuela de las necesidades. al igual que el resto de las teóricas que forman parte de esta escuela, se caracteriza por utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona.

Por lo que Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow. El deseo de aclarar la función propia de las enfermeras, determinando en qué se diferencia su aportación de la del resto de profesionales de la salud.

La evolución de la enfermería está íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época. Así mismo los valores y la filosofía dominantes han originado diferentes concepciones de la salud y de persona, lo que ha hecho que la atención de la enfermería se adaptara y se desarrollara paralelamente a cambios.

En la actualidad la enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar mediante la investigación.

En su variante asistencial recientemente se han producido importantes cambios pasando de ejercer el cuidado basado en el empirismo y creencias a llevar a cabo una enfermera basada en la evidencia.

La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer un marco teórico que contemple la finalidad y el sentido de la enfermería. conociendo nuestro contexto histórico, y la esencia de la profesión, parece obvio que nuestro núcleo de estudio lo constituye el “cuidado”.

10. Ballido Vallejo José Carlos & Lendinez Cobo José Francisco. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ra edición. [Citado 5 marzo 2019], España, 1-217pág.

Henderson desarrolló su definición de Enfermería debido a su preocupación por el papel, la función y la idoneidad de la formación de las enfermeras:

Para Henderson la Independencia de la persona se encuentra en la satisfacción de sus necesidades básicas, es un criterio importante para la salud.

Virginia Henderson emite una serie de asunciones científicas o postulados que representan el “cómo hacer” del modelo, afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

Henderson plantea también una serie de asunciones filosóficas o valores que representan el “por qué hacer” del modelo, son las creencias sobre la naturaleza del ser humano y la meta final de la profesión enfermera, desde la perspectiva de su autora:

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales (especificidad de la práctica enfermera).
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (utilidad social de la enfermería).

Identifica los elementos fundamentales del modelo, que representan el “qué hacer”, constituyen su núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras que comparten su concepción:

a) Objetivo de los cuidados: ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

b) Usuario del servicio: persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo tiene un potencial que desarrollar.

c) Papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).

d) Fuente de dificultad/área de dependencia: Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades, aspectos que limitan el desarrollo de potencial, se define como la falta de fuerza, conocimientos o voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

- Fuerza física: alude al tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora (Poder hacer), hay falta de fuerza física cuando la persona carece de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para realizar las actividades requeridas.
- Fuerza psíquica: se refiere a la capacidad senso-perceptiva, intelectual, cognitiva y afectiva (Por qué y para qué hacer), habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.

En ambos casos para considerar que la falta de fuerza es el área de dependencia, es imprescindible que la persona posea un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.

- Voluntad: es la intencionalidad en la recuperación, mantenimiento o aumento de la independencia (querer hacer), existe falta de voluntad cuando la persona ha tomado una decisión y desea ponerla en práctica, pero no persiste en las conductas con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.
- Conocimientos: alude al grado de percepción de la situación de salud y de recursos internos y externos disponibles (saber qué hacer y cómo hacerlo) existe falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

e) Intervención de la enfermera:

- Centro de intervención: áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de fuerza, voluntad o conocimientos.
- Modos de intervención: aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, voluntad o conocimientos.

f) Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 necesidades básicas a través de la suplencia o ayuda.

Conceptos básicos

a) Conceptos del metaparadigma enfermero.

El metaparadigma es un conjunto de conceptos

Persona: un todo complejo que presenta 14 necesidades básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.

Salud: se equipará con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.

Entorno: inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud; habla además de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la familia.

Enfermería: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (“hacer con / hacer por”).

Conceptos específicos del Modelo

Necesidades básicas. Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual, aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad.

Las necesidades básicas pueden ser:

- Universales: comunes y esenciales para todos.
- Específicas: se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona

Las 14 Necesidades Básicas tal como las formula Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

Cuidados básicos: Derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas:

- Reflexionadas y deliberadas
- Basadas en un juicio profesional razonado
- Dirigidas a satisfacer las Necesidades Básicas de la persona

Los cuidados básicos actúan supliendo la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo requieran, ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos y voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma.

- **Independencia:** Estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.
- **Manifestaciones de independencia:** Conductas o indicadores de conductas de la persona correctas, adecuadas o suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.
- **Dependencia:** Surge cuando la persona necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades, o le supla, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad, siempre debe existir un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera. Se da cuando existe ausencia de actividades por parte de la persona de cara a satisfacer sus 14 Necesidades Básicas o puede ser que se realicen acciones, pero inadecuadas o insuficientes o se da la presencia de unos factores intrínsecos o extrínsecos que limitan o impiden a la persona la satisfacción de sus necesidades.
- **Manifestaciones de dependencia:** Conductas o indicadores de conducta de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.
- **Autonomía:** Capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma, se da falta de autonomía la persona cuando:

a) Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus facultades para realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. El ejemplo típico sería el del niño, que en cada etapa de desarrollo adquiere unas capacidades, pero le faltan otras que alcanzará en el futuro y que temporalmente deben ser suplidas por el cuidador.

b) Ha perdido temporal o definitivamente, en su totalidad o parcialmente, la capacidad de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. Es el caso del enfermo que necesita ser suplido durante unos días, o la persona que, debido al envejecimiento o por un proceso patológico, requiere algún grado de suplencia y no hay posibilidad de que recupere ninguna de las pérdidas que ha sufrido.

Agente de autonomía asistida: Persona (familiar, amigo, enfermera...) que, cuando la persona carece de la capacidad física o intelectual necesaria, para realizar por ella ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas.

Metaparadigma enfermero.

El objeto de estudio de la disciplina enfermera: Metaparadigma enfermero, también se le denomina marco conceptual, disciplinar o referencial, se puede definir como “la perspectiva más global de una disciplina que actúa como una unidad de encapsulación o marco en el que las estructuras más restringidas se desarrollan, en él se identifican ciertos fenómenos que son de interés para una disciplina y explica cómo ésta disciplina se ocupa de los demás fenómenos de una manera única”.

La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer un marco teórico que contemple la finalidad y el sentido de la enfermería, conociendo nuestro contexto histórico y la esencia de la profesión, parece obvio que nuestro núcleo de estudio lo constituyen el cuidado, para entonces es preciso preguntar que es el cuidado.

Françoise Collière: *“El arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar etapas difíciles en la vida”.*

4.4. Proceso de enfermería.

El proceso de atención de enfermería, como fundamento y método sistemático y dinámico para el cuidado, permite aplicar diversas teorías centradas en el paciente; su aplicación requiere de 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 proceso de atención de enfermería implica interacción entre la enfermera y el paciente para que entre ambos puedan identificar necesidades insatisfechas para éste y si es el caso, planear conjuntamente acciones, amén de buscar estrategias para el afrontamiento.

Se estima que, en el año de 1956, durante una conferencia pronunciada por Lydia Hall en Nueva Jersey, cuando esta formuló su conocida afirmación <<La asistencia sanitaria es un proceso>> que tiene como preposiciones fundamentales <<al paciente, para el paciente y con el paciente>>. Así pues, Hall puso de manifiesto que las personas son el objeto en el que se aplican los cuidados enfermeros, el objetivo de estos cuidados y a la vez, es agente activo en los mismos, partiendo de este hecho podríamos afirmar que Hall inicio el periodo en que los enfermeros tratan de analizar su praxis, para con ello procurar la identificación de los elementos que la componen estudiar su naturaleza y definirla, al repasar las afirmaciones de esta autora hallamos el hecho de que al margen de contemplar a la persona en su estado de enfermedad, considerar que este es el método que se identifica una situación enfermera y que los cuidados de enfermería se centran en el cuerpo del paciente, las intervenciones de los profesionales se circunscriben al ámbito de la recuperación de la patología en la que pueden iniciarse las enseñanzas en beneficio de la salud de las personas.

Así pues estas afirmaciones sobre el proceso de enfermería tan solo pueden ser consideradas como un estadio intermedio entre las concepciones tradicionales de la enfermería.¹¹

La práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E). Este proceso permite a las enfermeras prestar cuidados de enfermería de forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación para la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como todo método, el PAE configura un numero de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo 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.

¹¹Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología ENEO-UNAM. Impresión [Citado s12 abril 2018], 2017.

Diagnóstico: 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 respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La ventaja del P.A.E.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, profesionalmente el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, él cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, para el profesional enfermero se produce un aumento en la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

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

Las 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, proceso de atención de enfermería.

Etapa de valoración:

Es la primera fase del proceso 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 dé 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, 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. **Figura 1.**

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración de la persona, éstos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc., estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad, los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos. comunicarse de forma eficaz.
- Observar sistemáticamente: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones: Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos, las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica la enfermera adquiriera 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.
- Aparato de forma independiente por "patrones Funcionales de Salud": comenzando por las zonas más afectadas, criterios de valoración 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, debemos 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:

A) 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:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas, en el planteamiento de sus objetivos.
- 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

- **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.

- **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.
- **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: Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican; 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, estas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- 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; por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986).
- 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, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico, la forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, la empatía consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador, se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.

B) Observación

Es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones.

Vista:

- Características físicas de la persona (expresión facial, mirada, postura, comportamiento, etc.)

Olfato:

- Datos sobre higiene del paciente o algunos fenómenos con posible origen patológico

Oído:

- Palabras del paciente (entonación de voz, suspiros etc.)
- Reconocer emociones.

Tacto:

- Por palpación de distintas zonas del cuerpo
- Temperatura y humedad de la piel
- Fuerza muscular

- Frecuencia y ritmo del pulso
- Lesiones palpables

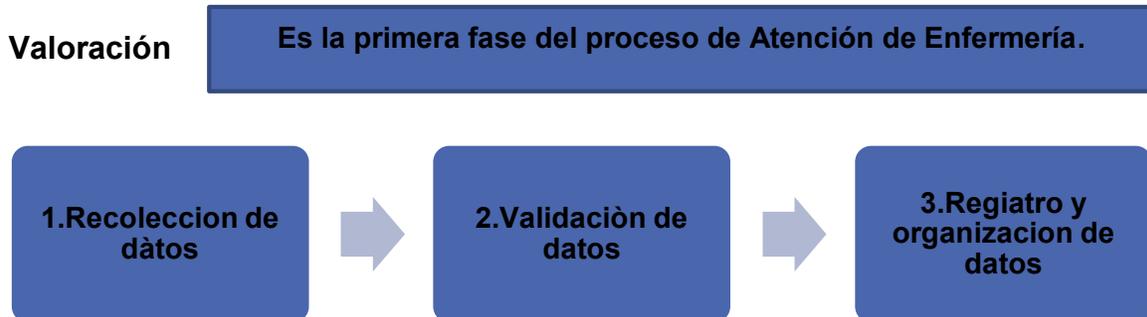


Figura 1. Fases de la valoración (Reyes G.E. S.J. Fundamentos de enfermería: Ciencia metodología y tecnología. 2da Edición. México DF. Editorial: El manual moderno 2015)

C. Organización de Datos:

Cuando ya se tienen todos los datos del paciente validados, el siguiente paso es agruparlos. Es conveniente usar modelos de valoración ya que la aplicación de un esquema o patrón de organización de datos facilitara al posterior análisis de los mismos.

Etapa del diagnóstico:

Es la segunda etapa del proceso; 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, ya sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. **Figura 2.**

Durante esta etapa se identificarán las respuestas de la persona o grupos ante situaciones de salud determinadas. Se pueden encontrar dos tipos de respuestas, en función de si competen de manera exclusiva a los profesionales de enfermería (diagnósticos de enfermería), o de si deben afrontar del problema de forma coordinada con otros profesionales. La taxonomía NANDA es la herramienta que se emplea para nombrar, ordenar y clasificar los diagnósticos de enfermería. El diagnóstico de enfermería, además de guiarnos en el proceso enfermero hacia los resultados (objetivos) e intervenciones, es una gran herramienta para el desarrollo profesional.¹²

¹². Metodología de enfermería: Fases del proceso de enfermería. Valoración diagnóstica según patrones funcionales de MARJORY Gordon. Diagnósticos de enfermería: Conceptos y tipos según taxonomía NANDA. 2011,1-49 pág.

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:

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.

La dimensión interdependiente de la enfermera se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento, donde 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

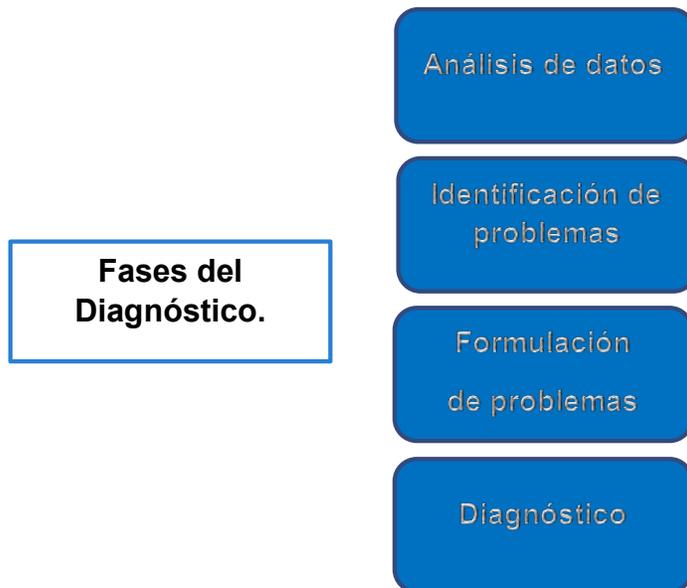


Figura 2. Disponible: <http://grupocto.com/web/editorial> Fuente: Metodología de Enfermería: Fases del Proceso de Enfermería.

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.

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis; síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticas:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que une los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curricular.

Permite:

- ❖ Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos.
- ❖ Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- ❖ Asistencial: El uso de los diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación interdisciplinar.
- ❖ Gestión: algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir como consecuencia una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.

- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

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 cinco componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial), es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. 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.
4. 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.
5. 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:

- Factor de riesgo fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- Factor de riesgo 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.
- Factor de riesgo 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 tres componentes: enunciado, definición característica 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, descripción concisa del estado de salud alterado de la persona, va precedida por el término "alto riesgo" y 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 y 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.

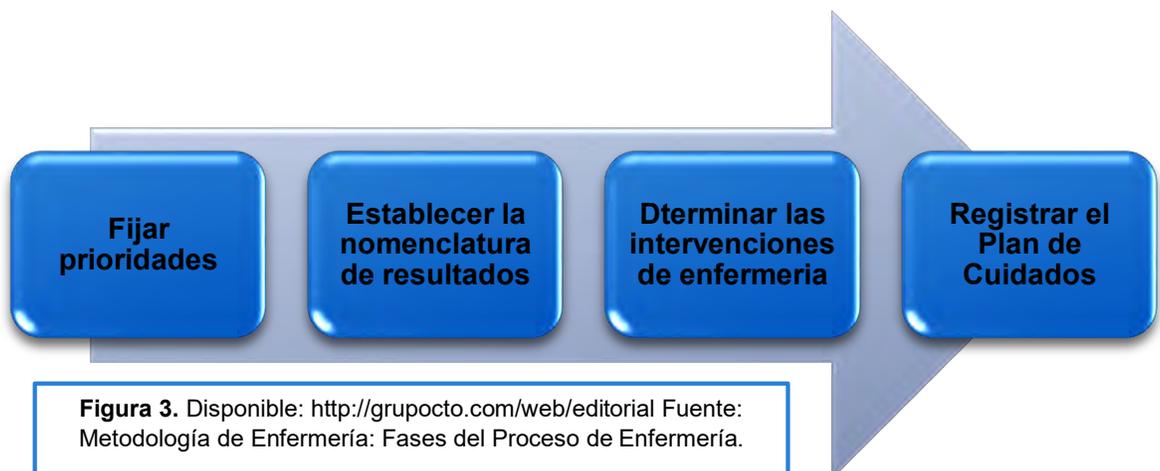
A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- 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 indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

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 al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. **Figura 3.**

Fase de Planificación.



Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección, 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 medibles, 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; documentación y registro

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 cliente, 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, Maslow (1972) 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 biofisiológico, 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 consensuadamente 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, Maslow (1972), 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 los 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.
 - Establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.
- ❖ Existen dos tipos de objetivos:
 - Objetivos de enfermería o criterios de proceso; objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.
- ❖ Normas generales para la descripción de objetivos:
 - Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
 - Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
 - Elaborar objetivos cortos.
 - Hacer específicos los objetivos.
 - Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
 - Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Objetivos de enfermería:

- ❖ Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:
 - A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
 - A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
 - 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.

- ❖ Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.».
- ❖ Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.
- ❖ Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:
 - Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia, cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
 - Medio plazo: Para un tiempo intermedio, de tal forma que podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
 - Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro. Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo, este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del cliente/paciente:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o; los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente esto es, como conductas esperadas.

- ❖ Las principales características de los objetivos del cliente son tres:
 - Deben ser alcanzables, esto es accesibles para conseguirlos.
 - Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables; en cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración); los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa, oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad; son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,
- **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, son habilidades.

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados, para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos, para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento, tanto de los diagnóstico enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción, estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja, la enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas, señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud, estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y sociocrítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

- Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano
- Promoción de la salud.

Ejecución.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa 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 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.

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, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente; las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo

- Observación directa, examen físico
- Examen de la historia clínica
- Señales y Síntomas específicos

2.- Observación directa

- Entrevista con el paciente
- Examen de la historia
- Conocimientos
- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

3.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- Observación directa durante la realización de la actividad

4.- Estado emocional

5.- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

6.- Información dada por el resto del personal

7.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud)

8.- Entrevista con el paciente o información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir; en este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

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 cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.¹³ **Figura 4.**

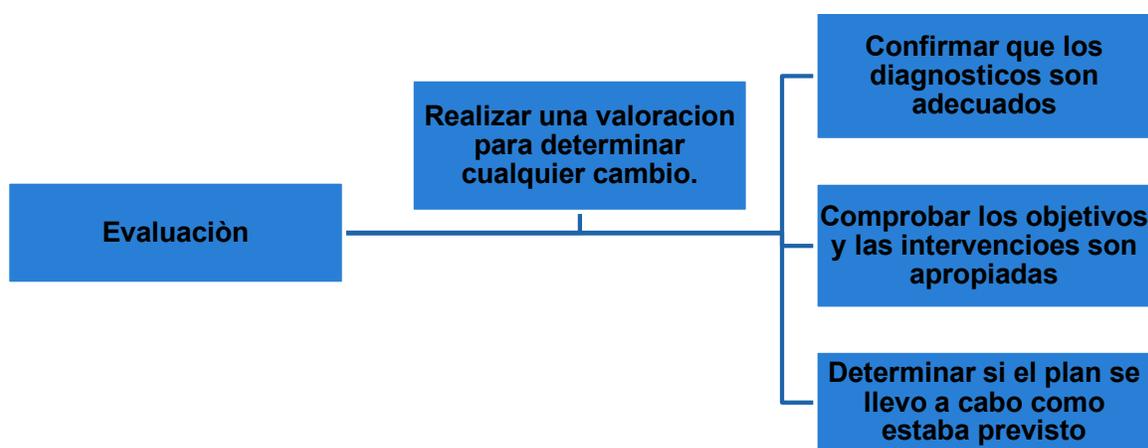


Figura 4. Fase de Evaluación. Disponible: <http://grupocto.com/web/editorial> Fuente: Metodología de Enfermería: Fases del Proceso de Enfermería.

Características del Proceso Enfermero.

1. **Sistemático:** Consta de un orden para conseguir el objetivo propuesto. Está formado por un conjunto de etapas establecidas y entrelazadas entre sí.
2. **Propósito:** Dotar a la enfermera de un sistema para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto.
3. **Organización:** Estructura que tiene el proceso de enfermería, en la que puede ver un orden y secuenciación en etapas que a su vez tienen una organización interna en fases.

¹³ Material complementario. Enfermería comunitaria. FES Iztacala- UNAM. Proceso de Atención de Enfermería 2019. pág. 1 a 32

4. **Flexibilidad:** El proceso puede ser utilizado en cualquier situación de atención de enfermería.

Las fases del proceso enfermero están ordenadas, estrechamente vinculadas y son correlativas. Cada fase afecta de manera directa al resto, conteniendo a su vez diferentes pasos o fases. **Figura 5.**



Figura 5. Fases del Proceso de Atención de Enfermería. Disponible: ww.usat.edu.pu

5.Marco referencial.

5.1. Anatomía y fisiología.

La tiroides es una glándula perteneciente al sistema endócrino, cuya función consiste en producir la cantidad necesaria de hormonas tiroideas para satisfacer la demanda de los tejidos periféricos. Las hormonas tiroideas intervienen en forma decisiva en el desarrollo del cerebro, en el crecimiento somático y en la regulación de numerosos procesos metabólicos. **Figura 6.**

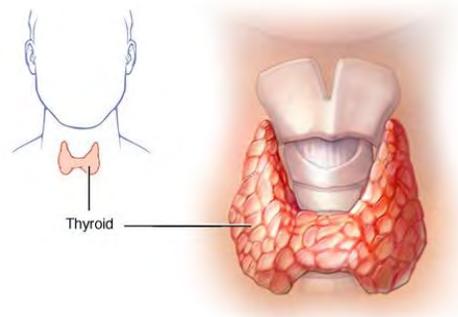


Figura 6 Imagen de la glándula tiroides.

Disponible: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hypothyroidism/symptoms-causes/tmh000004>

La glándula tiroides humana consta de dos lóbulos situados a ambos lados de la porción de la tráquea superior unidos por una banda delgada de tejido, el istmo que en

ocasiones presenta un lóbulo piramidal y normalmente pesa entre 15 y 20g, sin embargo por diversas circunstancias se produce un aumento de tamaño de la glándula tiroidea (denominado bocio), puede pesar varios cientos de gramos; su irrigación está dada por medio de dos arterias, la arteria tiroidea superior que proviene de la arteria carótida externa y la arteria tiroidea inferior que proviene de la arteria subclavia.¹⁴ **Figura 7.**

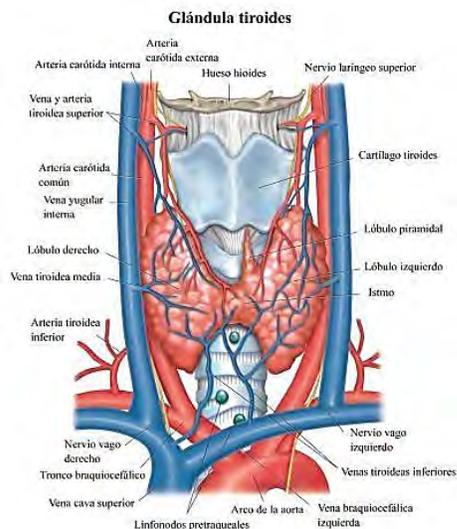


Figura 7. Irrigación de la glándula.

<https://salvadorvz.wordpress.com/2018/09/25/anatomia-fisiologia-y-patologia-de-tiroides/tiroides>

lateralmente. La tiroides tiene una cápsula fibrosa que la cubre totalmente y envía tabiques interiormente que le dan el aspecto lobuloso a su parénquima; la aponeurosis cervical profunda se divide en dos capas cubriendo a la tiroides en sentido anterior y posterior dándole un aspecto de pseudocápsula, que es el plano de disección usado por los cirujanos.

¹⁴ Brandan Nora C, Llanos Isabel Cristina. Hormonas Tiroideas. Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Medicina, Cátedra de Bioquímica, Edición 2014.

En sentido anterior se encuentra en relación con los músculos infrahioideos, a través de los cuales se entra al compartimiento visceral del cuello.

En sentido posterior se encuentran las paratiroides dentro de la llamada cápsula quirúrgica (cápsula del tejido conectivo que rodea a la tiroides), los nervios laríngeos recurrentes que en la parte baja se encuentran en el surco traqueo-esofágico, pasan por debajo de las arterias tiroideas inferiores y luego ascienden para introducirse a la laringe a través de la membrana cricotiroidea.

Es fundamental la conservación de esta estructura en cirugía, ya que su lesión puede ocasionar hipoparatiroidismo temporal o permanente en su caso y parálisis de las cuerdas vocales en otro, con disfonía permanente en su caso y en caso de ser bilateral puede ocurrir obstrucción respiratoria a nivel de la glotis que obligará a realizar traqueotomía.

La tiroides tiene un abundante riego sanguíneo con un flujo normal de 5ml/mg x minuto, las arterias que las irrigan son: tiroideas superiores, rama de la carótida externa que entra en la glándula por el polo superior; las tiroideas inferiores, ramas del tronco tirobicervicoescapular que entran en la porción lateral del polo inferior, existe además de manera rara la arteria tiroidea media.

Un único plexo venoso subcapsular se junta y forma las venas tiroideas superiores que siguen el trayecto de la arteria y drenan en la vena yugular interna a través del tronco tirolingofaringofacial, las venas tiroideas inferiores son variables en número y desembocan en la vena innominada.

Es muy importante tener un conocimiento claro sobre el drenaje linfático de la glándula tiroides, la alta frecuencia de metástasis ganglionar de los cánceres tiroideos producen polémica sobre que constituye una operación radical eficaz en el tratamiento de estas neoplasias.

Los ganglios linfáticos que drenan la tiroides son abundantes, van hacia los ganglios del compartimento central pudiendo llegar incluso a ganglios yugulo-carotídeos medios y bajos.

El drenaje linfático de la glándula tiroides es muy amplio, puede extenderse verticalmente alcanzando por arriba la parte superior del cuello y por abajo del mediastino, horizontalmente hasta la parte lateral del cuello penetrando en la región retrofaríngea o en el lado opuesto.

La hormona tiroidea ayuda a mantener funcionando bien a todas las células del cuerpo, lo hace controlando el metabolismo, se trata del ritmo al que funciona cada parte del cuerpo, la hormona tiroidea mantiene el metabolismo a un ritmo saludable, ni demasiado rápido ni demasiado lento, en el interior del cuerpo, esto ayuda a que el cerebro, el corazón, los músculos, los huesos, el tracto digestivo y otros órganos funcionen bien, en el exterior, ayuda a mantener la piel, el cabello y las uñas, un metabolismo equilibrado también ayuda a garantizar una temperatura, un ritmo cardíaco y un ritmo de crecimiento saludables.

Fisiología

El ciclo de la tiroides. Debido a su función importante en el cuerpo la hormona tiroidea se debe mantener en un nivel saludable, existe un ciclo complejo que mantiene ese nivel y que comienza en la pituitaria, esa glándula vigila el nivel de hormona tiroidea presente en la sangre, según ese nivel la pituitaria envía HET (hormona estimulante de la tiroides) a través del torrente sanguíneo a la glándula tiroides, la HET (hormona estimulante de la tiroides) le indica a la tiroides cuánta hormona producir en respuesta a la hormona estimulante de la tiroides, esta glándula toma yodo de la sangre y lo usa para producir hormona tiroidea, luego la tiroides envía esa hormona al resto del cuerpo por medio del torrente sanguíneo la pituitaria detecta el nivel de hormona, lo ajusta y el ciclo continúa¹⁵. **Figura 8.**

- Su función es sintetizar y secretar la hormona tiroidea que es necesaria para regular el metabolismo basal.
- El funcionamiento de esta glándula se basa en varios procesos como son: Metabolismo del yodo, producción, almacenamiento y secreción de la hormona tiroidea.

El yodo es extraído de la sangre, oxidado y acoplado intramolecularmente con radicales de tirosina para formar tiroglobulina, la cual es una mezcla de yodotirosina, triyodotirosina (T3) y tiroxina (T4) almacenada en forma de coloide en luz del folículo. La T3 y T4 plasmáticas están unidas a la albumina y globulina, una parte de T4 es transformada a T3 en la sangre periférica y esta hormona ejerce marcada influencia sobre: desarrollo y metabolismo celular, consumo de oxígeno, producción de calor y crecimiento.

La hormona estimulante de la tiroides (TSH) actúa sobre dos de los procesos que controlan la síntesis y liberación de la hormona tiroidea, también actúa aumentando la celularidad y vascularización de la glándula.

¹⁵ Krames patient educación. Tiroidectomía. Cirugía para problemas de la glándula tiroides. Veteran Shealth Library 1-16pág.

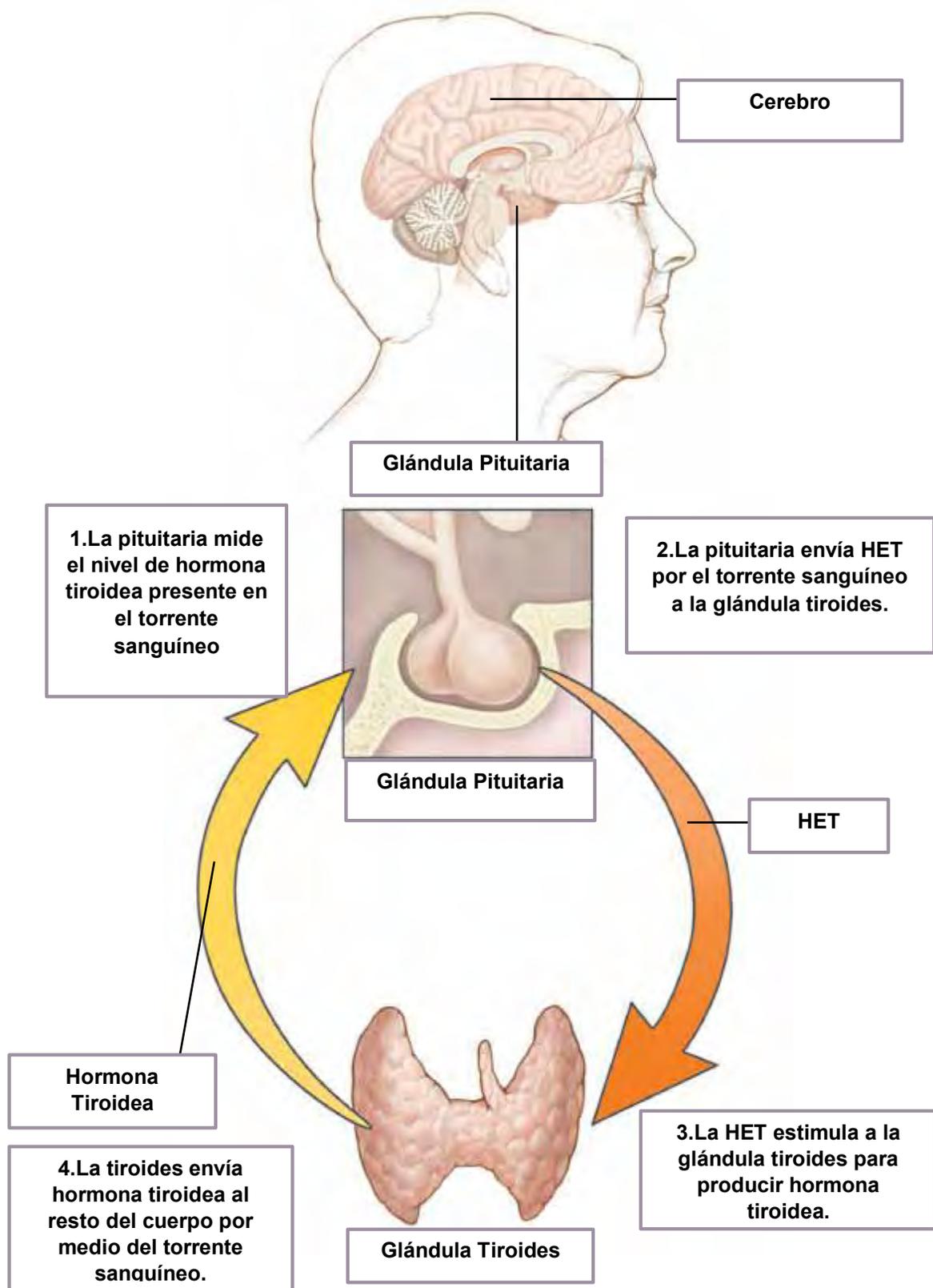


Figura 8. Ciclo de la Tiroides Disponible en: veteranshealthlibrary.org

La TSH (hormona estimulante de la tiroides), está regulada por la concentración de la hormona tiroidea libre en sangre periférica, por un mecanismo de retroalimentación negativa.

La concentración de yodo intratiroideo tiene un efecto autorregulador de la función tiroidea, la cantidad total de yodo orgánico ejerce un efecto inverso sobre los mecanismos de transporte de yodo (atrapamiento de yodo) y la respuesta tiroidea a la TSH (hormona estimulante de la tiroides), en consecuencia, cantidades elevadas de yodo reducen la velocidad de síntesis y liberación a la sangre periférica de la hormona activa.¹⁶

❖ **Metabolismo de las Hormonas Tiroideas.**

- Tiroxina (T4)

La producción de hormonas tiroideas se produce íntegramente en la glándula tiroidea y es de 100 a 130 nmoles/día, la reserva extra tiroidea de T4 es de 1000 a 1300 nmoles³, la mayoría extracelular.

La T4 se degrada un 10% al día, el 80% es desyodada, un 40% para formar T3 y el otro 40% para formar rT3, el 20% restante o bien se conjuga con glucuron y sulfato, o sufre desaminación o descarboxilación en la cadena de alanina formándose sus derivados acéticos y propiónicos respectivamente.

La formación de glucuronoconjugados y sulfato conjugados de T3 y T4 tiene lugar principalmente en el hígado y en el riñón; en el caso del hígado son excretados por la bilis al intestino, en donde son hidrolizados, volviendo a ser absorbidos como T4 y T3, o eliminados como tales conjugados por las heces (circulación entero hepática).

Esta vía es relativamente poco importante en el ser humano, la vía más importante de metabolización de T4 y T3 es la desyodación en cascada de la molécula; la pérdida de un átomo de yodo en la posición 5' de T4 da lugar a la formación de T3, que es más activa biológicamente, si la pérdida de yodo es en la posición 5' se forma rT3 (inactivación de la T4).

- Triyodotironina (T3).

Más del 80% de T3 se produce por desyodación extratiroidea de T4 y el resto se forma directamente por la tiroides, la producción total de T3 es de 45 a 60 nmoles/día, la reserva extratiroidea de T3 es de 75 nmoles, la mayoría intracelular. T3 se degrada mayoritariamente por desyodación a una velocidad mucho mayor que T4, un 75% al día.

¹⁶ Libros virtuales intramed. Glándula Tiroides,.1-25 pág.

❖ Triyodotironina reversa (rT3):

La producción de rT3 es de 45-60 nmoles /día, por desyodación extratiroidea de T4. La r T3 se degrada por desyodación a una velocidad más rápidamente que T3.

Desyodación en cascada.

La desyodación en cascada supone la vía metabólica más importante de las hormonas tiroideas, la desyodación de T3 y T4 en distintos tejidos, una porción muy alta de T3/T4 en los tejidos: DI, DII Y DIII. Todas contienen el raro aminoácido selenocisteína, y el selenio es esencial para su actividad enzimática.

- **DI.** Se encuentra en hígado, riñones, tiroides e hipófisis, desyoda en el siguiente orden: rT3 > T4 > T3, es inhibida por propiltioracilo (PTU sensible).
- **DII.** Está en cerebro, hipófisis, músculo, piel, placenta y grasa parda, también contribuye a la formación de T3, desyoda T4 > rT3 no inhibida por PTU.
- **DIII.** Presente principalmente en cerebro, piel y placenta, actúa sobre la posición de 5' de T3 y T4, y es probable que sea la fuente principal de r T3 de sangre y tejidos.

El 80% de T3, que es la hormona con mayor actividad biológica, se produce en tejidos extratiroideos gracias a las desyodinasas DI y DII, que están, respectivamente, en la membrana plasmática y en las enzimas microsomales.

5.1 Epidemiología.

El cáncer de tiroides es una neoplasia endocrina más común y generalmente tiene un comportamiento benévolo, pero algunos tipos histológicos pueden tener un comportamiento agresivo, por lo que se puede dividir en tres grandes grupos que tienen diferencias clínicas patológicas y pronósticas diferentes.

- Carcinoma diferenciado (papilar y folicular),
- Indiferenciado (anaplásico)
- Medular.¹⁷

En México, estudios epidemiológicos muestran que el cáncer de tiroides representa el 10% de los tumores malignos de cabeza y cuello, es decir el 1.8% de todas las neoplasias malignas, el 94% son cánceres diferenciados de tiroides (75 a 85% papilares), cuyo pronóstico es bueno, con más del 90% de supervivencia en 10 años.

¹⁷ Herrera G. A; Granados G. M; manual de oncología procedimientos médico – quirúrgicos, “Cáncer de tiroides.”. Editorial Mc Graw Hill. México 2013. Pág. 376.

El cáncer de tiroides fue más frecuente en un grupo etario de 41 a 50 años, predominó la variedad histológica papilar, el lóbulo derecho fue el más afectado, se hizo el diagnóstico de estadios iniciales de la enfermedad, del aumento del volumen del cuello fue el sistema más referido por los pacientes.

- Los tumores bien diferenciados representan el 85 a 90% de los cánceres tiroideos y suelen presentarse como un nódulo asintomático, son más frecuentes en la mujer entre los 41 y 50 años de edad; por otra parte, su progresión es lenta con infrecuente invasión metastásica a distancia.

El cáncer de tiroides representa el 1.8 % del total de todos los tipos de cánceres, su incidencia parece aumentar un 4% cada año y en la actualidad es el octavo cáncer más frecuente en mujeres.

En los Estados Unidos el cáncer de tiroides es el quinto cáncer más frecuente en las mujeres de 20 a 34 años, el 2% de los casos aproximadamente ocurren en niños y adolescentes.

Las tasas de incidencia del cáncer de tiroides tanto en hombres como en mujeres aumentaron a una tasa de aproximadamente 4% por año desde 2005 hasta 2014, que son los últimos datos disponibles, de hecho, es el diagnóstico de cáncer que está aumentando más rápidamente en los Estados Unidos; los investigadores creen que parte del motivo de este aumento es que las pruebas diagnósticas nuevas y altamente sensibles están llevando a una mayor detección de cánceres más pequeños.

Se estima que este año se producirán 2060 muertes (960 hombres y 1100 mujeres) a causa de esta enfermedad, las mujeres tienen 3 veces más probabilidades de tener cáncer de tiroides que los hombres, pero las tasas de mortalidad entre mujeres y los hombres son similares; esto sugiere que los hombres tienen un peor pronóstico que las mujeres cuando hay un diagnóstico de cáncer de tiroides, se denomina pronóstico a la probabilidad de recuperación.

- La tasa de supervivencia a 5 años indica el porcentaje de personas que sobrevive al menos 5 años una vez detectado el cáncer, en términos generales, la tasa de supervivencia a 5 años para las personas con cáncer de tiroides es del 98%.
- Las tasas de supervivencia se basan en muchos factores, incluido el tipo específico de cáncer de tiroides y el estadio de la enfermedad, si el cáncer está ubicado solo en la tiroides, la tasa de supervivencia es mayor que el 99%, si el cáncer de tiroides se ha diseminado a los tejidos o a los órganos circundantes o a los ganglios linfáticos regionales, la tasa de supervivencia a 5 años es del 98%, si el cáncer se ha diseminado a una parte distante del cuerpo, la tasa de supervivencia a 5 años es de 56%.

- Es importante recordar que las estadísticas de las tasas de supervivencia en el caso de las personas con cáncer de tiroides son una estimación, la estimación se basa en los datos anuales de una gran cantidad de personas que tienen este tipo de cáncer en los Estados Unidos, los expertos calculan las estadísticas de supervivencia cada 5 años.¹⁸

El carcinoma papilar de tiroides es la afectación maligna más frecuente de la glándula tiroides (68% a 74%), la de mejor pronóstico por delante del carcinoma folicular, medular y anaplásico y está asociada a metástasis cervicales en un 30 a 90% de los pacientes en el momento del diagnóstico.¹⁹

5.2 Factores de riesgo.

Los pacientes que han recibido radiación durante la lactancia y la niñez para tratar afecciones benignas de la cabeza y del cuello, tales como la dilatación del timo, acné o hipertrofia amigdalina o adenoidea, presentan riesgo más elevado de sufrir de cáncer y otras anomalías tiroideas.

En este grupo de enfermos, las neoplasias malignas tiroideas comienzan a aparecer cinco años después de la radiación o pueden surgir hasta 20 años o más después de ésta.

La exposición a la radiación como consecuencia de precipitación radioactiva, también se ha relacionado con un riesgo elevado de presentar cáncer de tiroides, especialmente en niños. Tienen un riesgo elevado de hasta 50 veces superior a la población en general.

Otros factores son los: antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, género femenino, y pertenecer a una etnia asiática.

- Factores hereditarios, oncogenes y genes supresores tumorales.

Tres por ciento de los carcinomas papilares y algunos foliculares pueden tener un componente hereditario; en el síndrome de Gardner (Poliposis adenomatosa familiar) existe un riesgo 160 veces mayor que en la población general de desarrollar carcinomas tiroideos papilares; también existen con frecuencia tumores tiroideos (benignos y malignos) en la enfermedad de Cowden (hematomas múltiples), en el síndrome de Peutz-Jeghers y en la ataxia-telangiectasia se han descrito familias con carcinomas papilares aislados.

¹⁸ American Society of Clinical Oncología (ASCO), Cáncer de Tiroides. Estadísticas. 2005-2018.

¹⁹ Mikel Ramos Murguialday, Hassan Hamdan. Metástasis cervical de carcinoma papilar de tiroides. Rev. Español. Cirugía Oral Maxilofacial. 2013, 44-49pp.

Los pacientes con tiroiditis de Hashimoto presentan un riesgo de 67 a 80 veces superior que la población en general, para el desarrollo de este tipo de neoplasia, sin embargo, los factores que conducen a ésta aún se desconocen.

De 20 a 25 % de los carcinomas medulares tienen un mecanismo de transmisión hereditaria de tipo autosómico dominante, que puede originar la aparición de carcinoma medular familiar aislado o en el contexto de una neoplasia endocrina múltiple.

Entre los factores ambientales que se han descrito son:

- La deficiencia en el consumo de yodo
- Vivir en zonas bociógenas se ha observado incremento de la prevalencia de cáncer folicular de tiroides.
- Exposición a radiaciones incrementa el riesgo de tumores malignos de tiroides, como se ha demostrado en diversas poblaciones después de la exposición a radiaciones ionizantes en altas concentraciones (Hiroshima y Nagasaki, Nevada, Novaja Semlja, las Islas Marshal y Chernóbil).
- Exposición a radiaciones externas para tratamientos de patologías benignas o malignas.
- Exposición a radiaciones ionizantes de 2 a 5 Gy (200 a 500 rads) 2% año, incremento de 7 a 8 veces.
- Exposición a radiaciones ionizantes de 800 a 1000 rads, incremento del riesgo hasta del 50%.
- El riesgo inicia con la exposición a 10 cGy con un periodo de latencia de hasta 20 años para el desarrollo, encontrándose una relación lineal entre la dosis de exposición.
- Antecedente de cáncer de tiroides en familiares.
- Antecedente de polipósis adenomatosa familiar
- Enfermedad de Cowden
- Cáncer de Mama²⁰

Tipos Histológicos:

- Carcinoma Papilar de Tiroides: Es el tipo más frecuente entre el 80 y 90% de los casos. Se origina a partir de las células foliculares de la tiroides. Se presenta como un nódulo tiroideo solitario, aunque en un 35 a 45% de los casos se puede asociar a metástasis en los ganglios linfáticos. Su incidencia es mayor en la mujer y en pacientes con antecedentes de irradiación cervical.

²⁰ Guía de referencia rápida.C73 Tumor maligno de tiroides, diagnóstico y tratamiento de Tumor maligno de tiroides. ISBN en trámite.

Solo en fases avanzadas, después de años de evolución, suele producirse invasión de estructuras vecinas y metástasis a distancia, siendo muy rara su diseminación por la sangre (a los pulmones).

- **Carcinoma Folicular de Tiroides:** Representa entre el 5 y el 10% de los tumores de tiroides, su comportamiento es más agresivo que el cáncer papilar de tiroides, pudiendo metastatizar hasta el 30% de los casos. Es también más frecuente en mujeres en relación a (2-3:1). La edad de aparición es un poco más alta siendo típico de los lugares donde existe bocio endémico. Con frecuencia es difícil de distinguir del tiroides normal y una vez que se ha extirpado la mitad de la tiroides y se ha analizado, se puede saber con certeza que es un tumor maligno.
- **Carcinoma medular de tiroides:** Supone alrededor de 5% de los tumores de tiroides. Es un tumor neuroendocrino que deriva de las células C, son productoras de calcitonina. Esta hormona se encarga de la regulación de los niveles de calcio en sangre. El 80% son esporádicos, sin embargo, un 20% de los tumores de este tipo se asocian a un síndrome hereditario que se asocia a tumores endocrinos (Neoplasia Endocrina Múltiple o MEN 2). En casos esporádicos se presenta en la quinta y sexta década de la vida con un discreto predominio femenino. Su forma de presentación más común es como un nódulo solitario. En la mayoría de los pacientes la enfermedad ya se ha diseminado en el momento del diagnóstico. El 50% de los casos presenta signos clínicos de enfermedad diseminada multifocal. Los síntomas son causados por la secreción de la calcitonina y otras sustancias. Esto puede provocar diarrea, flushing (enrojecimiento facial), y en ocasiones puede provocar un cuadro endocrino complejo denominado síndrome de Cushing.
- **Carcinoma anaplásico de tiroides:** Es el subtipo más raro y se asocia a mal pronóstico y rápida evolución. Es el más agresivo de todos los tumores tiroideos. Ocurre con una frecuencia entre el 5-10% de todas las neoplasias tiroideas y menos del 10% de los pacientes tratados sobreviven a largo plazo. Aparece entre la séptima y octava década de la vida y es extremadamente raro en menores de 20 años. Es más frecuente en mujeres con una proporción de 3:1. Clínicamente se caracteriza por una masa en la región anterior del cuello de rápido crecimiento acompañado de síntomas de compresión de las vías digestivas y áreas superiores produciendo dolor cervical, disfonía y disfagia por invasión tumoral difusa de estas estructuras. Esta limita el papel de la cirugía que suele ser paliativa, reductora de masa y casi nunca radical. Se considera estadio IV (avanzado) desde el diagnóstico basado en la histología y comportamiento biológico. Poseen capacidad de diseminación por todas las vías, estando presentes metástasis ganglionares

cervicales y metástasis a distancia entre el 18 y 50% de los casos al diagnóstico. Las localizaciones metastásicas más frecuentes son en los pulmones (90%), el hueso (15%) y cerebro (15%). Son características las metástasis cutáneas, apareciendo frecuentemente en el cuero cabelludo. Es un tumor con nula o escasa respuesta al tratamiento, pero en los pacientes en los que es posible la resección quirúrgica se debe realizar (tiroidectomía total y linfadenectomía).²¹

5.3. Manifestaciones clínicas.

En el terreno clínico son indolentes y el signo habitual (50%) en el hallazgo de un nódulo tiroideo, que se define como cualquier lesión dentro del parénquima tiroideo en que el ultrasonido y la exploración física es diferente al parénquima normal, sin embargo, solo 5 a 15% de éstos son malignos.

Un carcinoma vinculado a un bocio es menos frecuente y cuando ocurre es usual la presencia de múltiples nódulos, aunque uno dominante sugiere malignidad, algunas veces el primer síntoma es dolor (21%), disfonía (27%), disnea (7.7%), lo cual implica un comportamiento más agresivo; es importante tener en cuenta que la ausencia de disfonías no descarta la afección del nervio laríngeo recurrente y una parálisis cordal.

También puede haber presencia de:

- Tos simple o hemoptisis
- Dificultad para deglutir
- Agrandamiento de la glándula tiroides
- Ronquera o cambios en la voz
- Edema en el cuello
- Tumor (nódulo) tiroideo, los síntomas pueden variar y dependen del tipo de cáncer tiroideo.

5.4. Vías de diseminación.

En forma muy interesante, una vez desarrollado el cáncer suele permanecer confinado a la glándula por largo tiempo, pero a medida que avanza la edad se hace evidente la enfermedad clínica, se relaciona con mayor agresividad local y mayor capacidad metastásica.

La agresividad local se manifiesta por extensión extratiroidea e infiltración de los tejidos adyacentes entre los que incluyen, en orden decreciente de frecuencia, los

²¹ Ballesteros Anabel. SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de tiroides. Enero 2020.

músculos pre-tiroideos, el nervio laríngeo recurrente, la tráquea, laringe, esófago e incluso la piel.

Las metástasis ganglionares son especialmente comunes en el cáncer papilar y particularmente entre los jóvenes; estas son palpables al diagnóstico en 8.2% de los pacientes y ocurren con más frecuencia en los ganglios peritiroideos y luego en la cadena yugular profunda, pero pueden afectar incluso ganglios mediastinales.

Desde el punto de vista histopatológico, se documentan metástasis ganglionares en 70 a 80% de los productos de la disección del cuello, cuando esto se ha hecho en forma electiva.

Pero en forma importante y en contraste con otras neoplasias, las metástasis ganglionares tienen un impacto mínimo en la supervivencia, excepto tal vez cuando existe enfermedad ganglionar extensa bilateral o mediastínica, existe evidencia firme que indica que una porción significativa de las metástasis ganglionares.

permanece microscópica y subclínica incluso por décadas; por otra parte, las metástasis distantes al momento de la presentación son raras, pero indican pronóstico menos favorable, en especial entre los pacientes con cáncer papilar se presenta con metástasis a distancia.

Otro fenómeno interesante es la multicentricidad del cáncer papilar, la presencia de múltiples focos de tumor en la glándula ocurre en 20 a 88% de los pacientes, pero es rara en el folicular; es importante resaltar que no se traduce en un peor pronóstico de supervivencia; en contraste el carcinoma folicular rara vez se asocia, este tipo de cáncer suele ser multifocal e invadir localmente la glándula tiroidea y extenderse a través de la cápsula tiroidea invadiendo las estructuras adyacentes, tienden a diseminarse por vía linfática cervical, puede producir metástasis en hueso y pulmón, pero solo en el 2% a 3% de los casos.

Es más prevalente en jóvenes, siendo más frecuente en mujeres que en varones; la mortalidad acumulada a los 20 años por carcinoma papilar de tiroides es del 4 al 8%.

Las características ecográficas de este tipo de cáncer son:

- Hipoecogenicidad (90%) esto se debe al gran contenido celular con escasa cantidad de sustancia coloide.
- Microcalcificaciones que aparecen como dos focos hiperecogénicos, puntiformes, de muy pequeño tamaño que pueden o no dar sombra acústica.
- Hipervascularización (90%) al doppler color presenta vascularización desorganizada, principalmente en las formas bien encapsuladas.
- Metástasis cervicales ganglionares, que pueden contener los focos ecogénicos puntiformes de microcalcificaciones, en ocasiones los ganglios

metastásicos pueden ser quísticos debido a una extensa degeneración quística.²²

El cáncer diferenciado suele permanecer confinado a la glándula durante mucho tiempo, pero a medida que avanza la edad de presentación se desarrolla con mayor agresividad local y capacidad metastásica, la agresividad local se refiere a la extensión extratiroidea y en consecuencia a la infiltración de los tejidos adyacentes, incluidos los músculos pretiroideos, el nervio laríngeo recurrente, la tráquea, la laringe, la hipofaringe, el esófago e incluso la piel.

Las metástasis ganglionares son comunes en cáncer papilar y más frecuentes en los jóvenes, sin embargo, su presencia no significa un pobre pronóstico de supervivencia, según la experiencia de los autores son palpables al diagnóstico en el 8.2%, pero desde el punto de vista histopatológico el 70-80% de metástasis se documentan en la disección electiva del cuello, siendo más frecuentes en los ganglios peritiroideos, seguidos de la cadena yugular profunda ipsolateral, los mediastínicos y finalmente, el hemicuello contralateral.

La evidencia indica que en una proporción significativa de casos la enfermedad permanece microscópica y subclínica, incluso durante varios años.

Las metástasis distantes son raras, pero indican un pronóstico menos favorable principalmente en pacientes de edad avanzada.

Con más frecuencia se localiza en el pulmón, el hueso, hígado y cerebro; una serie reporto metástasis en el cerebro, ojo, mama, hígado, riñón, músculo y la piel mediante estudios de tomografía por emisión de positrones con tomografía computada (PET/CT), siendo esta una enfermedad agresiva; el 7% de los pacientes con cáncer papilar se presentan con metástasis a distancia, pero con más frecuencia en cáncer folicular; el cáncer folicular rara vez se asocia a metástasis ganglionar, pero en este tipo de carcinoma las metástasis a distancia se observan con mayor frecuencia.

El tamaño tumoral también tiene relación con el desarrollo de metástasis a distancia: tumores menores de 2cm un 17%, de 2 a 4 cm un 32%, de 4 a 6 cm un 29%, y mayores a 6cm un 73%.²³

²² Bonilla Cerda Ignacio A. Utilidad del ultrasonido para el diagnóstico temprano de nódulos tiroideos malignos. Estudio transversal realizado en el consultorio médico de imágenes Dr. Ignacio Bonilla (Ambato) y el Instituto Oncológico Nacional-Solca Guayaquil, marzo 2008.25-26pp.

²³ Granados García Martín, León Takahashi Alberto Mitsuo. Cáncer diferenciado de tiroides una antigua enfermedad con nuevos conocimientos. Gaceta médica de México 2014.65-77pág.

5.5. Diagnóstico.

Un examen físico puede revelar una masa o nódulo tiroideo (generalmente en la parte inferior del frente del cuello) o agrandamiento de los ganglios linfáticos cervicales.

Exámenes para cáncer tiroideo:

- Calcitonina en suero (para cáncer medular) o tiroglobulina en suero (para cáncer papilar o folicular) elevadas.
- Laringoscopia que muestre cuerdas vocales paralizadas.
- Biopsia de tiroides que muestre células de cáncer anaplásico, folicular, medular o papilar. **Figura 9.**
- Ecografía de la tiroides que muestre un nódulo.
- Gammagrafía de tiroides que muestre un nódulo, que no se ilumina en la gammagrafía (nódulo hipocaptante o frío) generalmente es poco utilizada
- También puede afectar los resultados de los siguientes exámenes de la función tiroidea: TSH (Hormona estimulante de la tiroides) T3 (Triyodotironina) y T4 (Tetrayodotironina).²⁴

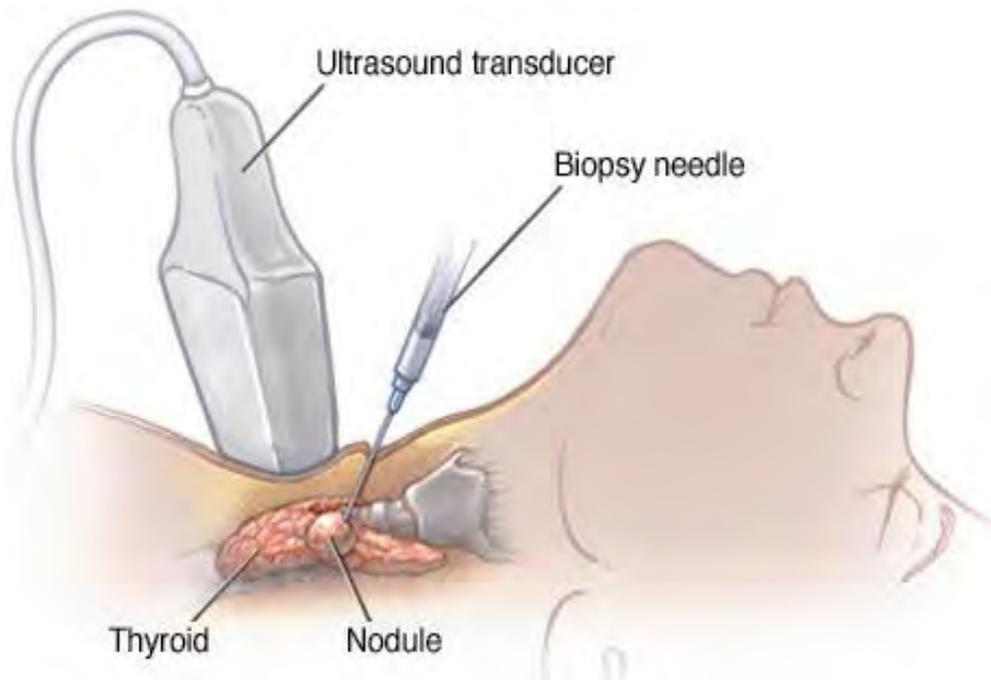


Figura 9. Biopsia de Tiroides. Disponible: <https://www.mayoclinic.org/es>

²⁴ Lasserra Sánchez O, Álvarez Montane I. Comportamiento epidemiológico del cáncer de tiroides en pacientes con supervivencia de 20 años y más. Rev. Latinoamericana.175-184pp.

Al detectarse un nódulo tiroideo por palpación o por estudios de imágenes, se debe realizar una historia clínica y examen físico cuidadoso enfocado especialmente en cuello, con el fin de describir las características del nódulo.

Se debe interrogar el tiempo de aparición, patrón de crecimiento, presencia de dolor, disfonía, disfagia, disnea, adenopatías cervicales, embarazos recientes, antecedentes de radiación en cabeza y cuello, así como antecedentes familiares de cáncer de tiroides y neoplasia endócrina múltiple tipo 2 (MEN2), todos estos factores de riesgo de enfermedad tiroidea maligna.

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) de glándula tiroidea ha demostrado ser un importante y ampliamente aceptado, costo-efectivo, simple, seguro y eficaz método para categorizar los nódulos tiroideos.

El 5% de los nódulos tiroideos clínicamente identificables son malignos, entre el 10 y el 15% de los nódulos incidentales ecográficos tienen riesgo de malignidad.

El uso de la PAAF permite clasificar el 70 a 80% de las lesiones, ofrece un valor predictivo positivo para el diagnóstico de malignidad del 100%; sin embargo, entre un 20 a 30% de los nódulos no pueden ser clasificados como benignos o malignos, hasta el 2007 eran informados como "indeterminados" "atípicos" o "No se puede descartar malignidad".

Con el fin de unificar criterios, el Instituto Nacional de Cáncer de EE. UU promovió una conferencia cuya conclusión fue la formulación de un sistema Bethesda de informe citopatológico tiroideo, dicho sistema de citología tiroidea surge como necesidad de estandarización de los informes de punciones aspiración de tiroides, y sus principales aportaciones fueron estandarizar criterios morfológicos, unificar criterios diagnósticos, la terminología del informe y la indicación terapéutica, unas de las principales novedades es la introducción de riesgo de malignidad asociado a cada categoría con propuesta y recomendaciones del manejo clínico o quirúrgico desde su creación en 2007.

Los objetivos fueron evaluar con el Sistema Bethesda en pacientes con categorías IV,V y VI y a quienes se les realizo PAAF guiada por ecografía para el diagnóstico del nódulo tiroideo y posteriormente fueron sometidos a (Roccatagliata Gustavo, 2015 Vol.10 Numero 4 Rep.Argentina).**Tabla 1.**

Categoría Diagnóstica	Descripción	Riesgo estimado de malignidad.
I. No diagnostico o insatisfactorio o indeterminado.	Muestra que solo contiene fluido quístico o acelular o esta oscurecido por sangre o material grumoso, etc.	1 -4%
II. Benigno	Es compatible con nódulo tiroideo benigno hiperplásico o coloide, bocio multinodular.E.de Graves Basedow, tiroiditis linfocitaria	

	(Hashimoto) o tiroiditis granulomatosa (subaguda).	0-3%
III. Atipia de significado indeterminado o lesión folicular indeterminada	Contiene células foliculares, linfoides u otras con atipias en su núcleo o en la arquitectura pero que no se pueden clasificar como neoplasia o cáncer folicular, o sea es una citología indeterminada.	5-15%
IV. Neoplasia folicular (NF) sospecha de NF.	Especificar si son células tipo Hürthle (variedad de CFT). Cuando es sospechoso es una citología indeterminada.	15-30%
V. Sospecha de malignidad	Sospechoso de cualquier cáncer de tiroides (CPT, CFT, CMT, CIT linfoma o metástasis de carcinoma)	60-75%
VI. Maligno	Para cualquier cáncer de tiroides (CPT, CFT, CM, CIT, linfoma o metástasis de carcinoma)	97-99%

Tabla 1. Cuadro de Clasificación de Bethesda (2015 Guía ATA) Según el Dr. EW los valores del Bethesda son: I:10%, II:<5%, III:10-15%, IV:30%, V:60%.

Se ha demostrado en la literatura que la punción por aspiración con aguja fina (PAAF) de tiroides es el método más útil para el estudio de un nódulo tiroideo, además de ser una técnica no invasiva y de bajo coste, con escasas complicaciones que en ningún caso comprometen la vida del paciente. El sistema Bethesda establece seis categorías diagnósticas y permite seleccionar pacientes candidatos a tratamientos quirúrgico.

Técnica de PAAF de Tiroides.

- La técnica de PAAF (Punción -Aspiración con aguja fina) tiene básicamente 4 fases: localización cuidadosa del nódulo, realización de la punción, confección de los frotis y un estudio microscópico; el éxito en el diagnóstico en la punción depende en gran parte de una buena realización de la técnica.
- El material obtenido de la punción lo fijamos con alcohol y realizaremos tinciones de hematoxilina.
- En la interpretación de la punción de tiroides valoremos principalmente cantidad de células y coloide, el patrón morfológico y el detalle celular.
- Las complicaciones de la PAAF son escasas: hemorragia local (la más frecuente), molestias de la deglución, alteración de la voz por punción del nervio recurrente, necrosis hemorrágica de un nódulo o tirotoxicosis en nódulos quísticos.
- La técnica tiene algunas limitaciones como dificultad para realizar la PAAF en lesiones pequeñas, la PAAF no distingue entre un adenoma y un carcinoma folicular y es difícil distinguir por punción entre una tiroiditis y un

linfoma de bajo grado, el 70% de las PAAF de tiroides se diagnostican benignas, el 5% como malignas, y el porcentaje de falsos positivos y falsos negativos esta entre un 3 a 6% y un 1 a 11% respectivamente.

Categorías diagnósticas de la clasificación de Bethesda correlación histopatológica.

- **Categoría 1:** No diagnostica/Insatisfactoria: Las punciones que se incluyen dentro de esta categoría son debidas principalmente a un problema de muestra (cantidad o calidad), suponen a un 10 a 20% de las punciones, suelen ser debidas a punciones con material hemático, extendido acelulares, extendidos constituidos exclusivamente por macrófagos o extendidos secos, por mala fijación en los que no es posible distinguir el detalle celular, para considerar una punción valorable debe contener al menos 6 grupos con al menos 10 células foliculares cada uno.
- **Categoría 2.** Benigna: Se incluyen dentro de esta categoría lesiones con bajo grado de neoplasia como, bocio coloide, tiroiditis, nódulo hiperplásico, la entidad más frecuente es la hiperplasia nodular cuya PAAF se caracteriza por extendidos con abundante coloide, grupos de células foliculares típicas en monocapa y celularidad histiocitaria, las piezas de tiroidectomía de bocio muestran una glándula agrandada, multinodular con nódulos de tamaño variable en algunos de los cuales suele haber degeneración quística y hemorragia.
- **Categoría 3:** Atipia de significado indeterminado/Lesión folicular de significado indeterminado: Dentro de esta categoría se incluyen el AUS: Atipia de significado incierto y el FLUS: Lesión folicular de significado indeterminado. No todos los casos sugieren lesión folicular.
- **Categoría 4:** Neoplasia folicular/Sospechosa de Neoplasia folicular: En esta incluyen en esta categoría casos en los que se observa una proliferación folicular que puede corresponder histopatológicamente a un carcinoma folicular.
- **Categoría 5:** Lesión sospechosa de malignidad: Incluye lesiones con daños citológicos altamente sospechosos de malignidad, pero no suficientes para concluir un diagnóstico. Incluye lesiones sospechosas de carcinomas papilares (el 75% son variantes foliculares de carcinoma papilar), lesiones sospechosas de carcinoma medular o de otro tipo de malignidades (linfoma metástasis de otro tumor) y lesiones sospechosas de malignidad, pero con necrosis o ausencia de celularidad.
- **Categoría 6:** Maligno: Incluye casos con características citológicas concluyentes de malignidad dentro de las que se incluyen carcinoma papilar y sus variantes, carcinoma medular, carcinoma anaplásico linfoma y

metástasis. Los hallazgos citológicos diagnósticos de carcinoma papilar son nucleares.²⁵

5.6 Factores pronósticos.

Aunque del cáncer de tiroides tiene un buen pronóstico, 10% de los pacientes muere de enfermedad por morbilidad y recurrencia; múltiples estudios se han realizado para evaluar los principales factores pronósticos.

El factor pronóstico de mayor peso específico es la edad, después de los 40 a 45 años se incrementa significativamente y paulatinamente la agresividad local y la capacidad metastásica a distancia, por consecuente mayor mortalidad.

Otros factores pronósticos importantes son: la presencia de metástasis a distancia, el tamaño tumoral creciente y la presencia de extensión extra-tiroidea; ni las metástasis ganglionares ni la enfermedad multicentrica influyen de manera significativa en el pronóstico de supervivencia, pero se relacionan con un mayor riesgo de recaída locorregional y esto debe ser considerado en el diseño del tratamiento.

La edad y el sexo tienen un rol predominante, en hombres por debajo de los 40 años y mujeres menores de 50 años, tiene pronóstico favorable, a mayor edad el pronóstico empeora, siendo afectado directamente por el tamaño del tumor y presencia de metástasis.

El carcinoma folicular con metástasis tiene peor pronóstico, en resumen el paciente portador de carcinoma papilar o folicular, hombres menores de 40 años y mujeres menores de 50 años, tienen pronóstico favorable cuando no existe metástasis a distancia, este grupo constituye un 89% de los pacientes y su mortalidad es menor del 2%.²⁶

Sistemas pronósticos.

Existen varios sistemas para predecir el pronóstico, pero el sistema AMES (*Cuadro 1: Clasificación pronóstica AMES de Cady*) es el más útil porque es fácil de recordar y reproducir, de acuerdo con este sistema los pacientes en el grupo de bajo riesgo tienen una mortalidad de 46%, por desgracia estos sistemas son menos útiles guiando el tratamiento.

Otros sistemas pronósticos como AGES, DAMES, MACIS, etc. son menos útiles guiando el tratamiento ya que se requiere conocer factores que a menudo solo son

²⁵ Pinto – Blázquez Jesús, Del Valle Manteca Alberto. Sistema Bethesda en el diagnóstico citopatológico de la patología de tiroides. Complejo asistencial de Zamora España. Rev. Soc. Otorrinolaringología Castilla León La Rioja, 2014 abril 5,66-74pp.

²⁶ Rodríguez Céspedes Walter. Neoplasias malignas de cabeza y cuello. Tumores malignos de la glándula tiroides. (T.M.G.T.) 2016.1-16 pàg.

definidos después de cirugía y el estudio histopatológico de la pieza operatoria.
Cuadro 1

Grupo de Alto riesgo.
Todos los pacientes con metástasis a distancia a) Los pacientes mayores con: 1. Cáncer papilar extratiroideo o invasión capsular mayor por carcinoma folicular. 2. Tu 3. mores primarios de 5 cm de diámetro o mayores sin importar la extensión de la enfermedad.
b) Los pacientes mayores sin metástasis a distancia y: 1. Cáncer intratiroideo, o invasión capsular menor por carcinoma folicular. 2. Tumor primario menor de 5 cm.

Cuadro 1. (Sistema AMES de Cady). Fuente: Cáncer diferenciado de la Tiroides: Aspectos generales. Martha Granados García, Enrique Estrada Lobato y Ángel Apodaca Cruz. Disponible en Incan-México.org,2009.

5.7 Estadificación.

Este proceso se llama estadificación o determinación de la etapa, la etapa(estadio) describe cuanto cáncer hay en el cuerpo y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer.

Sistema TNM de determinación del estadio.

Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer de cada persona, para el cáncer de tiroides hay 5 estadios, el estadio 0 (cero) y los estadios I a IV (1 a 4); el estadio es una forma de describir el cáncer, de manera que los médicos puedan planificar de forma conjunta los mejores tratamientos.

Además del sistema de TNM, el estadio de los canceres papilares y foliculares de tiroides también se determina en función de la edad del paciente.

Agrupación de los estadios del Cáncer.

Los médicos asignan el estadio del cáncer combinado con clasificaciones TNM. En el caso del cáncer de tiroides, el sistema de determinación del estadio difiere por tipo de tumor, para el cáncer papilar o folicular tiroideo, la determinación del estadio también depende de la edad del paciente.

Tumores tiroideos papilares o foliculares en una persona menor de 45 años:

- Estadio I: Este estadio describe un tumor (cualquier T) con o sin diseminación de los ganglios linfáticos (cualquier N) y sin metástasis distante (M0).
- Estadio II: Este estadio describe un tumor (cualquier T) con cualquier metástasis (M1) independiente de si se ha diseminado o no a los ganglios linfáticos (cualquier N).

Tumores tiroideos papilares o foliculares en una persona de 45 años o más.

- Estadio I: Este estadio describe un tumor pequeño (T1) sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0).
- Estadio II: Este estadio describe un tumor grande no invasivo (T2), sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0).
- Estadio III: Este estadio describe un tumor mide más de 4 cm, pero contenido en la tiroides (T3), sin diseminación de los ganglios (N0) ni metástasis (M0), o cualquier tumor localizado (T1,2 o 3) con diseminación al compartimiento central de los ganglios linfáticos (N1a) sin diseminación distante (M0).
- Estadio IVA: Este estadio describe un tumor que se ha diseminado a las estructuras cercanas (T4a), independientemente de si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero no se ha diseminado a lugares distantes (M0), o describe un tumor localizado (T1, T2, o T3) con diseminación a los ganglios linfáticos más allá del compartimiento central (N1b) pero sin diseminación distante (M0).
- Estadio IVB: Este estadio describe un tumor que se ha diseminado más allá de las estructuras cercanas (T4b), independientemente si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero sin diseminación distante (M0).
- Estadio IVC: Este estadio describe cualquier tumor (cualquier T, cualquier N) cuando hay evidencia de metástasis (M1).

Tumores medulares de Tiroides:

- Estadio I: Este estadio describe un tumor pequeño (T1) sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis distante (M0).
- Estadio II: Este estadio describe un tumor localizado más grande (T2 o T3) sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0).
- Estadio III: Este estadio describe cualquier tumor localizado (T1, T2 o T3) que se ha diseminado al compartimiento central de los ganglios linfáticos (N1a) pero sin presencia de metástasis (M0).

- Estadio IVA: Este estadio describe un tumor que se ha diseminado a las estructuras cercanas, el tumor es mayor de 4cm o puede ser de cualquier tamaño y se ha diseminado solo fuera de la tiroides o los ganglios linfáticos del cuello.
- Estadio IVB: El tumor puede ser de cualquier tamaño y se ha diseminado a los tejidos del cuello cerca de la columna vertebral o alrededor de los vasos sanguíneos en el cuello o la parte superior del tórax, el cáncer podría haberse diseminado a los ganglios linfáticos.
- Estadio IVC: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como el pulmón y los huesos y podría haberse diseminado a los ganglios linfáticos circundantes.²⁷

5.8 Tratamiento.

Para poder descifrar la respuesta y aplicar un tratamiento que sea lógico de acuerdo al comportamiento biológico y que incluso intente adelantarse a dicho comportamiento, se debe de clasificar a que grupo de riesgo a morir o recurrir de cáncer pertenece el paciente, por consiguiente se debe contar con un reporte histopatológico adecuado, que informe con claridad el tamaño del carcinoma, si este infiltra cápsula, tejidos vecinos o vasos, si es multicéntrico y si tiene alguna variante histopatológica agresiva.²⁸

Estudios recientes han sugerido que pacientes con carcinoma micro papilar (cáncer de tiroides muy pequeño) pueden optar con seguridad por la observación minuciosa con ecografías continuas en lugar de una cirugía inmediata, incluso si los ganglios no están agrandados, algunos médicos recomiendan la disección del compartimiento central del cuello (extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos próximos a la glándula tiroides) junto con la extirpación de la tiroides.

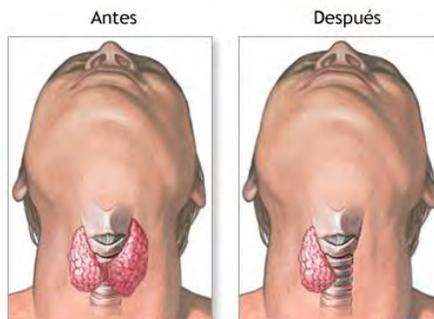


Figura 10. Lobectomía de Tiroides. Disponible: <http://www.google.com.mx>

²⁷ American Society of Clinical Oncology (ASCO) Cáncer de Tiroides: Estadios. Aprobada por junta editorial de Cáncer.Net 11/2017.

²⁸ Dr. Hurtado López Luis Mauricio. Carcinoma Papilar de tiroides: ¿A quién completar la tiroidectomía? Vol.32. Num.4 octubre-diciembre 2010.199-200pp.Disponible:www.medigraphic.com/cirujano-general.

Aunque no se ha demostrado que esta operación mejore la supervivencia de cáncer, podría reducir el riesgo de que el cáncer regrese en el área del cuello, ya que la extirpación de los ganglios linfáticos permite que éstos sean examinados con un microscopio para determinar la presencia de cáncer, esta cirugía también hace más fácil precisar la etapa del cáncer.

Si el cáncer se ha propagado a otros ganglios linfáticos del cuello, a menudo se hace una disección cervical radical modificada (una cirugía más extensa para extirpar los ganglios linfáticos del cuello).

El tratamiento con yodo radioactivo se usa algunas veces después de la tiroidectomía para cánceres en etapa inicial (T1 o T2, N0, M0), aunque la tasa de curación con cirugía sola es excelente; si el cáncer regresa, se puede seguir ofreciendo el tratamiento con yodo radioactivo.

A menudo la terapia con RAI se emplea para los cánceres más avanzados, como los tumores T3 o T4, o cánceres que se han propagado a los ganglios linfáticos o lugares distante, el objetivo es destruir cualquier tejido de la tiroides remanente e intentar tratar cualquier cáncer remanente del cuerpo, puede que sea necesario tratar las áreas de metástasis a distancia que no respondan a la terapia RAI con radiación externa, terapia dirigida o quimioterapia.

- **Cirugía**

El tratamiento primario de todas las formas de cáncer de tiroides es la cirugía, la extensión de la cirugía para cáncer diferenciado de tiroides (remover solo el lóbulo que tiene el cáncer -lo que se conoce como lobectomía- o la tiroides completa-llamada tiroidectomía), dependerá del tamaño del tumor y de si el tumor está o no limitado a la tiroides.

A veces los hallazgos antes o al momento de la cirugía tales como extensión del tumor en las áreas a su alrededor o la presencia de ganglios linfáticos que están obviamente afectados, indicaran que una tiroidectomía total, sería la mejor opción.

Algunos pacientes tendrán cáncer de tiroides en los ganglios linfáticos del cuello (metástasis a los ganglios linfáticos), estos ganglios pueden ser removidos al momento de la cirugía inicial, algunas veces en una cirugía posterior si son detectados más adelante.

En el caso de cánceres muy pequeños (< 1cm) que están limitados a la tiroides, que afectan un solo lóbulo y sin evidencia de haber afectado a los ganglios linfáticos, una simple lobectomía (remover solo el lóbulo afectado) se considera suficiente; estudios recientes sugieren tumores pequeños, llamados micro carcinomas papilares de tiroides, pueden ser observados sin cirugía dependiendo de su localización dentro de la tiroides. **Figura 10.**

Después de la cirugía, la mayoría de los pacientes necesitan tomar hormona tiroidea de por vida, con frecuencia el cáncer de tiroides se cura con solo cirugía, especialmente si el cáncer es pequeño; si el cáncer dentro de la tiroides es grande o si se ha extendido a los ganglios linfáticos del cuello, el yodo radioactivo puede ser después de sacar la glándula tiroides

Tiroidectomía Radical: En ésta cirugía se extirpa la glándula tiroidea, esta cirugía es la más común para el cáncer de tiroides. Es en la cual se extirpa la glándula tiroides en su totalidad o casi total que se realiza la cirugía de tiroides. Y si el cáncer se diseminó a los ganglios linfáticos adyacentes al cuello, éstos se extirpan al mismo tiempo. **Figura 11.**

- **Terapia con Yodo Radioactivo**

Se conoce también como terapia con I-131; las células tiroideas y la mayoría de los cánceres diferenciados de tiroides absorben y concentran el yodo, es por eso que el yodo radioactivo se puede usar para eliminar todo el tejido tiroideo normal que quede después de la cirugía y potencialmente destruir también tejido canceroso residual, el procedimiento utilizado para destruir el tejido tiroideo residual se le conoce como ablación con yodo radioactivo, esto produce altas concentraciones de yodo radioactivo en los tejidos tiroideos, lo cual hace que eventualmente mueran las células, como la mayoría de los otros tejidos en el cuerpo o absorben y concentran el yodo en forma eficiente, el yodo radioactivo usado durante el procedimiento de ablación suele tener muy poco o ningún efecto en los tejidos fuera de la tiroides.

Sin embargo, en algunos pacientes que reciben dosis promedio de yodo radioactivo para el tratamiento de metástasis del cáncer de tiroides, el yodo radioactivo puede afectar a las glándulas que producen saliva y resultar en complicaciones como

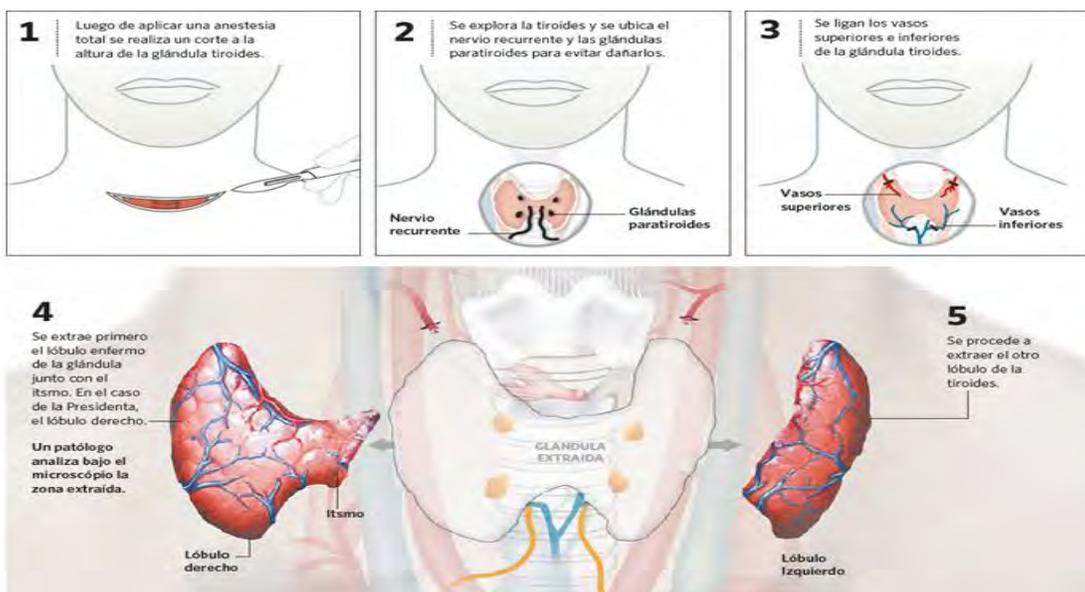


Figura 11. Tiroidectomía Total /Radical. Disponible: <http://www.google.com.mx>

sequedad de la boca, si se necesitan dosis altas, puede haber un riesgo pequeño de desarrollar otros cánceres más adelante, este riesgo es bajo y aumenta a medida que aumenta la dosis de yodo radioactivo.

Los riesgos potenciales del tratamiento pueden ser minimizados utilizando la dosis más pequeña posible, el balancear los riesgos potenciales contra los beneficios de la terapia con yodo radioactivo es una discusión importante.²⁹

- **Tratamiento de Cáncer avanzado de Tiroides.**

El cáncer de tiroides que se ha extendido (metastásico) fuera de la región del cuello es raro, pero puede ser un problema serio. La cirugía y el yodo radioactivo siguen siendo la mejor manera de tratar estos cánceres siempre y cuando estos tratamientos sigan funcionando.

Sin embargo, para cánceres más avanzados la terapia con yodo radioactivo ya no suele ser tan efectiva, se necesitará de otras formas de tratamiento.

La radiación externa dirige rayos X enfocados en forma muy precisa a las áreas que deben ser tratadas, con frecuencia el tumor que ha reducido localmente o se ha extendido a los huesos u otros órganos, este puede matar o enlentecer el crecimiento de esos tumores.

Nuevos agentes quimioterápicos que han mostrado cierta efectividad en el tratamiento de otros cánceres avanzados se están haciendo más ampliamente disponibles para el tratamiento del cáncer de tiroides (Association., 2017).

Lenvatinib es un antineoplásico, inhibidor de la proteína tirosin-cinasa (RTK) que inhibe selectivamente la actividad cinasa de los receptores del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF)

La Lenvima está indicado como monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma diferenciado de tiroides (CDT papilar), folicular o de células de Hürthle) en progresión, localmente avanzado o metastásico, resistente al tratamiento con yodo radioactivo 131 (RAI).

La Lenvima está indicado como monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma hepatocelular (CHC) avanzado o irreseccable que no han recibido tratamiento sistémico previo.

La toxicidad gastrointestinal se debe tratar activamente para evitar el riesgo de presentar disfunción o insuficiencia renal.

El tratamiento se debe de mantener mientras se observan beneficios clínicos o hasta que se produzca una toxicidad inaceptable.

²⁹ American Thyroid Association. Inc. Cáncer de tiroides de tipo papilar y folicular.2016.

La dosis diaria recomendada de Lenvatinib es de 24mg (dos capsulas de 10mg y una cápsula de 4mg) se administra por vía oral con o sin alimentos.

- **Cáncer Recurrente**

El tratamiento del cáncer que regresa después de la terapia inicial depende principalmente del lugar donde está el cáncer, aunque también hay otros factores que pueden ser importantes.

La recurrencia se puede encontrar mediante análisis de sangre (TSH, T3, T4, Tiroglobulina), estudios por imágenes, tal como una ecografía o gammagrafías con yodo radioactivo.

Si el cáncer regresa en el cuello, primero se hace una biopsia guiada por ecografía para confirmar que realmente sea cáncer, si el tumor parece ser resecable (extirpable), a menudo se hace una cirugía.

- Si el cáncer aparece en la gammagrafía con yodo radioactivo (lo que significa que las células absorben yodo) se puede usar terapia con yodo radioactivo (RAI), ya sea sola o con cirugía, por otro lado, si el cáncer no aparece en la gammagrafía con yodo radioactivo, pero aparece en otros estudios con imágenes, como una MRI o un PET/CT, se puede usar la radiación externa.

- **Radioterapia de haz externo para el cáncer de tiroides.**

La radiación externa usa rayos (o partículas) de alta energía para destruir las células cancerosas o disminuir su crecimiento, se enfoca cuidadosamente un haz de radiación desde una máquina fuera del cuerpo, generalmente este tipo de radioterapia no se usa contra cánceres que absorben yodo (esto es la mayoría de los cánceres diferenciados de tiroides). Se usa con mayor frecuencia como parte del tratamiento del cáncer medular de tiroides y el cáncer anaplásico.

Si un cáncer no responde a la terapia de yodo radioactivo, se podría usar la radiación externa para tratar la recurrencia local del cuello o las metástasis a distancia que están causando dolor u otros síntomas.

La radiación externa generalmente se administra 5 días a la semana durante varias semanas, el tratamiento por sí solo no causa dolor y es muy parecido a la de hacerse una radiografía común, cada tratamiento dura solo unos minutos.

Posibles efectos secundarios: La desventaja principal de este tratamiento es que la radiación puede destruir tejidos sanos cercanos junto con las células cancerosas, algunos pacientes presentan cambios en la piel, o toxicidad cutánea, pero estos se van desapareciendo lentamente, la disfagia, la xerostomía, la ronquera y el

cansancio también son efectos potenciales de la radioterapia externa dirigida o cerca de la tiroides.³⁰

- **Terapias dirigidas.**

En los últimos años se han aprobado varias terapias dirigidas para el tratamiento de carcinomas diferenciados de tiroides resistentes a Iodo radioactivo 131.

El conocimiento de los mecanismos moleculares implicados en el desarrollo del cáncer de tiroides ha permitido el desarrollo de moléculas dirigidas a dianas específicas implicadas en el crecimiento del tumor. La mayoría tienen actividad antiangiogénica (destruyen los nuevos vasos que el tumor necesita para crecer) además de alterar las vías implicadas en la señalización y crecimiento de las células tumorales. Su tasa de respuesta se sitúa en torno al 15-30%.

Cuando un cáncer que no absorbe yodo se ha propagado fuera de la tiroides, la radiación interna puede ayudar a tratar el cáncer o podría reducir la probabilidad de que la enfermedad regrese en el cuello después de la cirugía.

La terapia dirigida es un tratamiento que se dirige a los genes o a las proteínas específicas del cáncer, o a las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento y la supervivencia del cáncer. Este tipo de tratamiento bloquea la proliferación y la diseminación de las células cancerosas y, a la vez, limita el daño de las células normales.

En 2013, la FDA aprobó una terapia dirigida llamada Sorafenib (Nexavar) para el cáncer diferenciado de tiroides recurrente o en estado avanzado cuando no funciona la terapia con Iodo 131.

Sorafenib: Es un inhibidor de varios receptores (multiquinasa). Fue la primera molécula que demostró actividad en carcinoma diferenciado de tiroides refractario a radioyodo. Se administra una dosis de 400mg dos veces al día. Los efectos secundarios más frecuentes son digestivos y cutáneos, observándose síndrome de mano-pie hasta el 75% de los pacientes. Se pueden tratar con medicamentos de terapia dirigida Sorafenib (Nexavar) y Lenvatinib (Lenvima), si el cáncer se ha propagado a varios lugares y la terapia RAI y otros tratamientos no son útiles.³¹

En 2015, la FDA aprobó la terapia dirigida llamada Lenvatinib (Lenvima) para el cáncer de tiroides diferenciado en estadio avanzado, cuando la cirugía, el tratamiento con Iodo 131 o ambos no han funcionado.

- a) Lenvatinib: Se trata también de un inhibidor multiquinasa para pacientes que ya han recibido tratamiento previo tras progresión a yodo. Se administra a

³⁰ Ibid. American Cancer Society.2018

³¹ American Cancer Society. Inc. All rights reserved. The American Cancer Society is a qualified.2018

una dosis de 24mg al día por vía oral. Los efectos secundarios más relevantes son hipertensión y diarrea.

En 2011, la FDA aprobó los comprimidos de Vandetanib (Caprelsa) que es un tipo de terapia dirigida conocida como inhibidor de la tirosina cinasa. La dosis diaria típica es de 300mg. Los efectos secundarios frecuentes es: diarrea, inflamación del colon, erupción cutánea, náuseas, presión alta, cefalea, fatiga, pérdida del apetito y dolor de estómago, además de ocurrir problemas más graves como problemas respiratorios y cardiacos.³²

Sunitinib: Se trata de un inhibidor de la tirosin-kinasa. La dosis habitual es de 50mg al día, cuatro semanas seguida de dos semanas de descanso, aunque también puede utilizarse a la dosis de 37.5mg al día de forma continua. Los efectos secundarios más frecuentes son: fatiga, diarrea, síndrome mano-pie, neutropenia e hipertensión.

Pazopanib: Se trata de un fármaco antiangiogénica también por vía oral. La dosis recomendada es de 800mg al día. Los efectos secundarios más frecuentes son hipertensión y elevación de las transaminasas.

³² ASCO. American Society of Clinical Oncology. Cáncer.net. Cáncer de tiroides: Tipos de tratamiento 2018.

6. Metodología

6.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.

El presente estudio de caso se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología en el periodo de prácticas del 8 de octubre del 2018 al 11 de enero del 2019, de la especialidad de Enfermería Oncológica de la asignatura Atención de Enfermería I, en la rotación por el área de 5to piso cirugía hospitalización, donde se identificó a la Sra. Nadia H. para la realización del estudio de caso.

En el desarrollo de estudio de caso podemos encontrar, el uso del proceso de atención enfermería y la filosofía conceptual de Virginia Henderson, como herramientas esenciales para brindar el cuidado a la persona. Se utiliza interrogatorio directo para la obtención de datos y la búsqueda de información en bases de datos científicas para el sustento del marco referencial y el cuidado de la persona.

6.2. Selección del caso y fuentes de información.

Se seleccionó a la paciente durante la rotación de práctica clínica de enfermería oncológica en el área de 5to piso hospitalización cirugía, durante la distribución de pacientes, se eligió a la señora Nadia quien se mostró muy interesada en conocer sobre su enfermedad y ampliar los conocimientos ya que para ella todo es nuevo y menciona tener desconocimiento por completo de todo lo que es el cáncer papilar de tiroides, también se le planteó mi interés sobre realizar el estudio de caso y proporcionarle información sobre su enfermedad despejar dudas y también enseñarle técnicas para fomentar el autocuidado.

Ella se mostró muy interesada en colaborar y participar brindándome información personal con el objetivo de saber más sobre su enfermedad, despejar la incertidumbre del porque ella tiene cáncer papilar de tiroides, qué factores de riesgo tiene para haber desarrollado cáncer papilar de tiroides, que dieta debería llevar pues además de tener cáncer papilar de tiroides tiene obesidad mórbida, y el médico oncólogo sugirió realización de cirugía bariátrica en cuanto se logre mejoría

Se realizó una valoración exhaustiva y siete valoraciones focalizadas de forma directa e indirecta (cuidador primario su madre) quien siempre mostro su apoyo. Se proporcionó información personalizada de mis conocimientos a Nadia, a lo que mostró interés por lo que se le pidió autorización mediante un consentimiento informado el cual me firmo y se logró la colaboración de Nadia y de su madre

(cuidador primario); se valoraron las necesidades humanas alteradas con base al modelo de Virginia Henderson, identificando las necesidades alteradas y jerarquizando sus cuidados.

6.3 Consideraciones éticas. En el ejercicio profesional y el desarrollo del caso.

Los objetivos de la enfermería son claramente éticos, proteger al paciente frente a las situaciones de faltas de respeto a su autonomía y proporcionar cuidados dignos y prevenir el daño y las complicaciones potenciales al mantener un ambiente saludable para los pacientes y familiares.

Así mismo la Ley de salud señala como parte inherente de los objetivos de enfermería ha sido considerada un elemento inseparable de la ética profesional de la enfermería, que incluyen los esfuerzos de los enfermeros para promover el bienestar y el interés de los pacientes, para asegurar su autonomía en la toma de decisiones.

En oncología, los profesionales de enfermería mantienen un contacto estrecho con situaciones de dolor, de finitud y de muerte, efectos colaterales, físicos y emocionales, entre ellos la desesperanza, la angustia, el miedo y la soledad, sentimientos intensos y denunciadores de la fragilidad humana, al mismo tiempo que una expectativa de vida se puede presentar.

En oncología es locus de constantes problemas éticos, los cuales son vividos a partir de situaciones ya consideradas parte del cotidiano profesional, como la falta de consentimiento informado de pacientes antes de la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la prolongación de la vida sin preocuparse por su calidad y prácticas profesionales heteronómicas y cuestionables.

Todas estas situaciones despiertan la necesidad de conocimiento de la abogacía en la salud de los enfermeros, parte integrante de los cuidados de enfermería relacionados con la defensa de los derechos e intereses del paciente

La enfermera profesional, en su acción de cuidar, toma una serie de decisiones que repercuten positiva o negativamente sobre los usuarios de los servicios de salud.

La confidencialidad, el derecho a la intimidad, los secretos profesionales entran en juego cuando se trata de valorar los registros desde una perspectiva ética y/o legal. Paralelamente debemos considerar tres valores fundamentales en el ejercicio profesional enfermero: el respeto a la dignidad humana sin prejuicios, la defensa de la intimidad y la aceptación de la responsabilidad propia sobre las actuaciones.

Si de lo que se trata es de reflexionar sobre la vertiente ética de los registros enfermeros, es necesario hacerlo partiendo del marco que dibujan estos valores morales y los principios éticos de enfermería que los desarrollan, por tanto, centraremos nuestra aportación en base a los tres principios éticos del ejercicio profesional que son:

1. La responsabilidad moral que tenemos las enfermeras de proteger a los pacientes de prácticas ilegales, incompetentes o deshonestas.
2. La responsabilidad sobre nuestra competencia.
3. La responsabilidad moral de contribuir al desarrollo y enriquecimiento del cuerpo de conocimientos específico de la enfermería.

Declaración de Principios Éticos de Enfermería.

1. **Beneficencia y no maleficencia.** - Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal; se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.
2. **Justicia.** - La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano, es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.
3. **Autonomía.** - Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales; con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.
4. **Fidelidad.** - Principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. La expectativa del paciente es que los profesionales cumplan las palabras dadas. Solamente en circunstancias excepcionales, cuando los beneficios de la ruptura de la promesa son mayores a su manutención, es que se puede quebrarla. La confianza es la base de la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero.
5. **Veracidad.** - Principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. El profesional debe de evaluar la importancia que tiene para el participante conocer su diagnóstico con relación al tratamiento o cuidado pretendido.

6. Confidencialidad. - Principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias persona, les hechas por los pacientes.

Dentro del marco de los registros que contienen al menos dos puntos para la reflexión ética, por un lado, de la información que contienen los registros que pone en marcha el derecho de la intimidad, y con ello la confidencialidad y el secreto profesional que debemos realizar a la luz el principio de respeto a la dignidad humana y defensa de la intimidad.

El secreto profesional que debemos analizar a la luz del principio de respeto a la dignidad humana y defensa de la intimidad, el secreto profesional se refiere más a la exigencia ética del profesional de salud, mientras que la confidencialidad subraya más el aspecto de la intimidad del enfermo, conocida a través de la actividad sanitaria.³³

Las enfermeras aportamos al sistema sanitario la acción de cuidar; el cuidado por lo que tiene de cotidiano y de vinculado a lo femenino, ha permanecido al margen de la investigación y del estudio como base de la profesión enfermera

Hablar de autonomía profesional significa asumir responsabilidades sobre nuestras actuaciones, permitiéndonos respetar siempre las áreas de competencia del resto de los miembros del equipo de salud, favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad.³⁴

Código de ética para enfermeras y enfermeros en México.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente, un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional; esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que

³³Benavent Garcés María Amparo, Leal Cercós. Los registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales

³⁴ Ibídem 16 pág.

determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias; un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser biopsicosocial dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- A la enfermería, constituida como un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas, experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Derechos Generales de los Pacientes.

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida.

Consentimiento Informado.

A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.³⁵

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación de la salud, el consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente que se consolida en un documento, mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico lo terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y los beneficios que este conlleva y las posibles alternativa. El

³⁵ Código de ética para enfermeras y enfermeros en México, diciembre 2001 SSA, IMSS, ISSSTE.
Disponible: www.ssa.gob.mx

documento escrito solo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información³⁶.

³⁶ Comisión Nacional de Bioética. Consentimiento informado. SSA 2012. Disponible: www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temas

7. Presentación del caso.

Antecedentes generales de la persona

- Nombre: Nadia G. H.
- Sexo: Femenino
- Edad: 41 años
- Fecha de nacimiento: 01/01/1979
- Estado civil: Soltera
- Número de cama: 539 Cirugía Oncológica.
- Escolaridad: Bachillerato tecnológico con carrera técnica en mecatrónica.
- Ocupación: Desempleada
- Grupo sanguíneo O Rh (+)
- Religión: católica
- Lugar de procedencia: Ciudad de México

Datos Socioeconómicos y cultural:

Estructura Familiar.

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
José Luis G. F.	68 años	Papá	Mecánico
María de Lourdes H. B.	62 años	Mamá	Ama de casa
Emilio Alonso G.	9 años	Hijo	Estudiante

- a) Estructura económica: Total de ingresos mensuales: \$6000
- b) Medio Ambiente: Tipo de vivienda: De concreto. Cuenta con todos los servicios de luz, agua potable, alcantarillado, pavimentación. Cuenta con tres habitaciones y fauna nociva cinco gatos (especificó. -callejeros que habitan ya en su domicilio).

Antecedentes Personales.

Patológicos:

- Obesidad Mórbida (IMC 41.64)
- Transfusiones. Negadas
- Traumáticos: Negados
- Diabetes Mellitus: Negada
- Hipertensión Arterial: Negada

Quirúrgicos:

- Año 2009. Post-Cesarea

- Año 2011 Post-operada de Colectomía.

Alergias (reacción experimentada).

Alérgica a sulfamida, penicilina, cefalosporinas, ácido acetil salicílico, metamizol, desloratadina, polvo, polen, cacahuates, fresas, chocolate, soya jengibre.

Padecimiento Actual:

Motivo de Ingreso:

30 julio 2018. Se presenta al INCan refiere haber iniciado padecimiento 18 meses, tras piquete de avispa, comenta que después de este, se presenta inflamación en miembro torácico derecho y en el cuello, y disfonía de un mes de evolución, por lo que acude con medico fuera del Instituto Nacional de Cancerología (FINC), quien toma biopsia BAAF y envía a USG, con reporte de malignidad, motivo por el cual es referida al INCAN.

INCAN: Análisis:

- Paciente con obesidad mórbida
- BAAF derecha Bethesda IV
- BAAF Izquierda Bethesda V (**Cuadro Bethesda Tiroides 2017) Anexo 3. pág. 154-155.**

Plan:

Solicitan:

- Anticuerpos anti-tiroglobulina
- Perfil tiroideo
- Tiroglobulinas
- Placa de tórax PA simple (portero-anterior)
- Ultrasonido de cuello
- TAC cuello
- TAC tórax y mediastino

Citología de biopsia por aspiración (BAAF)

7.2. Descripción del caso.

8 de agosto 2018. USG de cuello, a exploración de las diferentes cadenas ganglionares con pérdida de la morfología habitual, lobulados, engrosamiento cortical y vascularidad periférica en niveles IB, III derechos, y IB, IIA, IIB, III, IV, VI izquierdos, los de menos tamaño y numero en el nivel VI izquierdo los cuales forman un conglomerado con dimensiones máximas de 20x20mm.

Impresión diagnóstica:

- Nódulos tiroideos bilaterales de alta sospecha de malignidad, por lo que sugieren BAAF.
- Adenopatías cervicales sospechosas de actividad metastásica en los niveles antes descritos.

18 de agosto 2018.TAC: Bocio tiroides a expensas de nódulos de alta sospecha correlacionados con USG del 8/08/2018.

6 de septiembre 2018.Cabeza y cuello.

Acude a resultados. El cual reporta tumor dependiente de lóbulo izquierdo fijo de 3cm de diámetro, conglomerado ganglionar izquierdo de 3cm de diámetro.

27 septiembre 2018.Nota de consulta externa:

- Con adenopatías palpables izquierdas, derechas no palpables.
- Nódulo tiroideo positivo.

18 octubre 2018: Nota de evolución:

- Acude a resultados: TSH:5.05, Tg 460 AC TPO 445
- BAAF el derecho (negativo) BAAF II izquierdo (carcinoma papilar).
- USG con datos de multifocalidad, con múltiples adenopatías bilaterales de sospecha. Llama la atención que refiere un conglomerado en nivel VI izquierdo.
- TAC. Adenopatías de sospecha de forma bilateral. Conglomerado nivel VI. Mediastino negativo.
- Signos y síntomas: Con disfagia y disfonía ocasional.

Noviembre 2019: No tuvo citas ni valoración en el INCan.

5 diciembre 2018. Post-Tiroidectomía Total cuello, disección radical modificada Rodete de muscular de esófago+ DSCB II-VB DSCB II-VB (Disección supraclavicular bilateral), + DCC (Disección conservadora de cuello), Rafia de esófago, rotación de esternocleidomastoideo. Con dos drenajes tipo Jackson-pratt en hemicuello derecho y uno en hemicuello izquierdo.

- Hallazgos quirúrgicos: Múltiples conglomerados bilaterales de predominio en cuello izquierdo el mayor tamaño de (2cm)
- Nivel central con presencia de conglomerado ganglionar de aproximadamente (3cm).
- Tiroides firmemente adherido a hemicuello izquierdo con infiltración de nervio laríngeo recurrente izquierdo y esófago, por lo que realizan rodete de músculo esofágico y rafia con colgajo de esternocleidomastoideo.

10 diciembre 2018. Es mi primer contacto con la Sra. Nadia se encuentra en su 5° día de post-operada, con herida quirúrgica limpia, dos biovac's en hemicuello derecho drenando secreción serohemático con un gasto total de 1200ml en 24 h y uno en hemicuello izquierdo drenando secreción serosa no fétida un total de 500ml en 24h, SNG a derivación con salida de líquido gastrobiliar 250 ml, se realizó estudio de bario, sin presencia de fuga por lo que inicia nutrición enteral. Con SNG con NET administrándose bolos distribuida en 6 tomas al día. Complemento fórmula polimérica baja en HCO1+Caseinato de calcio 20g con un aporte de 708 KT (12.3 Kcal/kg) 2000ml en 24 h + dieta licuada artesanal 1000Kcal+40g de proteínas. Paciente tolerando la dieta enteral por SNG,

Accesos venosos funcionales en miembro superior izquierdo y derecho, en infusión tramadol 200mg p/24 h en solución cloruro de sodio 100ml, tramadol 25mg como rescates o PRN, dynastat 40mg IV c/8h, paracetamol 1g IV c/8 h, gluconato de calcio 2g IV c/8h, calcitriol 1 tableta por SNG c/12 h. enoxoparina 40mg S.C. c/12h y levotiroxina 100mcg por SNG c/24 h. Abdomen globoso por abundante panículo adiposo depresible no doloroso a la palpación, peristalsis disminuidas borborigmo de 3 a 4 por minuto, sonda transuretral tipo Foley a derivación drenando orina ámbar (3200ml en 24h) sin presencia de evacuaciones. Se moviliza fuera de cama sin alteraciones.

A la deambulacion asistida con apoyo de familiar (cuidador primario madre) un Dowton de 4 puntos. Se egresa por mejoría el día 13/12/2018.

23 de diciembre se presenta al servicio de atención inmediata, por presentar fiebre de hasta 38.3 °C, así como dolor en cuello y náuseas, se le realiza punción en sitio de cicatriz en zona abultada, con obtención de 18 cc de pus, misma que se envía a cultivo, por lo que se ingresó a hospitalización a cargo del servicio de C y C (Cabeza y cuello), para tratamiento con esquema de antibiótico (vancomicina).

28 diciembre. Realizan incisión siguiendo cicatriz quirúrgica y realiza lavado en sitio de salida de material purulento.

2 de enero 2019. Presenta picos febriles nuevamente por indicación de infectología se suspende vancomicina (toxicidad renal) y se inicia Meropenem.

7 de enero 2019 nuevamente lavado quirúrgico.

12 de enero 2019, consulta en foniatria por disfonía severa, iniciando rehabilitación con ejercicios de relajación muscular en cuello, control y coordinación fono respiratoria, fonación, control de tonos vocales, técnica y postura de deglución, así como modificación de consistencia de alimentos.

20 de enero 2019. Presenta hiperreactividad bronquial atendida en el INER, tratada con budesonide inhalado.

8. Aplicación del proceso de enfermería.

8.1. Valoración exhaustiva (cefalocaudal 14 necesidades)

11 diciembre del 2018

1. Necesidad de oxigenación.

Paciente alerta Glasgow de 15 puntos hidratada, se escucha con disfonía, con apoyo de oxígeno en puntas nasales con saturación de oxígeno al 92%, al medio ambiente saturando al 88%. Campos pulmonares con adecuada ventilación espontánea, refiere disnea de forma ocasional, se observa con disnea de medianos esfuerzos que incrementa durante la deambulación asistida; refiriendo fatiga y debilidad generalizada. Frecuencia cardiaca de 98 lpm y tensión arterial de 120/99mmHg refiriendo leve cefalea, frecuencia respiratoria de 23 rpm, se auscultan ruidos vesiculares, con presencia de sibilancias, tos productiva con presencia de expectoraciones hialinas en escasa cantidad de difícil expectoración, en miembros pélvicos con un llenado capilar de 2" sin presencia de ingurgitación yugular, sin presencia de dolor precordial. No presenta datos de compromiso vascular, pulsos presentes.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

Mucosa oral deshidratada dentadura incompleta con presencia de caries dental, niega nauseas o vómitos, aunque si refiere presencia de pirosis, con dificultad para deglutir la saliva y expectorar secreciones. Con disminución del reflejo tusígeno.

Peso 112kg, talla de 1.64m, IMC: 41.64 kg/m² = Obesidad grado III (Según la OMS) Obesidad mórbida. 11/12/2018 con SNG (Sonda Naso-Gástrica) con NET (Nutrición Enteral Total) modalidad de bolos cada 6 h y con un complemento alimenticio de formula polimérica baja en HCO¹+Caseinato de calcio 20g + dieta licuada artesanal 1000 kcal + 40g de proteínas, niega nauseas o vómitos a la vía oral, habitualmente consume de todo refiere aberración por el picante y por alimentos a los que es alérgica, come 3 veces al día, niega etilismo; Abdomen globoso por abundante panículo adiposo depresible no doloroso a la palpación audible con un borborigmo de 4 a 5 por minuto; Glicemia capilar de 84mg/dl. Refiere que se está quedando con hambre.

3. Necesidad de eliminación.

11/12/2018 Con sonda urinaria tipo Foley a derivación drenando urésis color ámbar con un gasto en 24 h de 3200ml. 11/12/2018 A pocas horas del retiro de la sonda vesical, patrón urinario de 10 micciones en 24 h de aproximadamente 300ml por cada micción. De características amarilla clara sin presencia de tenesmo vesical o disuria. Con dos biovac en hemicuello derecho (1200ml en 24 h) y un biovac en

hemicuello izquierdo drenando gasto serohemático (500ml en 24 h). Refiere estreñimiento de 96 h de evolución escala Bristol de 1.

4.Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Nadia se observa en posición sedente, libremente escogida con cambios posturales constantes, escala Dowton de 3 puntos, refiere perdida del equilibrio durante la deambulación además de deambular en forma rígida tensando región de hemicuello bilateral, por lo que requiere deambulación asistida por 15 minutos (cuidador primario) miembros inferiores con edema (+). Escala de Barthel de 16 puntos, Karnofsky del 80% y ECOG de 1%.

5.Necesidad de sueño y descanso.

Mantiene vigilia durante el día. No utiliza fármacos para conciliar el sueño. Comenta que últimamente no ha dormido en sueño profundo debido al dolor ENA 7/10 que le ocasiona la herida quirúrgica, pero con los rescates de analgésico disminuye. No realiza ninguna actividad para relajarse antes de dormir. Y refiere que en las noches existe ruido y encienden las luces las enfermeras y eso le ocasiona dificultad para dormir y se despierta y le es difícil volver a conciliar el sueño y le ocasiona ansiedad e inquietud.

6.Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Por el momento usa camión/bata hospitalaria refiere que es incomoda ya que no cubre todo su cuerpo y la hace sentir pena con el personal masculino del INCan. Y de calzado usa sandalias o pantuflas. Habitualmente prefiere usar ropa cómoda, pants, tenis y sudaderas ya que es ropa más amplia que le da comodidad debido a su obesidad. Requiere de apoyo completo de su familiar para vestirse y desvestirse.

7.Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Cursa con temperatura de 37°C se ha reportado eutérmica sin fluctuaciones de picos febriles.

8.Necesidad de mantener la higiene corporal e integridad de la piel.

Realiza baño en regadera diariamente con apoyo de su cuidador primario (madre), lubrica e hidrata la piel, aseo bucal 2 a 3 veces por día. Escala de Braden de 16 puntos. Se observa herida quirúrgica en cuello de 13cm aproximadamente limpia con sutura íntegra, sin datos de exudado ni infección, cubierta con vendotes y apósito, con dos biovac en hemicuello derecho, y un biovac en hemicuello izquierdo drenando secreción serohemático no fétida.

9.Necesidad de evitar peligros.

Es una femenina adulta madura de 40 años de edad, alerta Glasgow de 15 puntos, orientada en sus tres esferas, con una escala Dowton 3 puntos. Sin deficiencias senso-perceptivas. Se observa confiada y en ocasiones reticente. ECOG DE 1%.

Menciona "Me siento triste y preocupada porque no sé qué va a pasar, tengo miedo de morirme y dejar solo a mi hijo" sic. En cuanto a su sexualidad, no es importante no es prioridad hasta ahorita.

Laboratorios de: Fosfatasa alcalina:163 UI/L, calcio 7.3mg/dl, fosforo 6 mg/dl, magnesio 1.51mg/dl, parathohormona 6pg/ml, albumina 3.5g/dl, ácido úrico 3.6 mg/dl. Pesa 112kg y mide 1.64cm

10.Necesidad de comunicarse.

Su comunicación es clara, aunque presenta disfonía. Manifiesta sentirse muy preocupada por su estado de salud. Tiene una adecuada relación con su familia, amigos y vecinos. En cuanto a la aceptación de su enfermedad, lo está asimilando ya que está llena de dudas del porque tiene cáncer, se siente triste preocupada por la incertidumbre de no saber que pasara, temor de morir por el cáncer y además porqué tiene un hijo (9 años de edad) el cual le preocupa.

11.Necesidad de vivir según creencias y valores.

Es de religión católica, asiste ocasionalmente a la iglesia solo por compromisos familiares, pero tiene mucha fe en Dios y confía en él sabe que todo esto que está pasando va a mejorar. Menciona que no necesita acudir a algún sitio religioso para sentir la presencia de Dios. Ella no siente que requiera de apoyo espiritual, su familia la apoya en todo.

12.Necesidad de trabajar y realizarse.

Nadia actualmente está desempleada, su padre que es mecánico es quien la apoya económicamente. Anteriormente ella se dedicaba al mantenimiento industrial, programador industrial cuenta con estudios técnicos en Mecatrónica. Refiere que su única limitación para laborar es actualmente su enfermedad, el trabajo que realizaba le permitía satisfacer sus necesidades y gastos sin embargo por el momento no cuenta con ingresos para cubrir sus gastos básicos ni el de su hijo. Espera mejoría en su salud para volver a trabajar y volver a sus actividades diarias.

13.Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.

En su tiempo libre prefiere pasarlo con su hijo, salir al cine, al parque disfrutar el tiempo que tiene a lado de su hijo porque desconoce si su enfermedad se complique más. No realiza ninguna actividad intrahospitalaria menciona que no son de su interés.

14.Necesidad de aprendizaje.

Conoce el motivo de su ingreso al INCAN, tiene preparación académica hasta el bachillerato con carrera técnica en mecánica. Desconoce todo lo referente a su enfermedad tiene muchas dudas de porque tiene cáncer de tiroides. Desea saber más sobre la enfermedad y quiere saber si esto avanzará, o mejorara y desconoce los grupos alimenticios y lo que aporta cada grupo refiriendo el deseo de saber que alimentos debe ingerir al padecer cáncer papilar de tiroides ya que tiene temor a realizarse una cirugía bariátrica, por lo que desea bajar de peso con dieta y ejercicio para no someterse a la cirugía bariátrica que recomendó el oncólogo.

Jerarquización de problemas.

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de evitar peligros
3. Necesidad de descanso y sueño
4. Necesidad de eliminación
5. Necesidad de creencias y valores.
6. Necesidad descanso y sueño
7. Necesidad de movilidad y postura.
8. Necesidad de aprendizaje

9. Plan de cuidados de enfermería.



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado



Instituto Nacional de Cancerología
Especialidad en Enfermería Oncológica
Formato de plan cuidados enfermería

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	11/12/2018			10:30am		5to piso cirugía				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Oxigenación	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> Saturación ambiental de 88%. Sibilancias Tos productiva de difícil expectoración Secreciones hialinas escasas. 			<ul style="list-style-type: none"> Manifiesta fatiga durante la deambulaci3n. Disnea de medianos esfuerzos y debilidad. 			<ul style="list-style-type: none"> Posoperada de tiroidectomía (seis días) Obesidad (IMC 41.64) 				
Diagn3stico: Intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno y acumulaci3n de secreciones M/P fatiga durante la ambulaci3n, disnea de medianos esfuerzos, cambios en la saturaci3n de oxígeno hasta 88 % sin apoyo suplementario, debilidad generalizada.										
Objetivo de la persona: No cansarme tanto al momento de caminar y respirar mejor.										
Resultado esperado: Mejorar la oxigenaci3n.										
Intervenciones	Acciones					Fundamentaci3n				
Manejo del estado respiratorio.	<ul style="list-style-type: none"> Oxígeno suplementario. (puntas nasales durante la ambulaci3n) Observar el movimiento torácico, valorar retracci3n de músculos intercostales y supraclaviculares. 					La funci3n principal del sistema respiratorio es mantener la concentraci3n de gases, oxígeno y dióxido de carbono en unos rangos				

	<p>Utilización de los músculos accesorios</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Valorar capacidad tusígena como tos falsa. 	que garanticen el estado homeostático del cuerpo.
<p>Permeabilidad de las vías aéreas. Manejo de la vía aérea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Colocar en posición sedente o fowler o decúbito lateral para facilitar la entrada y salida de aire. ✚ Aspiración de secreciones en caso necesario ✚ Fomentar el reflejo tusígeno (como la tos falsa). 	El manejo de la vía aérea, entendido como la realización de maniobras y la utilización de dispositivos que permiten una ventilación adecuada y segura para pacientes que lo (Janeth, 2017).
<p>Terapia Respiratoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Prescribir la realización de los ejercicios respiratorios (Espirómetros incentivada) y realizar fisioterapia pulmonar. ✚ Continuar promoviendo la deambulación por espacios cortos de 15 a 20 minutos, según tolerancia. 	<p>La espirometría incentivada es un componente de la terapia de limpieza bronquial. La espirometría incentivada está diseñada para estimular al paciente a realizar inspiraciones prolongadas, lentas y profundas</p> <p>Objetivos: - Incrementar la presión transpulmonar y los volúmenes inspiratorios, - Reducir o evitar las complicaciones pulmonares especialmente tras la c - Aumentar la expectoración de secreciones bronquiales.³⁷</p>
<p>Evaluación</p>	<p>En el área hospitalaria realizaba ejercicios respiratorios con ayuda del inspirómetro cada 4 h (o cuando se acordaba) y se capacitó a la familiar para dar fisioterapia pulmonar. Egresó a domicilio el día 13/12/2018 aun refiriendo disnea de medianos esfuerzos, pero con mayor deambulación y refiriendo que ya era menos su debilidad y fatiga. Saturando al 90% de FIO2 al medio ambiente.</p>	

³⁷ Sánchez C. N; Vega M. A. Procedimiento de Espirómetros incentivada, Manual de procedimientos de enfermería, Hospital Central Universitario Asturias. Enero 2011. [citado 2020/08/25]. Disponible en: <https://elaticodejulie.files.wordpress.com/2015/11/espirometria-incentivada.pdf>

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio		
Exhaustiva	11/12/2018	10:30a.m.	5to piso Cirugía.		
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería	Nivel de dependencia	
Evitar peligros	F.F	F.C	F.V	Ayuda	
				Acompañamiento	
				Suplencia	X
I	PD	D	DT	DP	
Datos objetivos		Datos subjetivos		Datos complementarios	
				<ul style="list-style-type: none"> SNG con NET modalidad de bolos cada 6 h y con un complemento alimenticio de formula polimérica baja en HCO1+Caseinato de calcio 20g + dieta licuada artesanal 1000 kcal + 40g de proteínas. Dificultad para deglutir la saliva y expectorar secreciones 	
Diagnóstico:					
Riesgo de aspiración r/c dificultad para deglutir la saliva y expectorar secreciones, alimentación enteral, y disminución del reflejo tusígeno.					
Objetivo de la persona:					
Resultado esperado: Evitar la asfixia y la aspiración.					
Intervenciones	Acciones			Fundamentación	
Precauciones para evitar la aspiración	<ul style="list-style-type: none"> Control respiratorio: Aspiración de las vías aéreas Fisioterapia torácica Identificar el reflejo tusígeno, y motivarla a realizar ejercicios de tos falsa. Precauciones para evitar la aspiración como: 			TIPOS DE ASPIRACION: Orofaringea y nasofaringea: Moviliza secreciones del tracto respiratorio superior. Endotraqueal: Mueve secreciones de la tráquea y bronquios.	

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Colocar en posición fowler o semifowler. ✚ Dar dieta en trozos pequeños ✚ Ingerir líquidos con popote ✚ Colocar al paciente en posición sedente o erguido mientras como esto evitara la aspiración ✚ El 12/12/2018 retiran sonda nasogástrica y suspenden NET, e inician dieta con líquidos claros a tolerancia gástrica 	<p>Aspiración significa que ingresan a las vías aéreas alimentos o líquidos. Provocando dificultad para respirar o infecciones pulmonares como neumonía.</p> <p>La aspiración es el aspecto más severo de la disfagia, definido como la entrada de líquidos o sólidos en las vías aéreas, debajo de las cuerdas vocales.</p> <p>Durante la aspiración debe de observarse la aparición de hipoxia, broncoespasmo, hemorragia, arritmias, reflejo vasovagal.³⁸</p>
Evaluación	Durante su estancia hospitalaria no se presentó algún problema de aspiración. Toleró los líquidos aunque refería disfagia.	

³⁸ Souza Oliveira Ana R, Sousa Costa Alice, Cândido Morais Huana C. Factores clínicos predictores del riesgo para aspiración y aspiración respiratoria en pacientes con accidente cerebrovascular. Marzo-abril 2015.Rev. Latinoamericana enfermagen.1-9 pág. [Citado octubre 22,2018].

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA.

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio	
Exhaustiva	11/12/2018	10:30am	5to.piso Cirugía.	
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería	Nivel de dependencia
Descanso y sueño	F. F	F. C	F. V	Ayuda x
				Acompañamiento
				Suplencia
I	PD	D	DT	DP
Datos objetivos	Datos subjetivos			Datos complementarios
<ul style="list-style-type: none"> Facies de dolor Inquietud ENA 7/10 puntos. 	<ul style="list-style-type: none"> Manifiesta que el dolor la pone de malas y se siente ansiosa. 			<ul style="list-style-type: none"> 6° día de Posoperada de tiroidectomía. Infusión intravenosa con 200mg de tramadol en 100ml de cloruro de sodio, y 50mg de tramadol en rescates.
Diagnóstico:				
Disconfort físico r/c dolor agudo de tipo somático ENA 7/10 puntos localizado en herida quirúrgica m/p facies de dolor, ansiedad e inquietud .				
Objetivo de la persona:				
Que este dolor disminuya pronto porque hace que no pueda caminar y me pone de malas.				
Resultado esperado:				
Disminuir el dolor que presenta Nadia a un ENA 3/10 puntos en la próxima media hora para mejorar su confort.				
Intervenciones	Acciones			Fundamentación
Manejo de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> Solución fisiológica 100ml + 200mg de Tramadol en infusión para 24 h. Rescates con tramadol 50mg. 			El tramadol ocupa el segundo lugar en la escalera analgésica como opioides débiles. Actúa como agonista puro, ejerce su acción analgésica al unirse a los receptores opiáceos mu, kapa y delta. Otro mecanismo que contribuye al efecto analgésico es ligándose a receptores monoaminérgicos, bloqueando la

		<p>recaptación de noradrenalina y serotonina.³⁹</p> <p>Administrar medicamentos según la escalera analgésica.</p> <p>El dolor es un síntoma frecuente en la evolución del cáncer, afectando a un 70% de los pacientes al largo de su enfermedad.</p> <p>La Internacional Association for the study of Pain (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir dolor.</p> <p>“Experiencia sensorial o emocional desagradable a un daño tisular real o potencial”⁴⁰</p>
Medidas no farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Aromaterapia ✚ Musicoterapia ✚ Masaje ✚ Terapia ocupacional (Sopa de letras, crucigramas, lotería) ✚ Terapia de relajación ✚ Risoterapia ✚ Las técnicas de estimulación que se utilizan son: Masaje superficial, presión /masaje , vibración, aplicación de hielo, aplicación de criolíquidos (mentol). 	<p>La naturaleza multidimensional del dolor requiere un modelo de intervención multifactorial que comprenda medidas psicoterapéuticas, y rehabilitadoras entre otras.</p> <p>El calor ayuda a disminuir dolor y espasmos musculares.</p> <p>El hielo ayuda a disminuir la inflamación y el dolor.⁴¹</p> <p>Las intervenciones no farmacológicas incluyen estrategias físicas y psicológicas para reducir el dolor se pueden utilizar como medida de primera línea y como auxiliar en</p>

³⁹ Ficha técnica de Tramadol CIMA julio 2018. [Citado 9 agosto 2019] 1-9 pág.

⁴⁰ Ciclo formativo UCPD. Segovia .Dolor definición y clasificación.2019,1-58pág.

⁴¹ Triaje. Enfermería ciudad real. Medidas no farmacológicas para controlar el dolor en cuidados paliativos, 4 abril 2018. [Citado 9 agosto 2019]. 1-4 pág.

		un tratamiento con varias modalidades. ⁴²
Evaluación	El dolor disminuye a un ENA de 3/10 después de 40 minutos posterior a la aplicación de analgésicos. Realizo terapia ocupacional con crucigramas. Y coloque aceites aromáticos (de menta y limón). Utilizamos un aparato para realizar masaje en espalda.	

⁴² Control del dolor e intervenciones no farmacológicas. [Citado 15 septiembre 2019].

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio							
Exhaustiva	11/12/2018	10:30 h	5to piso cirugía							
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Eliminación	F.F	F.C	F. V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> Peristalsis disminuida con un borborismo de 4 a 5 por minuto. Bristol de 1 			<ul style="list-style-type: none"> Pirosis Dificultad para defecar Estreñimiento de 92 hrs de evolución 			<ul style="list-style-type: none"> Tramadol en infusión 200 mg para 24 horas Deambula muy poco Abdomen globoso por abundante panículo adiposo. SNG con NET. 				
Diagnóstico:										
Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c nutrición enteral total licuada artesanal, régimen de tratamiento (Tramadol en infusión continua), poca actividad física m/p peristalsis disminuida borborismo de 4 a 5 por minuto, dificultad para defecar, Bristol de 1.										
Objetivo de la persona: Que me retiren ésta sonda para poder empezar a consumir alimentos y poder evacuar.										
Resultado esperado: Disminuir los riesgos de estreñimiento y evitar obstrucción intestinal.										
Intervenciones	Acciones			Fundamentación						
Control intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Monitorizar las defecaciones, la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. ✚ Medir perímetro abdominal preprandial y postprandial. ✚ Valorar presencia de diarrea, estreñimiento, meteorismo, náuseas y vómitos ✚ Auscultar peristaltismo. 			Los problemas de control intestinal pueden tener muchas causas, algunas de las más comunes son: diarrea, estreñimiento, daño o debilidad muscular, pérdida de la elasticidad del recto, hemorroides, prolapso rectal. ⁴³						

⁴³ NIH. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Lo que debe saber sobre el control intestinal, agosto 2013.

<p>Sugerir cambios en los hábitos alimenticios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sugerir cambios alimentarios y de vida, evitando el consumo de grasas saturadas y poliinsaturadas. Se dio trípico de Nutrición y beneficios del ejercicio. Apéndice 2: 158 a 161 pág. ✚ Ingerir ración de dieta recomendada por nutrición. ✚ Sugerir el incremento de líquidos (agua natural) 	<p>Los trastornos en el ritmo intestinal tienen una elevada prevalencia en la sociedad actual y se pueden presentar de modo distinto con una intensidad variable en personas de diferentes edades. Su etiología es variada, pero los hábitos dietéticos, factores ambientales, estados de ansiedad, estilos de vida, etc. son factores que influyen en su aparición o evolución por lo que debemos proporcionar una información adecuada sobre una dieta saludable que le brinde los requerimientos calóricos, proteínas, minerales cubra con las demandas de su organismo, estableciendo metas y realizar cambios de hábitos de poco a poco.⁴⁴</p>
<p>Equilibrio hídrico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Identificar datos de deshidratación ✚ Control de líquidos ✚ Medir Electrolitos séricos 	<p>Todas las células y los órganos dependen del agua, esta a su vez transporta nutrientes y oxígeno, controla la frecuencia cardíaca y la presión arterial, regula la temperatura corporal, lubrica las articulaciones, protege a los órganos y tejidos, crea saliva, y elimina desechos y toxinas. La diarrea, las náuseas, vómitos, y la fiebre pueden conducir a una deshidratación y por ende a un desequilibrio hidroelectrolítico. Datos de deshidratación: Sed extrema, hipotensión, taquicardia, fiebre, anuria por más de 8 horas, ojos hundidos, incapacidad para sudar o producir lágrimas, desorientación o confusión.⁴⁵</p>
<p>Manejo de la medicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Administrar fármacos tipo laxantes que favorezcan la eliminación fecal como: 	<p>Los laxantes son todos aquellos medicamentos que producen un aumento en el ritmo intestinal</p>

⁴⁴ NorthShore. Healthwise. Alimentación saludable: Cómo cambiar sus hábitos alimentarios,7-11-2018

⁴⁵ American Society of Clinical Oncology (ASCO) Deshidratación. Aprobado por la junta Editorial de Cáncer. Net 05/2018.

	<p>lactulax o senosidos ab, anara, enemas evacuantes, supositorios, preparados salinos orales.</p> <p>✚ Administrar fármacos procinéticos y antieméticos que favorezcan el tránsito intestinal como: Metoclopramida, cisaprida.</p>	<p>generado con mayor frecuencia de las deposiciones, aumentan la movilidad de los músculos de la pared intestinal.⁴⁶</p> <p>Los fármacos procinéticos son medicamentos utilizados para mejorar el tránsito intestinal, mejorar la velocidad del vaciado y la función de los esfínteres. Ayudan para las náuseas, y síntomas asociados con dispepsia.</p>
Evaluación	<p>El día 12/12/2018 retiran SNG (Sonda Nasogástrica) por indicación médica. Se valoró condiciones abdominales encontrando peristalsis audible, un perímetro abdominal de 135cm. Sin presencia de evacuación. Inician dieta líquidos claros con dificultad para deglutir. Se egresó con tratamiento para el estreñimiento (anara) 7ml cada 12 h, o en caso de nula evacuación.</p>	

⁴⁶Divins María-Josep. Laxantes objetivo: regularidad. Catálogo de especialidades farmacológicas, Madrid, Vol.18 Julio-agosto 2004. [Citado 15 septiembre 2019]. 1-6 pág

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio							
Exhaustiva	11/12/2018	10:30 a.m.	5to piso Cirugía.							
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Creencias y valores	F.F	F.C	F.V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
			<ul style="list-style-type: none"> Manifiesta sentirse muy preocupada por su estado de salud. Se siente triste preocupada por la incertidumbre de no saber que pasara Temor a morir a causa del Cáncer papilar de tiroides. Expresa ¡Me siento triste y preocupada porque no sé qué va a pasar, tengo miedo de morirme y dejar solo a mi hijo! 			<ul style="list-style-type: none"> Cáncer de tiroides papilar 				
Diagnóstico:										
Ansiedad ante la muerte r/c incertidumbre sobre el pronóstico y crisis situacional m/p miedo a morir durante la cirugía bariátrica, y a causa del cáncer papilar de tiroides, preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas.										
Objetivo de la persona: No me quiero morir. Sic paciente.										
Resultado esperado: Intervenir de manera que logre despejar dudas para mejorar sus conocimientos ayudándola a canalizar sus energías para mejorar sus duelos.										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Apoyo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la perdida Fomentar la expresión de sentimientos Fomentar la identificación de los miedos más profundos Apoyo espiritual y emocional para Nadia y su familia. Control del estado de ánimo. 					<p>El sufrimiento es una experiencia común en toda la humanidad que no podemos confundir con el dolor, siendo éste físico.</p> <p>Para Levinas “supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser” Casel lo define como: El estado de malestar inducido por la amenaza o pérdida de</p>				

		integridad o desintegración de la persona” Es una experiencia de límite tanto moral como existencial, mental ,religiosa social o política. ⁴⁷
Identificar la aceptación del estado de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Reconoce la realidad de la situación de salud (P.ej: Esta consciente que tiene cáncer y obesidad) ✚ Toma decisiones relacionadas con la salud. <ul style="list-style-type: none"> ○ (Desea que a su egreso realizará ejercicio porque piensa bajar de peso lo más pronto posible)(Comenta que acudirá a sus interconsultas) 	<p>Este proceso de afrontamiento es similar al duelo cuando perdemos a un ser querido, porque la enfermedad crónica provoca la pérdida de nuestra tan codiciada salud. La Dra. Elizabeth Kubler – Ross ha identificado las cinco etapas de ajuste a medida que aprendemos a aceptar una enfermedad crónica.</p> <p>Etapas del duelo: Duelo, ira, negociación, depresión, aceptación. El duelo normal se puede presentar en el paciente o en los familiares antes de la muerte, cuando ésta se percibe como inevitable. (duelo anticipado).En general el duelo agudo se caracteriza por una gran intensidad emocional</p>
Facilitar el duelo	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Escuchar sus expresiones de duelo ✚ Identificar la fase de duelo en la que se encuentra Nadia. ✚ Identificar las creencias sobre su salud e identificar la amenaza percibida 	<p>La palabra duelo proviene del latín dolus que significa dolor, desafío o combate entre dos, mientras luto proviene de lugere que quiere decir llorar. El duelo es necesario y cumple una función de adaptación a una realidad completamente nueva, permitiendo a este enfrentarse. El duelo es un periodo de crisis, un estado de choque en todo el organismo que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas. En unos casos pueden tratarse de alteraciones somáticas de las que la persona no se sabe portadora y que aparecen o se</p>

⁴⁷ Muñoz Devesa Aarón. La enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Facultad de Enfermería, UCAM. Murcia, España. Centro de humanización de la salud. Índex. El Scielo 2014.1-4pág.

		agravan durante el (Vicente.R.R.Rocio., 2013)
Evaluación	Egresada a domicilio más tranquila se le recomienda consulta con psicología, refiriendo que por el momento no desea acudir a psicooncología hasta asimilar adecuadamente su enfermedad, por el momento le interesa documentarse sobre la enfermedad que padece y estar en buenas condiciones para recibir el lodo 131.	

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio								
Exhaustiva	11/12/2018	10:30am	Cirugía 5to.piso								
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia						
Descanso y sueño	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	D	DP	
				Acompañamiento							
				Suplencia							
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios					
<ul style="list-style-type: none"> Dolor en herida quirúrgica ENA 7/10 puntos. 			<ul style="list-style-type: none"> Refiere que no ha dormido en sueño profundo debido al dolor que le ocasiona la herida quirúrgica 			<ul style="list-style-type: none"> Posoperada de tiroidectomía (3 días) Obstáculos del entorno (ruido ambiental, exposición a la luz). 					
Diagnóstico:											
Patrón del sueño alterado r/c malestar físico, dolor en herida quirúrgica ENA 7/10 puntos, obstáculos del entorno (ruido ambiental, exposición a la luz y entorno no familiar) m/p despertar sin haberlo propuesto y sensación de no haber descansado.											
Objetivo de la persona:											
Poder dormir y que disminuya el dolor.											
Resultado esperado: Fomentar el descanso para que logre dormir y descansar adecuadamente.											
Intervenciones	Acciones					Fundamentación					
Tratamiento farmacológico para control del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Administración de medicamentos (tramadol 200 mg en IC (Infusión Continua) P/24 hrs.) 					El dolor afecta negativamente las funciones corporales, causando e intensificando los trastornos del sueño, disminuyendo el apetito limitando las capacidades de ejercicio y actividad física y las relaciones sociales. La elección del tratamiento farmacológico la determina el médico de una manera individualizada, teniendo en cuenta las					

		características del dolor como la intensidad. ⁴⁸
Mejorar el sueño.	<ul style="list-style-type: none"> + Fomentar siestas en el transcurso del día, con ciclos de sueño de 60 a 90 minutos. + Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, agrupando las actividades de enfermería para minimizar el número de despertares. + Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, como técnicas para favorecer el sueño que pudieran incluir el uso de un antifaz, unos tapones para los oídos, o el uso de audífonos con música relajante. 	El sueño es un periodo de inconsciencia durante el cual el cerebro permanece sumamente activo. Es un proceso biológico complejo que ayuda a las personas a procesar nueva información, a mantener saludables y a rejuvenecer. Durante el sueño, el cerebro pasara por ciclos de 5 fases, 1,2,3,4 y el sueño de movimientos oculares rápidos (REM). Un sueño inadecuado contribuye, en el corto plazo, a tener problemas de aprendizaje y procesamiento de la información y puede tener un efecto dañino para el bienestar y la salud a largo plazo. (Eunice., 2019)
Relajación muscular progresiva .	<ul style="list-style-type: none"> + Indicar al paciente que respire profundamente y que expulse lentamente el aire y con ello la tensión + Animar al paciente a que practique esta técnica de relajación en los momentos de más tensión + Brindarle masajes alrededor del cuello (omoplatos), en los miembros superiores e inferiores durante 10 a 15 minutos con un aceite o una crema a relajante. 	Los trastornos de ansiedad son trastornos mentales más comunes. La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente,

⁴⁸ Sociedad Española de Oncología Médica. (SEOM) Oncovida.El dolor en el paciente oncológico.09 octubre 2015 [Citado 12 julio 2019],1-7pág.

		la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia. ⁴⁹ .
Evaluación	Continúa con dificultad para conciliar el sueño profundo. El ambiente hospitalario le genera estrés y espera que mejore su patrón del sueño al llegar a casa.	

⁴⁹ Centro nacional de excelencia tecnológica en salud. Guía práctica clínica GPC. Diagnósticos y tratamientos de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y recomendaciones, catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS392-10. México, Secretaria de salud 2010. [Citado 16 septiembre 2019] 1-64 pág.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio							
Exhaustiva	11/12/2018	10:30am	5to.piso Cirugía.							
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería			Nivel de dependencia				
Movilidad y postura.	F.F	F.C	F.V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos	Datos subjetivos						Datos complementarios			
<ul style="list-style-type: none"> Alteración en la marcha (camina de manera rígida) Dificultad para girarse Movimientos lentos 	<ul style="list-style-type: none"> Refiere que al caminar le duele 						<ul style="list-style-type: none"> Diseción radical modificada + rodete muscula de esófago, DSCB II – VB, DCC, rafia de esófago,+ rotación de esternocleidoma stoideo. 			
Diagnóstico:										
Deterioro de la movilidad física R/C rigidez muscular (procedimiento quirúrgico disección con rodete de esternocleidomastoideo) M/P alteración de la marcha, facies de dolor, dificultad para girarse, movimientos lentos										
Objetivo de la persona:										
Que esta rigidez disminuya pronto para que pueda caminar y voltear sin problemas .										
Resultado esperado:										
Favorecer la fuerza muscular y disminuir la rigidez del cuello										
Intervenciones	Acciones						Fundamentación			
Terapia física para el cuello.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Elongación: Inclinar la cabeza lentamente de derecha a izquierda durante 15 segundos. ✚ Rotación: Durante 15 segundos, rotar la cabeza de derecha a izquierda tratando de tocar el pecho con la pera. ✚ Repetir otros 15 segundos comenzando de izquierda a derecha. ✚ Rotación de hombros: Con los brazos extendidos hacia abajo y pegados al cuerpo, subir y bajar los hombros de manera circular durante 15 segundos. 						Ejercicios Para el Cuello después de la Cirugía: El objetivo de estos ejercicios es mejorar el movimiento y la movilidad de su columna cervical (cuello) después de la cirugía. Los ejercicios son importantes para prevenir la rigidez y			

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Elongar brazos: Al finalizar la rutina, tomar por detrás de la cabeza el codo derecho con la mano izquierda y presionar hacia abajo. Luego, realizar el mismo movimiento tomando el codo izquierdo con la mano derecha, por 15 segundos cada brazo. Al terminar, extender el brazo derecho sobre el pecho en dirección al hombro izquierdo y traccionar con el brazo izquierdo en forma de palanca, pasando por debajo del brazo extendido. ✚ Repetir acción con el brazo izquierdo y mantener ambas posiciones por 10 segundos cada una. ✚ Elongar al despertar: Una manera de prevenir o aliviar un incipiente dolor de cuello, consiste en cada día al despertar realizar "movimientos libres de cabeza y cuello en todos planos de movimiento: Círculos, inclinaciones, rotaciones, flexiones y extensiones". 	<p>disminuir el dolor después de la cirugía.</p> <p>Los ejercicios involucran flexionar (flexión y extensión) y rotar (giro izquierda y derecha) su cuello. Para obtener los mejores resultados.</p> <p>⁵⁰</p>
<p>Valoración del especialista en rehabilitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Se le invita a que acuda al servicio de rehabilitación física. ✚ Solicita una interconsulta a rehabilitación. ✚ Se agrega plan de ejercicios para el cuello. Apéndice 5. Folleto de ejercicios de deglución. 175 pág. 	<p>La idea de la rehabilitación física está vinculada al tratamiento que desarrolla la persona para recobrar la condición o el estado que perdió a causa de una enfermedad u otro tipo de trastorno de salud.</p> <p>De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación busca la restitución de las capacidades de un paciente minusválido. La finalidad es que la persona tenga una vida autónoma, dependiendo en el menor grado posible de los demás.</p>

⁵⁰ Desarrollado por NMH Orthopedic surgery. Abril 2018 Northwestern memorial HealthCare. [Citado 11 octubre 2019].

		51
Evaluación	Nadia inicio la terapia de ejercicios al siguiente día, reconociendo la importancia de realizarlos para el beneficio de su salud.	

⁵¹ Pérez Porto Julián. Definición de la rehabilitación. Publicado 2014.Actualizado 2015. [Citado 13 octubre 2019]

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio			
Exhaustiva	11/12/2018	10:30am	5to piso Cirugía			
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería	Nivel de dependencia		
Aprendizaje	F. F	F.C	F. V	Ayuda	x	
				Acompañamiento		
				Suplencia		
I	PD	D	DT	DP		
Datos objetivos		Datos subjetivos			Datos complementarios	
		<ul style="list-style-type: none"> Desconoce todo lo referente a su enfermedad Desea saber más sobre la enfermedad y quiere saber si esto avanzará Menciona desconocer que alimentos debe ingerir al padecer cáncer papilar de tiroides ya que tiene temor a realizarse una cirugía bariátrica, por lo que desea bajar de peso con dieta y ejercicio para no someterse a la cirugía bariátrica 			<ul style="list-style-type: none"> El médico Oncólogo sugiere cirugía bariátrica en cuanto se recupere Peso corporal 112 kg. 	
Diagnóstico:						
Disposición para mejorar los conocimientos m/p expresa su deseo de mejorar la alimentación.						
Objetivo de la persona: Deseo saber que alimentos debo consumir ahora que tengo cáncer de tiroides.						
Resultado esperado:						
Que adquiera conocimientos reconozca nuevos hábitos alimenticios que le permitan perder peso.						
Intervenciones	Acciones			Fundamentación		
Facilitar el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> Se proporcionó información ajustándola acorde a su nivel de conocimientos y grado de comprensión de la paciente. Apéndice 5, 173-174pág. Se incluye a la familia (cuidador primario) en el aprendizaje. Evalué la comunicación paciente y cuidador (madre) 			Aprendizaje cognitivo: La RAE define aprender como adquirir el conocimiento de algo por medio del estudio o de la experiencia. Por otro lado "cognitivo" hace referencia a la "cognición" que define la capacidad del ser humano para conocer por medio de la percepción y		

		<p>los órganos del cerebro. El concepto de aprendizaje cognitivo define los procesos que intervienen durante el proceso de información, que van desde la entrada sensorial, pasan por el sistema cognitivo y llegan hasta la respuesta producida.</p>
<p>Enseñanza: dieta prescrita</p>	<p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Explicar el propósito de la dieta ✚ Se proporcionó información sobre los grupos de alimentos y un folleto de una dieta adecuada a sus necesidades fisiológicas. (Apéndice 2: Tríptico de Recomendaciones para equilibrar la nutrición y beneficios del ejercicio para bajar de peso 158 a 161Pág). <p>Se gestiona el apoyo del servicio de nutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Quiénes proporcionan un plan alimenticio adecuado a sus necesidades. ✚ Se le enseñó las porciones de alimentos que debe comer, y los que debe evitar por alto valor calórico y baja en yodo, por lo que se estableció un plan alimenticio. ✚ Se le informó con claridad del objetivo del plan nutricional. </p>	<p>El aprendizaje, es un conocimiento de cada situación, de cada persona y de cada entorno en que nos podamos encontrar.</p> <p>Cada persona aprende de diferente manera, velocidad, curiosidad e incluso interés que otras. Las vías de aprendizaje más importantes son la: audición, visual, kinestésica, multimodal y escrita.⁵²</p> <p>La repercusión de una Unidad de Terapia Nutricional con un enfoque multidisciplinario en hospitales de segundo y de tercer nivel ha demostrado, en diversos centros hospitalarios, disminuir el gasto de recursos de algunas áreas de atención médica porque reduce días de estancia intrahospitalaria y en la Unidad de cuidados Intensivos .Disminuye el número de</p>

⁵² Chevrier Catalina A. Estilos de aprendizaje. Disponible:www.estrategiasdeaprendizaje.com [Citado 19 octubre 2019]. 1-6 pág.

		<p>reingresos de los pacientes crónicos.⁵³</p> <p>El cáncer causa profundas alteraciones metabólicas y fisiológicas que afectan las necesidades nutricionales de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas y minerales. Los tratamientos antitumorales como la cirugía, la radiación y la quimioterapia, tienen un gran impacto sobre las necesidades nutricionales, alteran los hábitos de comidas, y tienen un efecto adverso sobre la forma en que nuestro organismo digiere, absorbe y aprovecha los alimentos ingeridos. A esto se le unen los efectos secundarios producidos por estos tratamientos, como anorexia, saciedad prematura, cambios en el gusto y en el olfato, náuseas, vómitos , etc.⁵⁴.</p>
<p>Enseñanza de actividades físicas</p>	<p>Se gestiona el apoyo del servicio de rehabilitación física:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Le explican la rutina de ejercicios que podrá realizar (caminar por 45 minutos, ejercicios de bajo impacto) ✚ Proporcioné un plan de actividad física con la colaboración de rehabilitación. ✚ Supervise la realización de ejercicios durante su estancia hospitalaria. 	<p>La realización de actividades físicas de intensidad moderada durante 30 minutos al día, reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer de colon y mama. El fortalecimiento muscular y los ejercicios de equilibrio pueden reducir caídas y mejorar la movilidad.⁵⁵</p>

⁵³ Casas Robles M y Vargas Rodríguez Nutrición especializada: el enfoque multidisciplinario de la terapéutica nutricional actual. Artículo en revisión. Medicina Interna de México. Vol.29.1 enero-febrero 2013.48-52pp.

⁵⁴ Alimentación y Cáncer. Prevención y tratamiento.

⁵⁵ Roldan Eduardo, Rendón D. Propuesta de prescripción del ejercicio en obesos. Revista Politécnica,5 junio 2013.Número 9, 75-84 pp.

Evaluación	Se mantiene en control de dieta y control de peso. Se mantuvo contacto vía telefónica manifestando que ha logrado bajar 10 kg de peso con la dieta y el ejercicio después de un mes.
-------------------	--

10. Plan de Alta



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado



Instituto Nacional de Cancerología
Especialidad en Enfermería Oncológica

PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Nadia G.H Fecha de Egreso: 13/12 /2018.

1.- Orientación sobre actividades que el familiar responsable debe realizar:

- ✚ Llevar a Nadia a sus consultas
- ✚ Motivar a Nadia a ejercitarse
- ✚ Motivar a Nadia a llevar a cabo su dieta para favorecer a la pérdida de peso
- ✚ Sugerir ejercicio de 45 minutos a 60 minutos.

2.- Orientación dietética:

- ✚ Control de peso: Peso actual: 112kg (Según OMS Obesidad grado II)
Talla: 1.64cm
- ✚ Dieta de 1500 kcal, 55 % de HCO, 20% de proteínas y 25% de lípidos baja en grasas saturadas y baja en azúcares simples
- ✚ Dieta fraccionada en 5tos
- ✚ Bajo consumo de frutas y verduras. No consume de leche, ocasiona flemas y presencia de aftas.
- ✚ Nutrición explicó sobre equivalencias y sobre la dieta.
- ✚ Sugerir la ingesta de agua de 1.5 a 2 litros de agua al día.

3.- Medicamentos indicados:

Fármaco	Dosis	Frecuencia	Vía
Levotiroxina	100mcg	C-24 h.	Oral
Caltrate	4g	C-8 h	Oral
Calcitriol	1g	C-12 h	Oral

4.- Registro de signos y síntomas de alarma Identificar datos de alarma como:

- ✚ Fiebre de 38°C o más.
- ✚ Presencia de disnea

- ✚ Datos de infección en la herida quirúrgica (salida de líquido fétido amarillo), que la herida se observe roja, se palpe caliente y con salida de exudados.
- ✚ Valorar datos de descompensación hemodinámica (Hipotensión mareo, náuseas, taquicardia).
- ✚ Valorar datos de hipertensión arterial de más de 140/90mmHg, taquicardia.

5.- Cuidados especiales en el hogar

Se proporcionó tríptico sobre manejo de los drenajes Jackson-pratt **Apéndice. 1 pág.156-157.**

- ✚ Educación sobre el baño en regadera
- ✚ Educación sobre la curación de la herida (Lavar con agua corriente o herida a temperatura ambiente con jabón neutro con uso de gasas limpiando la herida de arriba abajo sin regresar la gasa para evitar propagar la infección. Enseñándole los principios de asepsia y antisepsia.
- ✚ Enjuagar la herida con agua hervida, y secar con una toalla blanca limpia y seca (de uso exclusivo de Nadia) solo para secar la herida.
- ✚ Secar esponjando la herida evitando fuertes tallones

6.- Fecha de su próxima cita: 04/04/2019 para Iodo 131.

7. Se da folleto sobre el Iodo 131.

Nombre del alumno: Fátima Juquila Orozco Pacheco.

11. Primer seguimiento de caso

El 21/12/2018. Acude al Servicio de atención inmediata por presentar picos febriles de 38.6°C, de 24 horas de evolución, a la exploración física se observa con diaforesis, taquicardia 110 lpm, malestar general, cefalea, y presencia de colección en sitio de herida quirúrgica el cual es drenado obteniéndose 18 ml de pus, se envía líquido a cultivo. Se brinda tratamiento con ciprofloxacino/ clindamicina por 3 días y se da de alta.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora		Servicio						
Focalizada	21/12/2018	11:00 am		5° piso						
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Evitar peligros	FF	F. C	F. V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos		Datos subjetivos				Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> Fiebre 38.6°C Taquicardia 110 lpm Diaforesis Cefalea de predominio frontal con un ENA 5/10 puntos 		<ul style="list-style-type: none"> Refiere: malestar general. 				<ul style="list-style-type: none"> Colección de material purulento en sitio de herida quirúrgica 13 días de posoperada 				
Diagnóstico: Ansiedad r/c fiebre 38.6°C m/p taquicardia 110 lpm, diaforesis, malestar general, cefalea de predominio frontal con un ENA 5/10 puntos.										
Objetivo de la persona: Que disminuya mi fiebre y desaparezca esta infección.										
Resultado esperado: Planificar acciones que colaboren a la disminución de la fiebre de Nadia a valores de 37° C, y el proceso infeccioso.										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Manejo farmacológico de la fiebre	 Administración de antipirético (Paracetamol 1g) vía intravenosa.				El centro regulador de la temperatura se encuentra en el hipotálamo, consta de 2 centros y funciona					

<p>Manejo de medios físicos</p> <p>Manejo de antibioticoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Control térmico por medios físicos (hielo en axilas, abdomen y frente) ✚ Baño en regadera con agua tibia. ✚ Administración de ciprofloxacino 500mg cada 8 h. y Clindamicina 600mg C/6 h. 	<p>como un termostato. La fiebre es un síndrome y tiene como manifestación el aumento de temperatura del organismo, la causa es la alteración de los centros reguladores del bulbo.⁵⁶ Se conoce como hipertermia o fiebre a la excesiva elevación de la temperatura corporal, asociada a una respuesta inflamatoria, el hipotálamo responde a esas señales químicas produciendo prostaglandinas⁵⁷</p>
<p>Regulación hemodinámica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Realizar una valoración exhaustiva del estado hemodinámico (Presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos periféricos, PVC). ✚ Se logró control de la temperatura a 37.4°C, y Frecuencia cardíaca en 92 lpm, y una saturación de oxígeno de 90%. ✚ Reconocer presencia de signos indicativos de compromiso del sistema hemodinámicos (disnea, disminución de la capacidad de realizar ejercicio, ortopnea, fatiga intensa, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones). ✚ Determinar el estado de perfusión 	<p>El sistema cardiovascular consta de tres elementos clave: una bomba, un tubo y un fluido. La bomba propulsa el fluido, y el tubo lo distribuye y lo recoge. El sistema actúa como un circuito cerrado, con un flujo de sangre anterógrado dependiente del sistema arterial, y un flujo de retorno al corazón que corresponde al retorno venoso. La presión arterial es la fuerza que permite que el flujo de sangre desde la bomba cardíaca hasta los tejidos periféricos a través del sistema circulatorio. La presión arterial media depende principalmente del gasto cardíaco y de la resistencia vascular sistémica, de acuerdo a la</p>

⁵⁶Cabrera Montesinos Rafael. Método físico para regulación de la temperatura corporal. Rev. cubana de enfermería.2017.

⁵⁷ Ramón-Romero Fidel. La fiebre. Artículo de revisión. Vol.57 citado [julio-agosto 2014].

		relación entre flujo, presión. ⁵⁸
Evaluación	Se controla la temperatura a 37 °C, y se brinda tratamiento profiláctico para el control del proceso infeccioso, se da de alta a domicilio por mejoría.	

⁵⁸ Tapia Olarte Fernando, Martínez Marroquí Martha Yolanda, Molier Aceves Virginia. Guía técnica para capacitar al paciente con hipertensión arterial. Cortesía de MSD línea cardiovascular. México, actualización 2016. [citado 22 octubre 2019]. 1-38 pág.

El 24/12/2018. Acude al Servicio de atención inmediata por recurrir con picos febriles de 38.5°C por lo que realizan lavado quirúrgico encontrando 5ml de pus y ajustan antibiótico a Vancomicina, por fiebre y bacteriemia. Posteriormente agregan Meropenem y suspenden Vancomicina por falla renal. Se hospitaliza en el 5° piso.

02/01/2019 resultado de hemocultivo, valoran presencia de colección en región de herida quirúrgica, con importante edema en tejidos blandos e infección de sitio quirúrgico por S. anginosus pan susceptible.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora		Servicio						
Focalizada	2/01/2019	11:00 am		5° piso						
Necesidad alterada	Fuente de dificultad	Cuidado básico de enfermería			Nivel de dependencia					
Evitar peligros.	F F X	F. C	F. V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos		Datos subjetivos			Datos complementarios					
<ul style="list-style-type: none"> Fiebre Bacteriemia Taquicardia 120 lpm 		<ul style="list-style-type: none"> Refiere disnea 			<ul style="list-style-type: none"> Tiempo excesivo de recuperación. Atelectasia basal izquierda sin datos de mediastinitis. Antecedente de colección de herida quirúrgica extrayendo (18ml material purulento). 					
Diagnóstico:										
Retraso en la recuperación quirúrgica r/c infección del sitio quirúrgico y bacteriemia m/p pico febril, taquicardia, disnea, atelectasia basal izquierda sin datos de mediastinitis, colección en herida quirúrgica (18ml de material purulento).										
Objetivo de la persona: ...										
Resultado esperado: Lograr mejoría y/o estabilidad en su estado de salud.										
Intervenciones	Acciones			Fundamentación						
Control de infecciones.	 Poner en práctica precauciones estándar.			Las infecciones de herida quirúrgica son causa importante de morbilidad, manifestándose estas como						

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Instruir a Nadia sobre el adecuado lavado de manos. ✚ Administración de (Antibiotioterapia) con Ciprofloxacino/ Clindamicina ✚ Realizan lavado quirúrgico encontrando 5ml de pus realizando ajustes de antibiótico a Vancomicina, por fiebre y bacteriemia. 	<p>dehiscencia, drenaje purulento y fiebre. Una herida quirúrgica es la interpretación de la integridad de la piel en el ámbito de la intervención de un profesional sanitario, guardando medidas de asepsia y antisepsia, con objetivos terapéuticos y/o reparadores. Las heridas cicatrizan por si mismas rápidamente y sin complicaciones, aunque hay factores locales, y a nivel general, que van a afectar la cicatrización.</p> <p>La importancia de la infección radica en las complicaciones que pueden surgir, tanto a nivel local (dehiscencia de la sutura, absceso, fístulas, celulitis) como a nivel sistémico (septicemia). Las infecciones de la herida quirúrgica contribuyen significativamente a la morbilidad asociada a procedimientos quirúrgicos.⁵⁹</p>
<p>Curación de la herida quirúrgica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Deberá de lavar sus manos antes de curar la herida quirúrgica y después de curarla. ✚ No debe tocar la herida abierta a menos que sea con guantes, pero de preferencia un especialista. ✚ Toda herida quirúrgica deberá de ser evaluada por el riesgo de infección, tendiendo a mantener la herida seca y sin la utilización de apósitos húmedos. 	<p>La infección es la complicación más frecuente de los procedimientos quirúrgicos. Es importante destacar que la disminución del número de infecciones en cirugía no depende exclusivamente del uso de antibióticos, sino que deben cumplirse sino que deben complicarse adecuadamente las técnicas de asepsia y antisepsia.</p>

⁵⁹ Rodríguez Valiente Antonio, Segovia Gómez Teresa. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello. Una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. Otorrinolaringólogo. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario. Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. 2014. 81-89pág.

<p>Regulación hemodinámica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Realizar una valoración exhaustiva del estado hemodinámico (Presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos periféricos, PVC). ✚ Reconocer presencia de signos indicativos de compromiso del sistema hemodinámicos (disnea, disminución de la capacidad de realizar ejercicio, ortopnea, fatiga intensa, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones). ✚ Determinar el estado de perfusión 	<p>El sistema cardiovascular consta de tres elementos clave: una bomba, un tubo y un fluido. La bomba propulsa el fluido, y el tubo lo distribuye y lo recoge. El sistema actúa como un circuito cerrado, con un flujo de sangre anterógrado dependiente del sistema arterial, y un flujo de retorno al corazón que corresponde al retorno venoso.</p> <p>La presión arterial es la fuerza que permite que el flujo de sangre desde la bomba cardíaca hasta los tejidos periféricos a través del sistema circulatorio. La presión arterial media depende principalmente del gasto cardíaco y de la resistencia vascular sistémica, de acuerdo a la relación entre flujo, presión y (Sánchez., 2019)</p>
<p>Evaluación</p>	<p>Alta del servicio de infectología el día 16/01/ 2019 por mejoría.</p>	

12/03/2019. Nadia acude por primera vez al servicio de foniatría para valoración del estado actual de las cuerdas vocales por presentar: disfonía severa con 6 meses de evolución, refiere disfagia esofágica niega datos de aspiración. Inicia rehabilitación en la cual se trabajan ejercicios de relajación muscular del cuello, control y coordinación fono respiratorio, fonación, control de tonos vocales técnica y postura de deglución.

24/04/2019. Paciente alerta cooperadora que refiere disfonía severa, no refiere datos de aspiración, comenta que desearía hablar bien como lo hacía antes de la cirugía, esta situación actual de salud le produce ansiedad. Acude a terapia para rehabilitación de voz en la que trabaja ejercicios de relajación muscular en cuello y coordinación fono respiratorio.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Focalizada	24/04/2019			14:00h.		Foniatría.					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería			Nivel de dependencia				
Valores y creencias	F. F X	F.C	F. V	Ayuda	x		I	P D	D	D T	D P
				Acompañamiento							
				Suplencia							
Datos objetivos		Datos subjetivos					Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> Disfonía severa 		<ul style="list-style-type: none"> Disfagia esofágica severa 					<ul style="list-style-type: none"> Valoración por servicio de foniatría. 				
Diagnóstico:											
Baja autoestima situacional r/c situación actual de salud, disfonía y disfagia esofágica m/p ansiedad, y desamparo.											
Objetivo de la persona:											
Poder hablar como antes y estar bien.											
Resultado esperado:											
Aumentar la autoestima de Nadia, y trabajar con ella en la rehabilitación foniátrica y deglutoria											
Intervenciones	Acciones					Fundamentación					
Acompañamiento	 Acompañarla a realizar las terapias que le propuso Foniatría para la deglución					Los seres humanos necesitan comunicarse para					

	<p>(maniobra de Masako) se envían ligas de internet para reforzar con videos los ejercicios. https://www.youtube.com/watch?v=Ugo0LzIVhHs También se trabaja (maniobra de Mendelssonh). ✚ Se trabaja con ella lo ejercicios repitiendo los mismos y se da folleto de ejercicios de deglución. Apéndice 5 pág.175.</p>	<p>intercambiar ideas, pensamientos, sentimientos, emociones y actitudes. La comunicación no solo se trata de una necesidad social, sino que las personas necesitan escuchar y ser escuchadas para hacer frente a todas las dimensiones que les configuran. La maniobra de Masako facilita el movimiento de la base de la lengua, facilita el paso del bolo por la faringe hacia el esófago. Evita la acumulación de residuos en la vallécula. La maniobra de Mendelssonh: Facilita el ascenso laríngeo para que la faringe gane su espacio, facilitando la apertura.</p>
<p>Escucha activa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación ✚ Escuchar por si hay mensajes o sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación. ✚ Estar atento a la propia actividad física en la comunicación de mensajes no verbales. ✚ Evitar barreras a la escucha activa ✚ (validar sentimientos ofrecer soluciones sencillas, no terminar de manera prematura) ✚ Mostrar interés en el paciente 	<p>La escucha activa es una manera de escuchar con atención lo que la otra persona nos dice con el objetivo de comprenderlo. La persona que utiliza la escucha activa le dice al emisor lo que este ha dicho destacando el sentimiento que contenía el mensaje, por lo tanto, es importante destacar que hemos</p>

		entendido no únicamente lo que nos ha dicho el emisor, sino también lo que siente. Hay escucha activa verbal y no (Joyce, 2019).
Potenciación de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Abstenerse a gritar al paciente con trastornos de comunicación. ✚ Animar al paciente a que repita las palabras ✚ Escuchar con atención ✚ Reforzar la necesidad de seguimiento con foniatría ✚ Fomentar ejercicios para mejorar el habla. ✚ Hacerle que aun con el problema actual sigue siendo un apersona valiosa 	<p>La esencia de la escucha empática no consiste en estar de acuerdo; consiste en comprender profunda y completamente a la otra persona, tanto emocional como intelectualmente, incluye mucho más que registrar reflejar e incluso comprender las palabras pronunciadas. Los ejercicios pueden tratar los problemas del lenguaje y se relacionan a movimientos y acciones respiratorias, que indiquen el ritmo y algunos movimientos buco-faciales en la lengua, labios, mejillas y paladar p. ejemplo : Ejercicios respiratorios, soplar bolitas de papel, pronunciar vocales ,ejercicios de ritmo , jugar con silabas , articular frases, ejercicios con la (José., 2017).</p>
Evaluación	Nadia realiza los ejercicios que le envió foniatría, su estado emocional ha mejorado muy poco ya que después de un mes continua con problemas para el habla, sin embargo, continúa realizando los ejercicios, por momento pierde la fe, pero se vuelve a levantar con la esperanza de recuperar su voz.	

Segundo seguimiento de Caso.

27/03/2019.Atención Inmediata: Refiere iniciar con aumento de volumen de extremidad superior derecha acompañada de parestesia, hipertermia y limitación del movimiento, acompañada de dolor a la movilización y a la presión del mismo. Se solicita USG Doppler para descartar trombosis venosa. Mismo día a las 18:38pm el USG Doppler reporta sin datos de trombosis; con manejo de linfedema de extremidad superior derecha.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	27/03/2019			12:00h.		Atención Inmediata				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Movilidad y postura.	FF X	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> Linfedema de miembro superior derecho con presencia de dolor a la movilización. 			<ul style="list-style-type: none"> Refiere iniciar con aumento de volumen de extremidad superior derecha acompañada de parestesia, hipertermia y limitación del movimiento, acompañada de dolor a la movilización y a la presión del mismo 			<ul style="list-style-type: none"> USG Doppler reporta sin datos de trombosis. 				
Diagnóstico:										
Deterioro de la movilidad física r/c linfedema m/p dolor en miembro superior derecho, dolor a la movilización, parestesia y disminución de la movilidad.										
Objetivo de la persona: no presentar más complicaciones										
Resultado esperado: Disminuir el dolor y dar manejo adecuado de el linfedema, para mejorar la movilidad										
Intervenciones		Acciones				Fundamentación				
Valoración del nivel de movilidad.		<ul style="list-style-type: none"> ✚ Valorar si mantiene el equilibrio y la posición corporal. ✚ Mantenimiento articular ✚ Valorar la ambulación 				Función Muscular: Valora la idoneidad de la contracción muscular según el movimiento.				

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Ayudar en el autocuidado ✚ Asistencia en los cuidados personales. (Aseo, baño en regadera ,vestir y desvestir, consumo de los alimentos) 	<p>Escala extremadamente comprometida a no comprometida.</p> <p>Función esquelética: Capacidad funcional de los huesos de soportar el cuerpo y la posibilitar el movimiento.</p>
Valorar la tolerancia a la actividad.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Valorar el grado o intensidad del dolor con escala analógica del dolor. 	<p>El nivel del dolor e intensidad del dolor referida o manifestada en la escala de intenso a ninguno.</p>
Actuación ante el dolor	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Administración de analgésicos como (Dynastat, paracetamol, tramadol y morfina). ✚ Se administró tramadol en infusión intravenosa 200mg en 100 ml solución fisiológica para 24 hrs y morfina como rescates. 	<p>El linfedema generalmente no se trata con medicamentos. Se pueden usar antibióticos para tratar y prevenir infecciones.</p> <p>60</p>
Manejo del linfedema.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Inspeccionar la zona: <ul style="list-style-type: none"> • el brazo dependiendo la inflamación o el edema. • Definir el grado de linfedema, el cual se presentaba de segundo grado media 3cm ✚ Valorar presencia de pesantez ✚ Valorar presencia de parestesia, debilidad o disminución de la movilidad. ✚ Signo de Godet (+) ✚ Valorar si hay presencia de piel endurecida ✚ Valorar desaparición de venas y relieves óseos. ✚ Se proporcionó folleto de información de Linfedema. Apéndice 3: Folleto de Linfedema 164 a 168pág. ✚ Se le invita a interconsultar al servicio de rehabilitación por el linfedema. 	<p>El linfedema es una condición crónica debilitante con un impacto negativo sobre la salud física. El linfedema es un edema crónico, de más de 3 meses de duración debido a la acumulación de líquido intersticial causada por un mal drenaje linfático. Fundamentalmente el linfedema es una consecuencia del desbalance entre la producción de la linfa y su remoción a través del sistema linfático. La producción de linfa esta aumentada como consecuencia de un incremento de la permeabilidad capilar, hipertensión venosa o disminución de la presión oncótica capilar. Según Gradval hay tres grados de linfedema: 1er.grado: Cuando la</p>

⁶⁰ Instituto Nacional del Cáncer de los EE. UU. Linfedema. Actualización :03/10/2019.

		<p>diferencia entre el miembro afectado y sano es entre 0 y 2 cm.</p> <p>2do.grado: Cuando la diferencia entre el miembro afectado y sano es entre 2 y 6 cm.</p> <p>3er grado: Cuando la diferencia entre el miembro afectado y sano es mayor de 6 cm.⁶¹</p>
Cuidado de la piel	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Mantener la higiene y cuidado de la piel ✚ Elevar el brazo para favorecer el retorno venoso ✚ Evitar heridas, quemaduras, picaduras y pinchazos. ✚ Prescribir el uso de guantes para tareas domésticas. ✚ Evitar la exposición al sol y a temperaturas elevadas. ✚ Evitar el frío y el calor. ✚ No extraer sangre o poner inyecciones. ✚ No tomar la presión arterial en el brazo de linfedema. ✚ No usar reloj, pulseras lo anillos en el brazo afectado. ✚ Prescribir ejercicios de 2 a 3 veces al día. ✚ Interconsulta a fisioterapia. 	<p>Las complicaciones más habituales suelen ser infecciosas dermatológicas (micosis, dermatitis, linfangitis, erisipela pero el tratamiento propio del cáncer puede desencadenar otras, con limitación del balance articular y aparición de dolor de tipo neuropático⁶².</p>
Evaluación	<p>Nadia llevo a cabo todas las intervenciones que se le indicaron, lo que favoreció la disminución del linfedema y el dolor, después de una semana, también mejoro la movilidad permitiéndole realizar un poco más de actividades de la vida diaria.</p>	

⁶¹ Grupo Gamma. Linfedema: Clasificación y tratamiento, mayo 14 ,2014. [Citado 2 noviembre 2019]

⁶² Arias Cuadrado A, Álvarez Vázquez MJ. Generalidades y diagnóstico de Linfedema, Galicia 2008,1-72pág.

03/04/2019 Recibió 200mCi de Iodo radioactivo con muy buena respuesta bioquímica. Rastreo 10 días posteriores a la ingesta de Iodo 131 (viernes 12 / 04 /2019) reinicio de hormona tiroidea y dieta normal al alta.

14/04/2019 Refiere vía telefónica que presenta disminución de la salivación y presencia de aftas en boca y dificultad para comer.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha		Hora		Servicio					
Focalizada	14/04/2019		14:20 hrs.		Casa de Nadia.					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Mantener la higiene corporal e integridad de la piel.	F. F x	F.C	F. V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos		Datos subjetivos			Datos complementarios					
<ul style="list-style-type: none"> Aftas bucales 		<ul style="list-style-type: none"> Xerostomía 			<ul style="list-style-type: none"> Iodo radioactivo 131 200 mCi 					
Diagnóstico:										
Deterioro de la mucosa oral r/c mucositis grado 3 m/p presencia de aftas y xerostomía y dificultad para comer.										
Objetivo de la persona:										
.....										
Resultado esperado: Que desaparezcan las aftas y mejorar su alimentación enteral.										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Mantenimiento de la salud bucal.	<ul style="list-style-type: none"> Mencionarle que probablemente se presenten otros cambios en la mucosa oral, como xerostomía, disfagia, disfonía, dolor en cuello y edema por el uso de Iodo radioactivo 131. Se da folleto de Iodo Radioactivo 131. Apéndice 4.169-172 pág. Enseñar y orientar a Nadia a realizar una adecuada higiene bucal. Establecer rutinas de cuidados para la salud bucal. Realizar de colutorios con bicarbonato de sodio o 				La saliva tiene funciones del mantenimiento de la salud oral, por lo que la xerostomía favorece a un proceso de infecciones y sufrir de pérdidas dentales. Es probable que la radiación y radioterapia cambie la cantidad y la consistencia de la saliva y esto					

	<p>solución vantal cada 1 a 2 horas como máximo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Sugerencia de colutorio filadelfia: 100ml de agua oxigenada, micostatin 1 a 2 frascos, 100ml de melox, xilocaina 10ml, agua estéril 300ml. ✚ Sugerir el uso de un cepillo de cerdas suaves o acondicionar un abatelenguas con gasas e impregnarlo de bicarbonato y enseñarle a realizar sus colutorios sin irritar la mucosa oral. ✚ Mencionarle que evite soluciones bucales con contenido de alcohol y usar agua tibia 	<p>aumenta el riesgo de tener caries.⁶³</p> <p>Se encuentran múltiples fórmulas para la preparación de soluciones filadelfia, sus principales componentes son: antihistamínicos protectores de la mucosa oral, antifúngicos, anestésicos entre otros y su efecto se enfoca en la disminución de la severidad de las lesiones y disminución de la intensidad del dolor. Por ende, mejorando la ingesta de alimentos del paciente.</p> <p>⁶⁴</p> <p>Mucositis: Es la inflamación de la mucosa oral o de la del tracto gastrointestinal, acompañada o no de lesiones ulcerosas. Suele ser secundaria a efectos secundarios de tratamientos antineoplásicos (quimioterapia o radioterapia). Según la OMS, la Mucositis se puede clasificar en los siguientes grados: Grado 0=Sin mucositis Grado 1=eritema y dolor Grado 2=úlceras, capaz de comer sólidos. Grado 3 =úlceras, requiere dieta líquida Grado 4 :Úlceras extensas, no hay saliva, dolor muy intenso,</p>
--	---	--

⁶³ American society of clinical Oncology (ASCO) Salud bucal y dental. Aprobado por la junta editorial del Cáncer.net 05/2017.

⁶⁴ Cuevas González María Verónica, Echeverría y Pérez Enrique. Tratamiento de la mucositis oral en pacientes oncológicos. Revisión de la literatura y experiencia en el Hospital General de México. 2015, 289-294 pág.

		imposibilidad de deglutir. ⁶⁵
Cuidados de las heridas o aftas de la mucosa oral.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Inspeccionar la humedad de la mucosa oral y lengua. ✚ Observar la integridad de la mucosa oral. ✚ Inspeccionar la integridad de las encías. ✚ Identificar el grado de limpieza de la boca y dientes 	Cada tejido tiene una susceptibilidad variable, hoy día se sabe que la mucosa oral y gastrointestinal se renueva a los 12 días, la piel en 21 días y el endotelio de los vasos sanguíneos en 3 meses. ⁶⁶
Evaluación	Realiza los colutorios con bicarbonato de sodio y solución de vantal presentando mejoría en 7 días, mejorando la tolerancia para su alimentación enteral y disminución del dolor.	

⁶⁵Villafañá Tello J.S. Efectos adversos del tratamiento oncológico. Revista Nacional de Odontología de México, vol. VII 2010.

⁶⁶ Lanza Echeveste D. Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico, Vol.13, No.17 Montevideo, mayo 2011.

21/09/2019. Nadia menciona vía telefónica que ya está un poco cansada y hasta fastidiada por seguir la dieta sugerida por nutrición, y hasta cierto grado enojada de no poder comer como antes los alimentos de su preferencia y a veces incumple porque su mamá que es su cuidador primario le dice que “no pasara nada” si come un poquito de los alimentos no permitidos (pizza, tortas, alimentos altos en grasas), y pues le gana la voluntad y termina consumiéndolos después arrepintiéndose de haberlos consumido.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora		Servicio						
Focalizada	21/09/2019	18:40hrs.		Vía telefónica.						
Necesidad alterada	Fuente de dificultad	Cuidado básico de enfermería			Nivel de dependencia					
Evitar peligros.	F.	F.C X	F.	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
	F		V	Acompañamiento						
			X	Suplencia						
Datos objetivos		Datos subjetivos				Datos complementarios				
		<ul style="list-style-type: none"> Refiere cansancio y sensación de fastidio por seguir la dieta prescrita por nutriología y enojo de no poder comer los alimentos de su preferencia. 								
Diagnóstico:										
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c actitud negativa hacia el cuidado de su propia salud m/p minimiza los cambios de su estado de salud.										
Objetivo de la persona:										
.....										
Resultado esperado: Fomentar el autocuidado y la responsabilidad para que se apege al tratamiento y no adopte malos hábitos que pongan en riesgo su salud.										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Fomentar la resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar que la familia respete las reglas establecidas como forma de apoyo y que conozcan las consecuencias de las malas conductas de riesgo para la salud. Facilitar la comunicación familiar 				La Resiliencia es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma o a fuentes de tensión significativas, como problemas serios de salud o situaciones estresantes de salud o financieras. ⁶⁷					

⁶⁷ American Psychological Association. Camino a la resiliencia 2019. [Citado 11 noviembre 2019] 1-4pág.

Facilitar la autorresponsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Considerar responsable a Nadia de sus propias conductas. ✚ Fomentar la escucha activa ✚ Favorecer la expresión de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. ✚ Animar a Nadia a que asuma su responsabilidad de su propio autocuidado como sea posible. ✚ Facilitar el apoyo a la familia del nuevo nivel de responsabilidades o modificación de nuevos hábitos. 	La responsabilidad se puede definir como la capacidad que tiene el ser humano de cumplir con sus obligaciones, así como de ser cuidadoso en la toma de decisiones o al ejecutar alguna acción. Es considerada una cualidad y un valor humano, capacidad que tiene el ser humano de comprometerse y actuar de forma correcta. ⁶⁸
Evaluación	Nadia menciona que ella trata de llevar a cabo su autocuidado tal cual le aconsejan los médicos, enfermeras, nutriólogos pero que a veces se siente vulnerable a no realizar o someterse al tratamiento que le imponen.	

15 de mayo 2019. Acude a foniatría y es valorada con parálisis cordal izquierda, y disfonía severa Acude a terapia para rehabilitación de voz en la cual se trabajan ejercicios de relajación muscular en cuello, control y coordinación fonorespiratorio, ataque glótico y control de tonos vocales. Foniatría proporciona plan terapéutico para trabajo en casa.

12 julio 2019. Clínica del dolor. Diagnostico algológico. Dolor postoperatorio crónico en hombro y cara anterior de tórax izquierdo. Antecedente de hiperreactividad bronquial en enero 2019. Tratamiento con budesonide.

Signos y síntomas. Nadia refirió dolor en hombro el cual inicia posterior a colocación de hielo hace 3 meses. Dolor de tipo ardoroso, y dolor al roce de la ropa acompañado de descargas eléctricas aumenta con el movimiento con el frio, y disminuye con el reposo máximo ENA 10/10 mínimo ENA 3/10.

Cierre del caso:

Nadia ha venido presentado complicaciones relacionadas con la cirugía, la que se presenta con mayor frecuencia es la disfonía la cual a pesar del tratamiento con rehabilitación foniatrica la mantiene con una continua ansiedad, por momentos ha pensado en abandonar la terapia, sin embargo, se plática con ella y la vuelve a retomar siempre en espera de un beneficio.

Otro problema que se ha agudizado es el dolor en hombro, mismo que se encuentra en tratamiento con apoyo del servicio de Clínica del dolor. Para fines académicos se da por

⁶⁸ Kafie Eduardo. La responsabilidad como valor humano esencial, agosto 2019. [Citado 11 noviembre 2019] 1-5pág.

concluido este estudio de caso sin embargo se continuará en comunicación con Nadia, con fin de continuar apoyándola durante su evolución hacia un mejor estado de salud.

12. Conclusiones

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con una base teórica de las 14 Necesidades de Virginia Henderson permite que la Enfermera otorgue una atención personalizada, y ver al individuo en todas sus necesidades, abordándolo desde las características biológicas, espirituales sociales y culturales.

Buscando estrategias que modifiquen sus hábitos de salud, para implementar que el paciente logre un grado de independencia total.

La práctica de la enfermera encierra una amplia gama de acciones de las cuales deben de ser efectuadas con excelencia, por lo que es de suma importancia la búsqueda constante de estrategias que aseguren la atención de calidad, desarrollando actividades que promuevan la salud y la prevención de enfermedades.

Por lo que Estudios de Caso favorecen el aprendizaje y la investigación de respuestas humanas, favoreciendo una ampliación de conocimientos.

Por tanto, a la Enfermera Especialista Oncológica tiene la obligación y responsabilidad de actualizarse ante cuidados e intervenciones novedosas con el fin de lograr cambios significativos en el paciente oncológico.

Además de que los estudios de caso deben de ser realizados para consulta lectora, crítica objetiva y así lograr avances en el área de enfermería y documentar procedimientos realizados con el fin de otorgar cuidados al paciente y lograr su independencia; y también incluir el cuidado correcto de cuidadores primarios.

Lograr que se publiquen las investigaciones realizadas por estudiantes de él posgrado y que a su vez haya motivación para la investigación para los demás profesionales que egresan de la Especialidad de enfermería Oncológica y que esto sirva de evidencia para las demás generaciones y lograr una evolución en el ámbito de enfermería.

13.Sugerencias

- ❖ Motivar a todos los profesionales de la enfermería para realización de estudios de caso e investigaciones utilizando el método científico con un enfoque filosófico sistemático y científico para que puedan guiar a un adecuado cuidado de enfermería.
- ❖ Continuar implementando el Proceso de Atención de Enfermería utilizando a la variedad de Teóricas de enfermería con el fin de proporcionar beneficios a al paciente, para realizar una adecuada valoración priorizar las necesidades ejecutar y valorar nuestras intervenciones y saber que el cuidado que otorgamos es especializado y de calidad.
- ❖ La investigación es la base esencial para el desarrollo de un cuerpo de conocimientos, sin embargo, se ha demostrado que la práctica de la enfermera que está basada en la investigación ofrece mejores resultados.
- ❖ Publicar estudios de caso basados en Virginia Henderson o en otras teóricas y que nos sirvan de evidencia científica para enfermería.

14. Referencias Bibliográficas.

1. Oikaizaguirre Gómara Aintzane, Amezcua Manuel, Huecanos Esperanza Isabel. El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en relación al cuidado. San Sebastian-España,2014 [Citado 4 abril 2018] 1-10pág.Disponible:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>
2. C.Luengo Martínez, T. Paravik-klijn, y Burgos Moreno M. Profesionalismo de enfermería: una revisión de la literatura. Universidad Nacional Autónoma de México, [Citado 4 abril 2018] Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.18 marzo 2017.
3. Lasserra S. O, Álvarez M. I. Comportamiento epidemiológico del cáncer de tiroides en pacientes con supervivencia de 20 años y más. [en línea]. Rev. Latinoamericana.175-184pp. [citado 2018, septiembre, 7]. Disponible: <http://medigrafhic.com/pdfc/>.
4. Granados García Martín. Cáncer diferenciado de tiroides: una antigua enfermedad con nuevos conocimientos. [en línea]. Gaceta médica de México.1 a 13 pág. Citado 2014. [citado mayo 8, 2018].
5. Marchesan Quiroz Irene. Deglución, diagnóstico y posibilidades terapéuticas. 1-12 pp. [Citado: 2015, junio,12]. Miembro del cuerpo editorial de diversas revistas científicas. Disponible:<http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/rehabilitación-logo/deglución>.
6. American Cancer Society.Cancer de Tiroides.Revisado.2/04/2013. [Citado 2018, octubre 21].1-62pág.
7. Plaza Moya Ainhoa. Medidas no farmacológicas para controlar el dolor en cuidados paliativos, enfermería ciudad real [citado en 2019, junio] Disponible: <http://www.enfermeriadecuidadoreal.com>
8. Metodología de enfermería: Fases del proceso de enfermería, valoración diagnóstica según patrones funcionales de Marjory Gordon. Diagnósticos de enfermería: Concepto y tipos según taxonomía NANDA. Planificación de los cuidados enfermeros: Resultados e intervenciones (NOC y NIC).2012-2014.
9. Bellido Vallejo José Carlos, Lendinez Cobo José Francisco & Cárdenas Casanova V. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia

Henderson y los lenguajes NNN. 1ra edición. España, Ilustre colegio oficial de enfermería de Jaén. [Citado en 2019, julio] 1-217pág.

10. Valverde Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. 2007. [Citado 2019, agosto 26] ,8-15 pág.
11. Javier Soldevilla Agreda. Identificación de los criterios de infección en heridas [en línea]. Documento de posicionamiento (trabajo de estudio reciente Delphi), 1-19pag. [citado 2018, septiembre actualización.].
12. Sistemas de drenajes postoperatorios cerrados (Biovacs - Biomegtrix) .[Citado junio 2018 12)
13. OMS. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria 2019.
14. Allevato Miguel Ángel, Bilevich Estela. Linfedema. Act. Terap Dermatol 2008. 1-8 pág.
15. Cortina Jiménez Alexis. Saber escuchar. Un intangible valioso. Intangible capital, Barcelona- España 2014, 1-27pag.
16. Quintana Joyce. Escucha Activa. Academia.edu 1-12 pág.
 - a. Ruiz Almería Sonia. Análisis de diagnóstico de enfermería: deterioro de la comunicación verbal. [en línea] 693-732pp. [Citado Octubre, junio 26]. Madrid-España. Reduca (enfermería, fisioterapia y podología) Disponible: <http://www.revsitareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1928/1945>
17. Guía práctica clínica CENETEC. Trastornos de ansiedad en el adulto. [en línea] Consejo de salubridad general. Evidencias y recomendaciones. Secretaria de salud. [citado 15 diciembre en 2018.]
 - a. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
18. Consejo editorial de educación pública de la royal college of psychiatrists Actualización 2009 Belgrave Square London. [Citado 11 marzo 2019] Traducido en junio 2010. Dormir bien. 1-9 pág.
19. Guillem Porta Vicente, Romero Retes Rocío, & Oliete Ramírez Elena. Manifestaciones del duelo. [Citado 16 abril 2019] Instituto valenciano de Oncología (IVO) Valencia. 63-83pag.

20. American Society of Clinical Oncology (ASCO) Cáncer de tiroides. Estadísticas. [Citado 9 enero 2019] Aprobado por la junta editorial de Cancer.Net 11/2017.
21. Garavito González Gloria. Cáncer de tiroides. Instituto Nacional de Cancerología. Miembro de número de la asociación colombiana de Endocrinología. Bogotá. 1-8 pág.
22. American Thyroid Association. Cáncer de tiroides (de tipo papilar y folicular) 2018.
23. Benítez-Barradas Mariana Ivonne. Hallazgos histopatológicos en pacientes con nódulo tiroideo sospechoso y toma de biopsia por aspiración de aguja fina. Anales de radiología, México 2017.
24. Ramos Murguialday Mikel, Hamdan Hassan. Metástasis cervical de carcinoma papilar de tiroides. Revista Española. Cirugía oral maxilofacial 2013.44-49pag.
25. Meer Christi, PA. Manjú. Carcinoma papilar de tiroides. Ulcera sangrante de piel. Revista Chilena de cirugía. Casos clínicos, 12 marzo 2015 aceptado 23 abril 2015.
26. Hernández Stegmann, Rendón Milton. Fisiología de las glándulas tiroides y paratiroides. [Citado 3 enero 2019].
27. Rodríguez Céspedes Walter. Tumores malignos de la glándula tiroides (T.M.G.T). Neoplasias malignas de cabeza y cuello.
28. Gaona Yazmín A. Cruz Jiménez. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. Enfermería universitaria ENEO-UNAM, Vol.9 1-9pp. [Citado 2019, 16 abril]]
Rev.2012, marzo, 30. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n2>
29. Garavito González Gloria. Cáncer de tiroides. [en línea]. Asociación colombiana de endocrinología. [Citado 2 febrero 2019]. Bogotá. 1-8 pág. Disponible: <http://endocrino.org.co/w>
30. Luis Bender Anatole. Cáncer de tiroides. Actualización 2018. Tomado de medscape para estudio para alumnos de cátedra de cirugía. Facultad de ciencias médicas.

31. Cameselle-Teljeiro José Manuel, Sobrinho-Simoes Manuel. Nueva clasificación de la OMS de los tumores tiroideos: una categorización pragmática de las neoplasias de la glándula tiroides. [en línea] [Citado 07 febrero 2018] 1-3 pág.
32. López Forniés Ana, García de Diego Francisco. Anatomía y fisiología del dolor. Tratado de geriatría para residentes. [Citado 20 septiembre 2018] Capitulo 71. 1 a 11 pág.
33. Marsha Grant Merisa, Rodríguez Marzo Iris. Característica clínica, patológica y epidemiológica de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides. Aprobado:03/06/2019 [Citado 12 abril 2019], 3 a 10 pág.
34. Sociedad española de farmacia hospitalaria. Programa de información al paciente y a los cuidadores sobre quimioterapia. Nexavar 200mg. Fecha de revisión: noviembre 2013/mayo 2014 [Citado 11 marzo 2019] 1 a 3 pág.
35. Europea Medicines Agency. Lenvima (Lenvatinib). Actualización:07-2018. [Citado 3 enero 2019] 1 a 3 pág.
36. Ficha técnica de Nexavar/Sorafenib.CIMA.21 julio 2011.[Citado 8 abril 2019].1-36pág.
37. EMA.Europa.Ficha técnica de lenvatinib/LENVIMA.28/mayo/2015-[Citado 11 mayo 2019].1-35pág.
38. Camañas Troyano C, Sánchez-Moriel Ma. Estudio de utilización, efectividad y toxicidad asociada al tratamiento con sorafenib. Farmacia hospitalaria. Aceptado:13 enero 2013. [Citado 11 julio 2019] 1 a 8 pág.
39. Arias Cuadrado A, Álvarez Vázquez MJ. Rehabilitación del linfedema. Actualización y protocolo. Abril 2008.[Citado 20 agosto 2019] 1 a 72 pág.
40. Bernal Vills Raquel. Medidas de prevención y cuidados del linfedema en miembro superior. Publicado 11 mayo 2006.[Citado: 22 septiembre 2019].1-5pág.
41. Cisneros G. Fanny. Teorías y modelos de enfermería. Universidad del CUACA. Programa de enfermería. Fundamentos de enfermería. Febrero 2005.[Citado 4 octubre 2019].1-15pág.

42. Juárez Rodríguez Paula Alina. La importancia del cuidado de enfermería. Facultad de enfermería y Obstetricia de Celaya. Universidad de Guanajuato, México. Rev. de enfermería Ins. México. Seguro Soc. 2009. [Citado 10 octubre 2019]. 1-3pág.
43. Ballesteros Anabel. SEOM. Cáncer de tiroides. 31 enero 2020. 1-16pág.

15. Anexos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN	LUGAR	FECHA	HORA
INCAN	CD. MX	11-12-2018	12:15 hrs.
Nombre del paciente (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s))			N° de Expediente
Nodia González Hughes			183344
Edad	Genero	Ocupación	Estado civil
39	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Ama de casa	Soltera.
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Localidad, Municipio, Estado).			

Yo: Nodia González declaro libre y voluntariamente

Aceptar participar en el estudio de caso *

Si acepto

Cuyo objetivo principal es:

Que me brinden información respecto a mi enfermedad

y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten:

Quimioterapia, cirugía, dieta, ejercicios que me ayudan a bajar de peso
y contestar en forma verbal las preguntas referentes a su estado de salud.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme, de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o me sea negada la atención médica para mi tratamiento en esta Institución.

La información por usted aportada tendrá toda la privacidad y confidencialidad necesarias

Nombre del responsable del Estudio: Fátima Júpita Orozco Pacheco.

Firma 

Nombre de la persona, padre o tutor.

Firma


Nodia González Hughes

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
POSGRADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

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

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha: _____

Fecha de ingreso: _____

Nombre: _____ Genero: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ N° De
cama: _____

N°. De Exp: _____ Grupo sanguíneo: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Religión:

Lugar de procedencia: _____ Domicilio:

II. DATOS SOCIECONOMICOS Y CULTURAL.

A) Estructura familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

B) Estructura económica: Total de ingresos mensuales: _____

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

N° de habitaciones: _____ Tipo de fauna: _____

III: ANTECEDENTES PERSONALES

Patologicos _____

Quirúrgicos _____

Alergias (reacción experimentada) _____

IV: PADECIMIENTO ACTUAL

Motivo de Ingreso:

Diagnóstico Médico reciente:

Tratamiento farmacológico prescrito en la actualidad

Nombre	Vía y Dosis	Horario	Motivo

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SISTEMA RESPIRATORIO:

Frecuencia respiratoria x min: _____ Disnea SI NO Características: _____

Vía aérea permeable SI NO
 Intubación orotraqueal SI NO
 Traqueostomía SI NO

Obstrucción parcial/total:

Nariz Boca Bronquial Pulmonar: _____ Causas: _____

Oxígeno suplementario: SI NO Tipo de soporte _____ FiO2 _____ Tipo de respiración: _____

Características de la respiración: _____

Ruidos:

Normal vesicular SI NO

Crepitaciones Estertores Sibilancias Estridor Otras: _____

Tos SI NO Características: _____

Dolor SI NO EVA: ___/___ Localización: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____

Fuma SI NO N°. De cigarrillos al día _____ Edad que comenzó a fumar _____

Ventilación mecánica: SI NO invasiva No invasiva N° cánula: _____ Modalidad: _____

Vol. Corriente: _____ FiO2: _____ Flujo: _____ P. Soporte _____
 PEEP: _____

Gasometría Arterial Hora _____ PO2 _____ PCO2 _____ PH _____
 HCO3 _____

Gasometría venosa, Hora: _____ Parámetros _____

Control radiológico: Normal SI NO

Congestión pulmonar Infiltrados Foco neumónico Derrame Atelectasia

Datos subjetivos: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

F. Cardíaca: _____ Lat. x min. Presión arterial: _____ / _____ mm/ Hg

Llenado capilar: Miembro torácico: _____ seg. Miembro pélvico _____ seg.

Ingurgitación yugular: SI NO

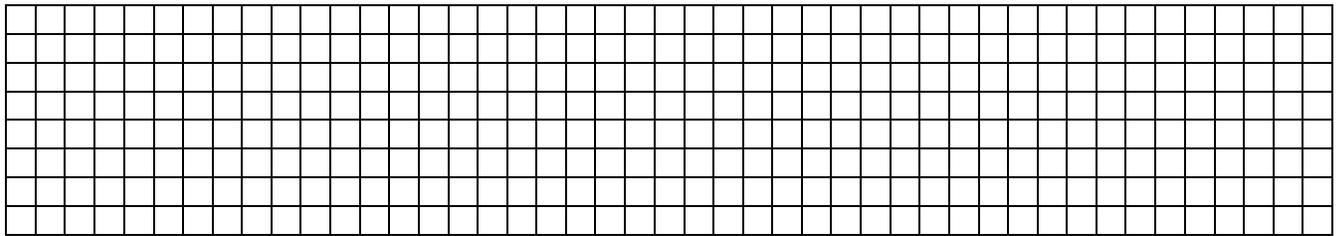
Dolor precordial: SI NO EVA: _____ / _____ Localización: _____ Tipo: _____
Irradiación: _____ Duración: _____

Cianosis: SI NO Peribucal Ungueal Acrocianosis

Edema: SI NO Localización: _____ Tipo: + ++ +++ ++++

Hemorragia SI NO Localización: _____

Trazo ECG



Ritmo: _____ Alteraciones: _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Peso: _____ kg Talla: _____ cm. IMC: _____ PA: _____
_____ cm.

Caquexia Desnutrición Sobrepeso Obesidad (grado) _____

¿Ha tenido variación en su peso últimamente? SI No

Alimentación:

Vía oral Que alimentos incluye en su dieta _____

Consumo agua natural: _____ litros/día. Con frutas: _____ litros/día. Sabores artificiales:
_____ litros/día.

Gaseosas: _____ por día. Café: _____ por día. Té: _____
por día.

Número de comidas al día: _____ Horario: _____

Alimentos que le desagradan: _____

Consumo de suplementos/complementos: _____

¿Consumo bebidas alcohólicas? SI No e tipo: _____

¿Su estado de ánimo influye en su apetito? SI No ¿Sus creencias religiosas influyen en su dieta? SI No

¿De qué manera influye su economía en su alimentación? _____

Otro tipo de nutrición _____

Estado de la cavidad oral

Mucosa oral: _____ Presencia de Mucositis: SI NO Grado:
0 1 2 3 4

Dentadura: Completa Incompleta Caries Prótesis Problemas para la masticación

Halitosis: SI NO Nauseas: SI NO Pirosis: SI NO

Emesis: SI NO Características: _____

Reflejo de deglución SI NO Causas: _____

Dolor abdominal: SI NO EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo:

Irradiación: _____ Duración: _____

Diabetes Mellitus: _____ Glucosa capilar: _____ mg/dl

Observaciones:

Datos subjetivos:

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

Patrón urinario:

Frecuencia: _____ veces al día. Cantidad: _____ ml: Características: _____



Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia
Enuresis

Ardor Retención Color: Normal Hematúrica Colúrica Otros: _____

Dolor SI NO EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____ IVU frecuentes: SI NO

Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis Pañal Otros: _____

Patrón intestinal:

Frecuencia habitual: _____ veces al día. Características: _____

¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? _____

Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia Flatulencia

Características: Acolia Melena Hematoquecia Esteatorrea Líquida Mucoide Pastosa

Peristaltismo Características: _____ Problemas de hemorroides

Dolor SI NO EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____
Duración: _____

Otros patrones de eliminación:

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

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

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

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

Movilidad en cama:

Se mueve solo: Suplencia total:

Inspeccionar tipo de marcha:

Marcha escalonada Marcha festinante Marcha tijera Marcha pato

Actividad física:

Deambulaci3n: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bast3n

Postura y movimiento:

Lordosis Escoliosis Cifosis

Riesgo de ulcers por presi3n (escala de Braden):

<i>Percepci3n sensorial</i> Capacidad de respuesta a est3mulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de la piel	1. Constantemente h3meda	2. Muy h3meda	3. Ocasionalmente h3meda	4. Raramente h3meda
<i>Actividad</i> Grado de actividad f3sica	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posici3n corporal	1. Completamente inm3vil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrici3n</i> Patr3n de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricci3n y roce</i> Roce de piel con sabanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	
Se considera como riesgo de desarrollar ulcers un puntaje menor o igual a 16				
RESULTADOS:				

Actividades b3sicas de la vida diaria (Escala de Barthel):

Actividad	Valoraci3n	Puntuaci3n
Comer	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Lavarse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Arreglarse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Vestirse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Micci3n	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Deposici3n	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Ir al WC	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Trasladarse sill3n / cama	15 independiente 10 m3nima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente	
Deambulaci3n	15 independiente 10 m3nima ayuda 5 gran ayuda	

		0 dependiente	
Subir y bajar escaleras		10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
PUNTUACION TOTAL			
100	>60	55/40	35/20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo
			<20
			Dependiente total

Valoración del estado de conciencia (escala de Glasgow):

APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL	
Espontanea	4	Espontanea, normal	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		
RESULTADO (puntos)					

Valoración de la fuerza muscular (escala Karnofsky):

Valor	Nivel de capacidad funcional	Definición
100	Normal. Sin evidencia de enfermedad	Capaz de realizar una actividad y trabajo normal; no necesita cuidados especiales
90	Actividad normal. Síntomas menores	
80	Actividad normal con esfuerzo. Algún síntoma	
70	Se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal	Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y atender la mayoría de las necesidades personales, requiere diversos grados de asistencia
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas	
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico	
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados.	Imposibilidad de cuidarse a sí mismo, requiere de atención institucional u hospitalaria equivalente, la enfermedad puede progresar rápidamente
30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte inmediata	
20	Muy enfermo. Necesita tratamiento de soporte	
10	Moribundo. Proceso en progresión rápida	
0	Muerte	
RESULTADO		

Realiza ejercicios pasivos / activos de acuerdo a su limitación:

Dolor SI NO EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____

Duración: _____

Observaciones:

Datos subjetivos:

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme habitualmente? Día _____ hrs. Noche _____ hrs.

Alteraciones del sueño:

Trastorno del ciclo sueño-vigilia Factores que lo ocasionan: _____

Insomnio Hipersomnia Apnea de sueño

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? SI NO

Cual _____ Dosis _____ Horario _____

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

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

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? SI NO

¿En qué medida? _____

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI NO

¿Por qué? _____

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

Animo Clima Moda ¿Por qué? _____

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

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

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura corporal: _____ °C Hipotermia Hipertermia Manifestaciones clínicas: _____

Casusa: Neutropenia Infección Lisis tumoral Quimioterapia ¿Esquema? _____

Otros: _____

Radioterapia Sitio _____

Cirugía Sitio _____

Observaciones:

Datos subjetivos:

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

Coloración de la piel:

Palidez Rubicundez Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma
Petequias

Estado de la piel:

Hidratada Deshidratada Elástica Seca

Úlceras por presión

Grado: I II III IV

Longitud _____ mm

Tamaño _____ mm

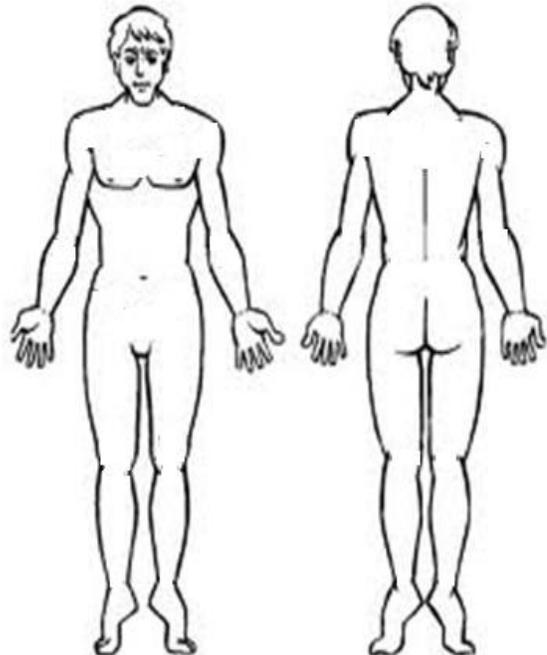
Tipo exudado: Abundante Escaso Purulento Sanguinolento
Profundidad _____ cm

Bordes:

Gruesos Irregulares Calor

Integridad de la piel:

	ESTOMAS
1	Traqueostomía
2	Colostomía
2 ^a	Ascendente
2b	Transverso
2c	Descendente
2d	Sigmoidea
3	Ileostomía
4	Urostomía
4 ^a	Nefrostomía
4b	Ureterostomía
4c	Neovejiga
4d	Conducto ileal



4e	Sonda suprapúbica
5	Sondas (especifique)
6	Drenajes (especifique)
7	Accesos vasculares (especifique)

Observaciones:

Datos subjetivos:

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Etapa de la vida: Adulto joven Adulto mayor Vejez

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción: SI NO

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras: _____

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

Uso de prótesis en extremidades: SI NO

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Ansioso Negativo

Laboratorios

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

Evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria (Escala de ECOG):

0	Actividad normal, sin limitaciones
1	Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico Capaz de realizar trabajos ligeros
2	Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado No puede realizar trabajos, aunque sean ligeros Permanece levantado más del 50% del día
3	Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático Confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día
4	Completamente imposibilitado. Puede precisar hospitalización Encamado la mayor parte del día
5	Muerte

Observaciones:

Datos subjetivos:

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Cómo es su comunicación? Clara Confusa Afásica Incapaz

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse?

¿Se expresa en otra lengua? SI NO ¿Cuál? _____

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? _____

¿Manifiesta emociones y sentimientos? _____

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

Familia

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

 Amigos

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

 Trabajo

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

 Otros

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

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

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación Evasión Rabia Miedo Agresividad Proyección

¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? SI NO

Datos subjetivos:

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

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

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

¿Requiere de apoyo espiritual? Si No

¿Su familia fortalece sus valores? Si No

¿Rechaza el tratamiento por sus creencias? Si No

¿La familia requiere fortalecer sus valores? Si No

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

Datos subjetivos: _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente: SI NO ¿A qué se dedica? _____

Como se siente en relación a su trabajo:

Satisfecho Insatisfecho Valorado

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

¿Cuál? _____

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

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

Datos subjetivos: _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Qué actividad le gusta realizar en su tiempo libre? _____

De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? _____

Su estado de salud, ¿modifica sus actividades recreativas? _____

¿Realiza alguna actividad recreativa realiza dentro del hospital? _____

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? _____

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

Datos subjetivos: _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: SI NO

¿Sabe leer y escribir? SI NO

¿Estudia actualmente? SI NO

Especifique grado de estudios: _____

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

¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? _____

¿Padece alguna otra enfermedad? Si No

¿Cuál? _____ ¿Que toma? _____

Datos subjetivos: _____

Anexo 3.

Tabla. Categorías diagnosticas del examen citológico tiroideo según la clasificación de Bethesda.2017

Categoría Diagnóstica.	Riesgo del cáncer Tiroideo	Diagnostico histopatológico más frecuente.	Indicaciones para la siguiente PAAF.	Manejo más recomendado.
Biopsia no diagnóstica o no satisfactoria.	5-10%	Puede corresponder a cualquier categoría diagnóstica.	Es recomendable la PAAF normalmente a los 3-12 meses, dependiendo del riesgo. En caso de sospecha clínica de cáncer poco diferenciado es imprescindible continuar el procedimiento diagnóstico inmediatamente.	Las indicaciones para la cirugía dependen del riesgo clínico de malignidad; la biopsia no diagnóstica es frecuente en quistes y tiroiditis.
II.Lesión benigna	<1% (0-3%)	<ul style="list-style-type: none"> • Bocio • Multinodular, incluidos los nódulos hiperplásico y los nódulos coloideos • Tiroiditis 	Si, cuando desde el principio en la ecografía se observan rasgos de riesgo de malignidad, cuando del aumento del tamaño del nódulo es de importancia clínica, o cuando en la ecografía aparecen nuevos factores de riesgo.	Seguimiento ecográfico
III, Lesión folicular indeterminada (FLUS) o atipias de significado incierto (AUS)	2,4-5.2% (6-18%)	Categoría usada solamente cuando no es posible obtener un diagnóstico citológico preciso	Si (a los 3-6 meses, dependiendo del riesgo)	Este diagnóstico por si mismo constituye una indicación para considerar el tratamiento quirúrgico en

				caso de presencia de factores de riesgo importantes en la ecografía.
IV. Neoplasia folicular o sospecha de neoplasia folicular.	8,2-19% (10-40%)	Puede corresponder a una lesión que no es neoplásica (<25% constituyen nódulos hiperplásico o tiroiditis), o una lesión benigna que no se puede diferenciar de una neoplasia maligna en el examen citológico (adenoma vs carcinoma folicular)	No, pero si se planea una cirugía se necesita una confirmación diagnóstica por otro patólogo; en nódulos que requieren observación la siguiente PAAF se realiza a los 3-6 meses, dependiendo del riesgo.	En los nódulos < 1cm de diámetro, si no presentan características de riesgo, se acepta el tratamiento conservador (bajo el control clínico y ecográfico estricto); en los nódulos más grandes y en caso de presencia de características de riesgo en general se necesita cirugía.
V. Sospecha de malignidad.	75% (45-60%)	Sospecha de carcinoma papilar tiroideo, carcinoma medular, metástasis en tiroides, linfoma, cáncer anaplásico o angiosarcoma.	No, pero se necesita confirmación diagnóstica por otro patólogo.	Tratamiento quirúrgico.
VI. Neoplasia maligna	>95-100% (94-96%)	Carcinoma papilar; carcinoma medular; linfoma, metástasis en tiroides, cáncer anaplásico, angiosarcoma u otro tipo de neoplasia maligna.	No, pero se necesita confirmación diagnóstica por otro patólogo.	Tratamiento quirúrgico

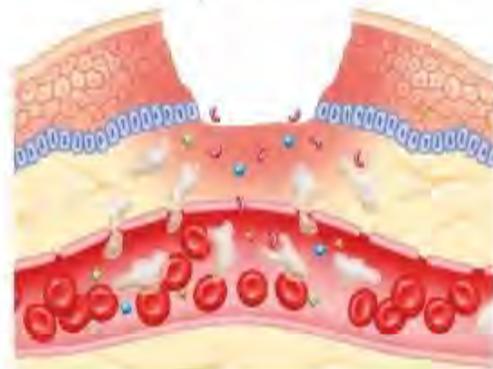
.... 16 . Apéndices.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

QUE ES UN BIOVAC?.

Los sistemas de drenaje de

heridas son utilizados frecuen-
tamente para el drenaje de fluidos,
especialmente sangre,



acumulados en la HERIDA.



SISTEMAS PASIVOS.

♦ VENTAJAS

- ⇒ Relativamente económicos
- ⇒ No traumatizan los tejidos

INCONVENIENTES:

- ⇒ •El drenaje depende únicamente de la fuerza de gravedad
- ⇒ •El sistema permanece abierto, aumentando el riesgo de contaminación cruzada.



Bajo Vacío

- No producen traumatismo de los tejidos porque la fuerza de succión es baja.
- Flujo eficaz y continuo porque los orificios del catéter no se bloquean.
- Rápida cicatrización porque aproximan los tejidos.
- Sistemas bacteriológicamente cerrados: Nuevo ciclo de drenaje puede comenzar cuando se descarga el sistema .
- Solo un sistema será utilizado, incluso en procedimientos de sangrado masivo.

¿Sabes como vaciar tu BIOVAC?



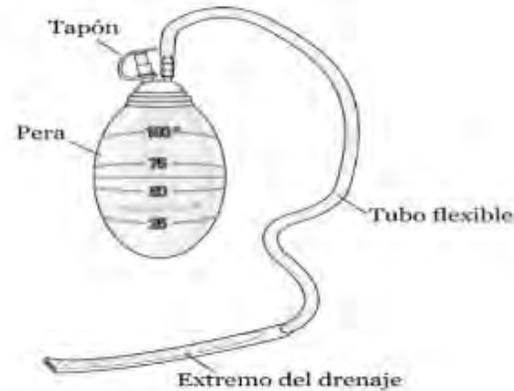
1.Necesitaras de 1 pinza de tipo Kelly



2.vaso medido o recipiente de plástico

3.jeringa para medir el volumen que estás drenando.

PARTES DEL BIOVAC.



PROCEDIMIENTO.

- 1.pinza el tubo flexible que va conectado del paciente al Biovac, con la pinza de Kelly.
- 2.Destapa el Biovac quita el tapón.
- 3.Presiona la pera o perilla para que logres vaciar todo el contenido del Biovac.



Fíjalo bien y acomódalo en un sitio donde te sea cómodo

evitando que el tubo flexible se doble.



INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGIA.

Apéndice 2.

RECOMENDACIONES PARA EQUILIBRAR TU NUTRICION Y BAJAR DE PESO.

¿Sabes cuántos minutos de actividad física necesito practicar cada día para mantenerme saludable?

- Para mantenerse en buen estado de salud y disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, necesita por lo menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada todos los días.
- Para mantener su peso bajo control, necesita 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a vigorosa la mayoría de los días de la semana.
- Si has perdido peso y no deseas recuperarlo, necesita de 60 a 90 minutos de actividad física de intensidad moderada todos los días.

¿Qué se considera actividad física de intensidad moderada?

- Este nivel de actividad física pone al cuerpo en movimiento y aumenta los latidos del corazón (el ritmo cardíaco). Como ejemplos de actividad física de intensidad moderada podemos mencionar caminar deprisa, andar en
- bicicleta, subir escaleras, bailar. Una persona con un nivel de actividad física de intensidad moderada debe poder mantener una conversación con su

compañero(a) de ejercicio físico sin que le resulte incómodo. Si una persona puede cantar mientras practica alguna actividad física, significa que el nivel de intensidad es bajo, y deberá aumentarlo.

¿Qué se considera actividad física de intensidad vigorosa?

En este nivel de actividad física, la respiración se vuelve más difícil y aumenta el sudor.

Como ejemplos de actividad física de intensidad vigorosa podemos mencionar correr, trotar, jugar al fútbol, bailar energicamente y andar en bicicleta a ritmo acelerado.

La actividad física puede brindarle muchos beneficios para su salud. Practicar habitualmente una actividad física de intensidad moderada:

Le da una sensación de bienestar y mejora su aspecto físico

- Te da más energía
- Disminuye el nivel de estrés y le ayuda a relajarse
- Te ayuda a alcanzar y mantener un peso saludable
- Disminuye el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, alta presión, derrame cerebral y ciertos tipos de cánceres
- Le ayuda a mantener la salud de los huesos, músculos y articulaciones



PIRAMIDE DE LA ACTIVIDAD FISICA.

Hay muchas maneras agradables de realizar actividad física todos los días. Al hacer una variedad de actividades de intensidad moderada, tales como jardinería, trotar, andar en bicicleta o caminar, se dará cuenta de lo fácil y divertido que es incorporar la actividad física en su vida diaria.

Los adultos deben hacer actividad física por lo menos 30 minutos al día, mientras que los niños necesitan por lo

menos 60 minutos al día. Utilice la siguiente Pirámide de Actividad Física como guía para crear su propio programa semanal.

SI HACE MUY POCA ACTIVIDAD FÍSICA

Comience con las actividades de la base de la pirámide

- Camine siempre que pueda
- Haga actividad física como parte de su tiempo libre

Establezca metas realistas y avance hacia la mitad de la pirámide

SI HACE ACTIVIDAD FÍSICA DE VEZ EN CUANDO

- Sea más constante y escoja actividades de la mitad de la pirámide
- Planifique la actividad física en su rutina diaria
- Fije metas semanales y mensuales
- Haga actividad física con un amigo o familiar

SI HACE ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE

Escoja una variedad de ejercicios aeróbicos, de flexibilidad y de resistencia

- Cambie su rutina para que sea divertida
- Intente hacer actividades físicas nuevas
- Propóngase nuevas metas



REDUZCA

Mirar tv
navegar por internet
estar sentado
jugar con la computadora.

2 a 3 DIAS POR SEMANA

Estire los musculos de brazos, piernas, hombros y torso.
haga levantamiento de piernas, abdominales, o flexion de brazos.
A excepcion de que lo contraindique su oncologo.

3 a 5 DIAS POR SEMANA
EJERCITE EL CORAZON Y LOS

Andar en bicicleta
caminar vigorosamente
jugar baloncesto o futbol
bailar rapido, nadar o trotar

TODOS LOS DIAS
CAMINE REGULARMENTE Y MANTENGASE ACTIVO.

Caminar
Trabajar
jugar con los hijos
Barrer el patio

RECOMENDACIONES PARA UNA DIETA SALUDABLE.

Las frutas y los vegetales son unos de los alimentos más saludables y sabrosos que existen.

Tienen bajo contenido de sodio y calorías, y la mayoría de ellos no contienen grasas

Ellos ayudan a que su cuerpo obtenga las vitaminas, minerales, fibra y demás sustancias naturales que su organismo necesita para mantenerse saludable.

Pueden ayudarle a:

- Controlar el peso
- Disminuir el riesgo de derrames cerebrales, enfermedades cardíacas y alta presión
- Reducir el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2
- Disminuir el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cánceres
- Aumentar el nivel de energía
- ¡Verse y sentirse en excelente estado!



ALIMENTOS QUE DEBES EVITAR SI VAS A TENER TRATAMIENTO CON IODO ⁶⁹

RECOMENDADAS

1. Debes llevar una dieta baja en Iodo (Evitar alimentos con sal marina o de soya).

Productos para hornear que contengan Iodo.

Suplementos alimenticios o vitaminas con Iodo.

Evita alimentos Cárnicos (como mariscos, crustáceos, pescado, vísceras y embutidos)

DEBES EVITAR

También debes de suspender la levotiroxina al menos 4 semanas antes de que te realicen tu rastreo.

⁶⁹ Gesmilo León Gemma. Endocrinología y Nutrición Hospital Dieta baja en Iodo-Cáncer de Tiroides.2015

LINFEDEMA.

¿Sabes que es el linfedema ?
¿Qué cuidado debes llevar?
¿ Cómo tratarlo y evitar
posibles complicaciones ?.



1

El Linfedema

Es el acúmulo de líquido rico en proteínas (linfa) en una extremidad como resultado de la sobrecarga del sistema linfático, en el que el volumen de la linfa acumulada excede a la capacidad de drenaje de la misma.



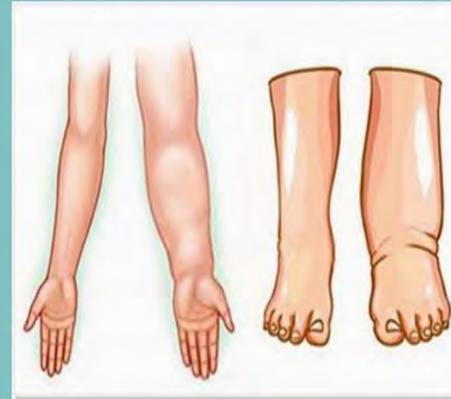
2

- Cambios en la textura de la piel.
- Dolor, hormigueo , entumecimiento u otras sensaciones incómodas y nuevas en la zona.
- Menor capacidad de movimiento o flexibilidad en las articulaciones cercanas (como manos, muñecas o tobillos, o en párpados garganta y labios).
- A medida que pasa el tiempo la zona inflamada puede aumentar de temperatura, enrojecerse, y la piel se torna roja y rígida. Si no se busca tratamiento podría perder la movilidad



SIGNOS Y SINTOMAS.

- Sensación de pesantez en brazo o pierna.
- Endurecimiento de algunas zonas del mismo
- Aumento del perímetro del brazo o pierna.



GRADOS DE LINFEDEMA.

1. Estadio I o Intraclínico: Corresponde a pacientes que presentan pesantez en su brazo o pierna pero no hay incremento en la circunferencia de la extremidad.
2. Estadio II: Linfedema reversible con la elevación del brazo.
3. Estadio III: Linfedema irreversible. No hay cambio aún con la elevación de la extremidad.
4. Estadio IV: Elefantiasis con cambios visibles en la piel.

6

RECOMENDACIONES...!!

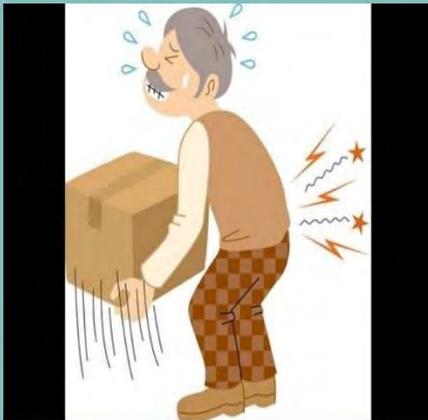
- Se debe de extremar la higiene
- Aplicar crema hidratante tras el lavado.
- Evitar ropa apretada en extremidad afectada.
- Evitar extracción de sangre, vacunas o administración de medicamentos.
- No medir glucemia capilar en dicha extremidad.
- No emplear sustancias tóxicas
- Evitar calor excesivo
- Evitar cargar cosas pesadas



7

RECOMENDACIONES...!!

- Evitar cargar objetos pesados en la extremidad afectada.
- No usar pulseras, anillos ,reloj en dicha extremidad.
- No checar la presión en la extremidad afectada
- No cargar cosas pesadas.
- Dieta equilibrada baja en sal
- Evitar los baños de sol.



Tratamiento del Linfedema.

La efectividad del tratamiento del linfedema se basa en 4 medidas fisioterapéuticas que se realizan en 2 fases:

Fase 1 o Descompresión :

- Cuidados higiénicos de la piel
- Drenaje linfático manual: Debe de ser realizado por un fisioterapeuta experto. El objetivo es la Reabsorción del linfedema.
- Vendaje compresivo : Se coloca inmediatamente después del drenaje linfático manual. El vendaje no debe causar ninguna molestia. El objetivo es: Incrementar la absorción de la linfa de los tejidos, Y disminuir el flujo del sistema venoso y aumentar su retorno.

Bibliografía.

- ⇒ **Asociación española contra el cáncer (aecc).
Madrid. 2017**
Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios
- ⇒ **American cáncer society,inc.All right reserved. The american cáncer society is a qualified. Cancer.org is provided courtesy of the Leo and Gloria Rosen Family.**

Elaboró: LEO. Fátima Juquila Orozco Pacheco
Sede: Instituto Nacional de Cancerología.

Apéndice 4.

¿SABES QUE ES EL IODO RADIOACTIVO

131?



El yodo radiactivo es un medicamento a base de yodo que emite radiación.

Para realizar este tipo de procedimiento en la tiroides es necesaria una preparación especial, que consiste en evitar alimentos y medicamentos que contengan yodo.

- ❖ El Iodo 131 se elimina a través de la orina, sudor y heces fecales, lágrimas, y secreciones vaginales.

Recomendaciones.

- La primera es suspender las píldoras de hormona tiroidea (levotiroxina) u otros hormonales como tapazol, tiamazol por 4 a 6 semanas. Esto trae como resultado que su cuerpo produzca niveles altos de TSH en forma natural.
- Además, algunos cuidados son necesarios después de la utilización del yodo radiactivo, como permanecer aislado por alrededor de 3 días, y evitar el contacto con otras personas, principalmente niños y embarazadas, hasta que los niveles del medicamento disminuyan y no haya el riesgo de contaminar a otras personas con su efecto.
- Utilice un baño privado, de ser posible, y haga correr el agua por el inodoro dos veces luego de cada uso. Haga sentado en el inodoro para evitar que la orina salpique los bordes o el piso.

- Báñese diariamente y lávese las manos con frecuencia.



- Beba una cantidad normal de líquido.
- Utilice cubiertos desechables o lave sus utensilios en forma separada a la de los demás.
- Duerma solo y evite durante tres o cuatro días el contacto íntimo prolongado.
- Lave su ropa de cama, toallas, y vestimenta diaria en su casa, en forma separada.



- No prepare alimentos para otras personas que requieran una manipulación prolongada con las manos al descubierto.
- Si usted está amamantando, tiene que dejar de hacerlo varios días antes, para asegurarse de que se haya detenido la producción de leche.
- Debe evitar quedar embarazada desde 6 meses hasta un año luego de que termina el tratamiento.



- Debe estar segura de no estar embarazada antes de recibir el I-131.

¿Cómo se realiza el procedimiento?

El radioyodo I-131 se toma en una sola dosis, en cápsula o en forma líquida.

Y es absorbido rápidamente hacia el torrente sanguíneo y concentrado desde la sangre por la glándula tiroides, donde comienza a destruir las células de la glándula.

Si bien la radioactividad de este tratamiento permanece en la tiroides por algún tiempo, disminuye en gran medida luego de unos días.

Algunos efectos secundarios a corto plazo del tratamiento con IODO son:

- ✓ Hinchazón y dolor al palpar el cuello
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Hinchazón y dolor en las glándulas salivales
- ✓ Sequedad de la boca
- ✓ Cambios en el gusto

¿Qué es la Gammagrafía de tiroides?

Es un examen indicado por los médicos para estudiar el funcionamiento de la tiroides, para investigar las enfermedades que pueden surgir en este órgano, principalmente cuando existe la sospecha de nódulos cancerígenos o que están produciendo hormonas tiroideas en exceso.

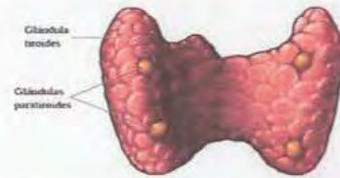
Cómo funciona:



- Para realizar el examen, se pide a la persona ingerir una cantidad del yodo radiactivo (yodo 123 o yodo 131) con un popote, a continuación, se generan imágenes en el aparato en 2 etapas, una después de 2 horas y otra después de 24 horas.

- Como la dosis de yodo radiactivo es baja, la persona puede salir y realizar sus actividades normalmente en este período.

CÁNCER DE TIROIDES.



El tiroides es un órgano que forma parte del sistema endocrino. Los órganos endocrinos son "glándulas" que están distribuidas por distintas partes del cuerpo y fabrican diferentes "hormonas".

Estas hormonas son mensajeros que viajan por la sangre y llegan a los tejidos donde regulan múltiples funciones.

En condiciones normales, es de tamaño pequeño y se palpa con dificultad.

¿Qué puede fallar? Puede alterarse su función de fabricación de hormonas



Hipotiroidismo: Se fabrica poca cantidad de hormona tiroidea

Hipertiroidismo: Se fabrica demasiada cantidad de hormona tiroidea



Puede alterarse el tamaño

Bocio simple: Crecimiento del tiroides de forma regular

Bocio nodular y nódulos tiroideos: Crecimiento de nódulos

¿Y qué es el Cáncer de Tiroides?



El cáncer de tiroides es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la glándula tiroidea.

Es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres, entre 30 y 50 años.

Presenta un crecimiento lento y pese a que tiende a propagarse por el sistema linfático a las glándulas linfáticas del cuello mantiene un pronóstico excelente, causando raramente metástasis.

Causas de Cáncer de Tiroides.

- ✓ Herencia
- ✓ Mutaciones en el ADN
- ✓ Se presenta más en mujeres De entre 30 a 50 años de edad.
- ✓ Dietas bajas en Yodo
- ✓ Exposición a radiación.

Signos y síntomas.

- ❖ Un bulto o masa en el cuello que algunas veces crece rápidamente.
- ❖ Inflamación en el cuello

- ❖ Dolor en la parte frontal del cuello que algunas veces alcanza hasta los oídos
- ❖ Ronquera u otros cambios en la voz que persisten
- ❖ Problemas de deglución (tragar alimento)
- ❖ Dificultad para respirar
- ❖ Tos constante que no se debe a un resfriado.

Opciones de tratamiento.

1. Cirugía (Tiroidectomía).



2. El tratamiento con yodo radiactivo, aunque la tasa de curación con cirugía sola es excelente.



Puede que sea necesario tratar las áreas de metástasis a distancia que no responden a la terapia, con radiación externa, terapia dirigida o quimioterapia.

Recomendaciones

1. Acude a seguimiento de todas tus citas médicas. Es importante acudir para saber si hay recurrencia o propagación del cáncer de 6 a 12 meses después.
2. Te realizarán pruebas de TSH y tiroglobulina que éstas no aumenten.
3. Recuerda hacer ejercicio. Llevar una adecuada dieta y no suspender tu tratamiento.

Realizó. Est. EEO. Fátima Juquila Orozco P.
ENEO/UNAM

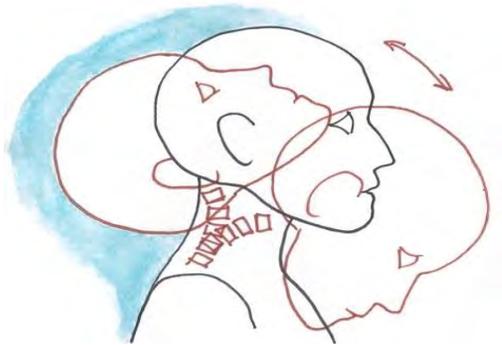
TRÍPTICO DE EJERCICIOS PARA LA DEGLUCION.

Objetivo: Mejorar y mantener un estado nutricional óptimo e intentar que Nadia retome la dieta lo más rápido posible.

1. Flexion Cervical.

Maniobra:

- ◆ Flexiona el cuello hacia adelante y hacia atrás.



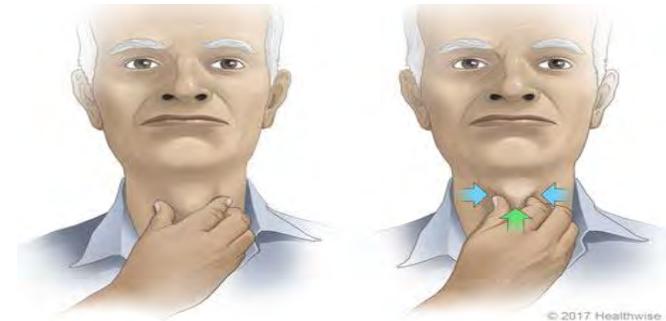
2. Maniobra de Mendelssonh.

- ◆ Aumenta la movilidad laríngea y favorece el disparo del reflejo deglutorio.

- ◆ Mejora la coordinación de la deglución.

Maniobra:

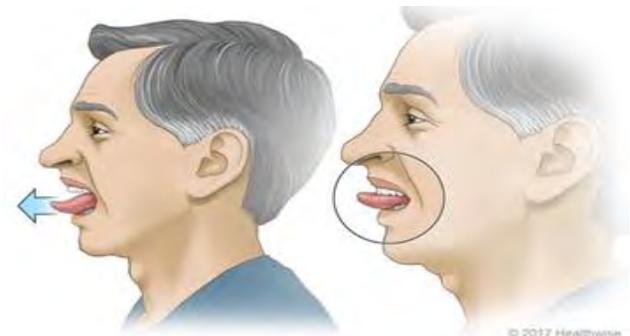
- ◆ Pedirle a Nadia que trague saliva varias veces y hacerlo consciente del movimiento del ascenso de la laringe.
- ◆ Pedirle a Nadia que mantenga la laringe elevada cuando degluta durante varios segundos



3. Maniobra de Masako.

- ◆ Va a facilitarte el movimiento en la base de la lengua.
- ◆ Facilita el paso del bolo por la faringe al esófago.

Maniobra:



- ◆ Debes deglutir con la lengua entre los dientes.
- ◆ **Esta maniobra te ayudara al movimiento de la base de la lengua y va a fortalecer esta zona.**

4. Deglucion Forzada.

- ◆ Aumenta el movimiento posterior de la base de la lengua.
- ◆ Reduce el residuo en la vallécula glótica después de la deglución.

Maniobra:

- ◆ Introduce alimento a la boca
- ◆ Traga apretando fuerte con la lengua y la garganta
- ◆ El alimento debe de ser semisólido.

5. Ejercicio de Shaker

Maniobra:

- ◆ Hay dos formas de hacer este ejercicio.
- ◆ Acuéstese de espaldas sobre el piso o en un colchón firme.
- ◆ Mantenga los hombros planos sobre el piso.
- ◆ No levante los hombros.

- ◆ Flexione el cuello hacia adelante de modo que la barbilla se acerque al pecho.
- ◆ Trate de ver los dedos de los pies.



© 2017 Healthwise

- ◆ De mantener esta posición durante 1 minuto, y luego bajar la cabeza y descansar durante 1 minuto.
- ◆ Debe mantener esta posición durante 1 minuto, y luego bajar la cabeza y continuar con la siguiente repetición.
- ◆ Repita estos pasos tantas veces como se le indique.

Referencia Bibliográfica: Ejercicios de deglución. Instrucciones de cuidado. Káiser Foundation Health Plan 2020.