

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE 3295-12**

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**MÉTODO ENFERMERO (PAE) DE “CANCER CERVICO UTERINO”  
DX. ENFERMERÍA. TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL**

**ASESOR: LIC. TOMASA JUÁREZ CAPORAL  
ALUMNO: ARRIAGA CABRERA OCTAVIO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FECHA: AGOSTO DEL 2007**

## **DEDICATORIAS**

### **A MI MADRE**

Quien siempre ha estado junto a mi en los momentos mas difíciles de mi vida, apoyándome y alentándome con la ilusión de formar un hombre de provecho, gracias a su paciencia y sus sabios consejos el día de hoy, se ve culminado un sueño que los dos anhelábamos, el termino de mi carrera profesional, y en este momento tan especial no me resta mas que darle las gracias por su paciencia y sacrificio y dedicarle con especial atención este logro en mi vida.

### **A MIS HERMANAS**

Quienes fueron parte esencial para la culminación de este logro, ya que nunca acabaría de agradecerles todo el apoyo y fe que depositaron en mi, de en verdad gracias por ser un pilar importante, por su apoyo económico, pero sobre todo emocional, para cumplir este sueño.

### **A MIS PROFESORES**

Quienes siempre me exigieron mas y mas para que el día de hoy fuera un mejor profesional, y diera lo mejor de mi, gracias por inyectarme ese amor hacia mi carrera, transmitirme ese cúmulo de conocimientos, que en conjunto con mi vocación hacia la misma, me han llevado a desempeñar y mejorar mi trabajo para realizarlo con calidad humana.

### **A MI AMIGO**

Dr. Rubén Lima Cruz quien me apoyo incondicionalmente sin conocerme, y me integro como parte de su equipo de trabajo, compartiéndome sus conocimientos, experiencias que me han sido de gran utilidad en mi desempeño laboral, gracias por brindarme su amistad y no me queda mas que reiterarle mi mas profunda admiración.

### **A MI NOVIA**

Angélica Peña Mejía, quien me apoyo incondicionalmente durante la carrera y me compartió de sus conocimientos, sobretodo en lo emocional sin pedir nada a cambio.



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
<b>CAPITULO I</b>	
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
<b>CAPITULO II</b>	
2.1 ANATOMIA Y FISILOGÍA.....	9
2.1.1 GENITALES EXTERNOS.....	9
2.1.2 GENITALES INTERNOS.....	9
2.1.3 PARTES DEL CERVIX.....	10
2.2 ESQUEMA ANATÓMICO DEL "CERVIX".....	12
2.3 FISIOPATOLOGIA.....	13
2.4 ETIOLOGIA.....	14
2.5 CUADRO CLINICO.....	15
2.5.1 CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER CERVIOUTERINO.....	15
2.5.2 ETAPA 0 O CARCINOMA IN SITU.....	15
2.5.3 ETAPA I.....	15
2.5.4 ETAPA II.....	16
2.5.5 ETAPA III.....	16
2.5.6 ETAPA IV.....	16
2.6 DIAGNÓSTICO.....	17
<b>CAPITULO III</b>	
3.1 TRATAMIENTO.....	17
3.1.1 TRATAMIENTO POR ETAPAS.....	17
3.1.2 CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA 0.....	17
3.1.3 CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA I.....	18
3.1.4 CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA II.....	19

3.1.5 CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA III .....	19
3.1.6CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA IV.....	19
3.1.7 CANCER CERVICOUTERINO - RECURRENTE.....	20
3.1.8 RADIOTERAPIA .....	20
3.1.9 CLASIFICACION DE RADIOTERAPIA .....	21
3.1.10 TIPOS DE RADIOTERAPIA.....	21
3.1.11QUIMIOTERAPIA .....	21
3.1.12 TIPOS DE QUIMIOTERAPIA.....	21
3.2 ESQUEMA FISIOPATOLOGICO DEL "CERVIX" .....	23
<b>CAPITULO IV</b>	
4.1VALORACION DE ENFERMERIA .....	24
4.1.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 1.-.....	39
4.1.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 2.....	49
4.1.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 3.....	59
4.1.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 4.....	62
4.1.5 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 5.....	77
4.1.6 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 6.....	79
4.2 PLAN DE ALTA.....	95
4.3 EVALUACION.....	96
BIBLIOGRAFÍA .....	97

## INTRODUCCIÓN

El método enfermero es una serie de pasos ordenados que permiten realizar intervenciones de enfermería de forma racional, lógica, sistemática y holística.

Este método enfermero se le realizó a una usuaria que padecía la enfermedad de cáncer cervicouterino la siguiente información será tratada con fines confidenciales respetando la individualidad de la cliente la recabación de los datos se realizó en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

Dicho método enfermero está conformado por una introducción general, objetivos, anatomía, fisiología y fisiopatología del órgano afectado, haciéndose énfasis en el plan de intervenciones de enfermería en donde se plasman las actividades realizadas al cliente, finalizando con la evaluación del cuidado otorgado durante su estancia en esta institución.

El cáncer cervicouterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en pre-cancerosas (displasia), manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas (neoplasia), sin embargo en más del 50 % de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas. Con frecuencia, en sus etapas iniciales el cáncer cervicouterino no muestra síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo. Existen diversidad de factores de riesgo de cáncer el más común es la exposición a ciertas variedades del papilomavirus humano (HPV). El HPV es una infección de transmisión sexual que en muchos casos es asintomático, dada a esta característica puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. Otros factores de riesgo no menos importantes son, el no realizarse la prueba del papanicolao periódicamente, comenzar las relaciones sexuales a temprana edad, así como tener múltiples parejas sexuales, contraer el virus de inmunodeficiencia humana ya que este debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la HPV, tener una historia familiar de cáncer cervicouterino, fumar, estado socio económico ( las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de salud).

Desgraciadamente en México la mortalidad por este tipo de cáncer ocupa el primer lugar. De hecho, cada dos horas fallece una mujer en la época más productiva de su vida a causa del descuido, ignorancia o atención tardía de este tipo de problema.

Este cáncer no discrimina edad, ya que se han presentado casos desde los 15 años y se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 30 años y después de la menopausia.

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague. Este tipo de cáncer es más visible que otros ya que con solo realizar un raspado el cuello uterino se analizarán las células en el microscopio y se podrá detener esta enfermedad.

La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cervicouterino ya que la incidencia y la severidad de una enfermedad tan fácilmente detectable y prevenible deberían convertirse en un llamado a la acción para los profesionales de salud.

Los daños que puede provocar esta patología tanto en la mujer que la padece, como en su familia, pueden ser reversibles si se le detecta a tiempo es por ello que el personal de salud y sobre el de enfermería debe hacer énfasis en la promoción de programas de pruebas para detectar el cáncer, así como informar ampliamente a cerca del procedimiento y sus beneficios.

La realización de este método nos amplía una visión de todas aquellas intervenciones que podemos realizar en pro de mejorar la salud. Tanto física, como emocional de nuestra cliente que padeció esta enfermedad, y que ahora gracias a que se le detecto a tiempo puede seguir disfrutando de una vida a lado de sus seres queridos.

## **OBJETIVO GENERAL.**

- Reafirmar mis conocimientos acerca de la enfermedad de cáncer cervicouterino a través del método enfermero con la finalidad de proporcionar una atención adecuada, eficaz e integral a mi cliente, facilitando así su pronta recuperación.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los posibles riesgos en esta patología por medio de los diagnósticos de enfermería para llevar a cabo las intervenciones independientes e interdependientes para lograr un cuidado integral.
- Proporcionar ayuda al cliente buscando su pronta recuperación mediante terapias que le ayuden a reincorporarse en actividades de su vida cotidiana
- Integrar los conocimientos teórico- prácticos a través de la realización del método enfermero para mejorar la atención otorgada al usuario en la práctica profesional.

## ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA

Las estructuras reproductoras femeninas se dividen en dos en las internas y externas.

### **GENITALES EXTERNOS.**

- Vulva
- Monte de Venus
- Labios mayores
- Labios menores
- Clítoris
- Vestíbulo ( meato uretral, orificio vaginal, glándulas de skene, glándulas de bartholin).
- Perineo
- ano

### **GENITALES INTERNOS.**

- Vagina
- Cervix
- Útero
- Trompas de Falopio
- Ovarios

## **El cuello uterino o cérvix uterino**

Es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina, y es un componente anatómico exclusivo de la mujer. Esta apertura o hueco deja que salga la sangre del útero durante la menstruación. También deja que entren los espermatozoides al útero y a las trompas de Falopio.

Aunque, por lo general mide, de 3 a 4 cm de longitud y unos 2,5 cm de diámetro, el cérvix se puede dilatar unos 10 cm durante el parto para dejar que pase el bebé, y su tamaño puede variar según la edad, el número de partos y el momento del ciclo menstrual de la mujer.

## **PARTES DEL CERVIX**

### EXOCÉRVIX O ECTOCÉRVIX

Es la parte que se visualiza más fácilmente del cuello uterino a través de la vagina. Está rodeado por los fondos de saco vaginales. Está recubierto por un epitelio escamoso estratificado rosado, de múltiples capas celulares. Las capas celulares intermedia y superficial del epitelio escamoso contienen glucógeno.

### ENDOCÉRVIX

No es visible en gran parte, porque se encuentra en el centro del cérvix formando el canal endocervical que une el orificio cervical externo (OCE) con la cavidad uterina. Está recubierto por un epitelio cilíndrico rojizo de una única capa celular.

### ORIFICIO CERVICAL EXTERNO

Es el que comunica en canal cervical del cuello uterino con el orificio cervical interno. Varía de acuerdo al número de partos, encontrándose en la nulípara en forma de una abertura circular de poco diámetro, en la múltipara el aspecto cambia a causa de los desgarros del parto, adquiriendo el aspecto de hendidura transversal y estrellada en casos de desgarros oblicuos, que deforman la arquitectura del cérvix trayendo como consecuencia el ectropión o eversión del epitelio endocervical.

### CANAL ENDOCERVICAL

Se extiende desde el orificio cervical externo hasta el orificio cervical interno (OCI), mide unos 6 mm de diámetro, esta revestido en todo su trayecto del epitelio endocervical cilíndrico monoestratificado secretor de moco, lo que le permite estar ocluido totalmente en su luz por el moco cervical, constituyendo el llamado tapón mucoso endocervical, que impide que los gérmenes procedentes de la vulva, vagina y exocérnix asciendan a los genitales internos, este tapón se expulsa al comenzar la fase de pródromos de parto o el inicio del trabajo de parto, en forma de flemas o flemas con sangre.

### ORIFICIO CERVICAL INTERNO

No se observa a simple vista, se necesita hacer ecografía transvaginal para evidenciarlo. Suele medir no más 10 mm, delimita el canal endocervical con el útero, a nivel de una estructura conocida como istmo, durante el embarazo normal actúa como un esfínter, que al fallar ocasiona una incompetencia cervical con borramiento y dilatación subsiguiente del cérvix, provocando aborto tardío y el nacimiento pretérmino.

### UNIÓN ESCAMOSO-CILÍNDRICA

También unión escamo-columnar, exoendo-cervical, cilindro-epidermoide: Es la unión del epitelio cilíndrico con el epitelio escamoso y se suele localizar generalmente en el orificio cervical externo, pero varía según la edad, el momento del ciclo menstrual y otros factores como el embarazo y el uso de anticonceptivos orales.

<sup>1</sup>.BEREK S. Jonathan. Ginecología de novak. Ed. Mc graw hill. 13ª edición. México. 2003. 1156 pp.

**ESQUEMA ANATÓMICO DEL "CERVIX"**

## **FISIOPATOLOGIA**

El cáncer Cervico-uterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en pre-cancerosas (displasia), manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas (neoplasia), que afecta el útero, sobre todo en su cuello y en el endometrio, que es su pared interna, en la que se forma cada mes la capa sanguínea que produce la menstruación. Se cree que su origen puede estar relacionado con la producción de estrógeno, ya que esta hormona estimula el crecimiento del endometrio. Antes de la menopausia la producción de diversas hormonas como la progesterona, el estrógeno y otras intervienen en el ciclo menstrual, pero si por alguna razón durante el ciclo solamente se produce estrógeno, el endometrio crece sin control desarrollando el cáncer.

La mayoría (quizás todos) de los carcinomas cervicales invasivos de células escamosas se originan de cambios epiteliales precursores conocidos como neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Sin embargo, no todos los casos de NIC evolucionan hasta el cáncer invasivo.

Estos cambios pre-cancerosos conocidos como NIC benigno con atipia mínima con el tiempo son más notables en algunas mujeres y finalmente aparece un carcinoma declarado. Por un precedente consagrado por el tiempo, los cambios tempranos se refieren como displasia, pero después pueden convertirse en cambios anaplásicos en su camino hacia el carcinoma in situ y, en algunos casos, en carcinoma invasivo.

La gravedad y extensión de la atipia celular se gradúa de la manera siguiente:

- NIC I: displasia leve.
- NIC II: displasia moderada
- NIC III: displasia grave y carcinoma in situ.

Por las dificultades de separar un grado de otro se recomienda la división simple en lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado. Las lesiones de bajo grado corresponden a NIC I o condilomas aplanados y las lesiones de alto grado a NIC II o III. La evolución de un bajo grado a un grado más alto no es inevitable. Aunque los estudios varían, con NIC I la probabilidad de regresión es casi de 50 a 60 %; de persistencia, 30%, y de evolución a NIC III la probabilidad de regresión es de apenas 33% y de evolución 6 a 74% (en varios estudios). Es evidente que en cuanto mayor sea el grado de NIC, mayor es la probabilidad de evolución, pero debe notarse que en muchos casos las lesiones, incluso de alto grado, no evolucionan a cáncer.

Los cambios epiteliales cervicales incluidos en término NIC se inician con displasia leve (NIC grado I). En esta etapa la atipia celular es mínima y afecta el tercio o cuarto inferior del epitelio. Estos cambios pueden observarse en el epitelio cervical habitual o en el epitelio aplanado notable por cambios coilocitóticos (a veces se denomina condiloma plano). La coilocitosis constituye una angulación nuclear rodeada por vacuolización perinuclear producida por un efecto viral citopático, en este caso el virus del papiloma humano (HPV 16, 18, 31, 33 poseen genes que luego de integrarse al genoma celular codifican proteínas que bloquean o inactivan los genes supresores del tumor p53 y Rb en la célula epitelial "blanco" y de esta manera permiten su proliferación descontrolada) los cambios coilocitóticos se observan sobre todo en las capas altas del epitelio. Con el avance a NIC II la displasia se hace más grave y afecta la mitad inferior del epitelio.

Se acompaña de cierta variación en el tamaño de la célula y del núcleo, y con mitosis de apariencia normal por arriba de la capa basal.

Estos cambios se designan displasia moderada. La capa superficial de células aun esta bien diferenciada, pero ciertos casos muestran los cambios coilocitoticos descritos. El siguiente paso en la evolución es la displasia grave (NIC grado III), notable por la mayor variación en el tamaño en la célula y del núcleo, orientaron desordenada de las células y mitosis normales o anormales; estos cambios afectan casi todas las capas del epitelio. La diferenciación de las células de la superficie y los cambios coilocitoticos por lo general han desaparecido. Con el tiempo estos cambios se hacen más atípicas y pueden extenderse al interior de las glándulas endocervicales, pero las alteraciones se confinan a la capa epitelial y sus glándulas. Es evidente que estos cambios constituyen carcinoma in situ. La siguiente etapa, cuando se presenta, es cáncer invasivo. Sin embargo, como se recalco antes, no son inevitables la evolución ni la presentación de carcinoma invasivo.

### **ETIOLOGIA**

- No hacerse la prueba de detección de cáncer cervicouterino periódicamente ( papanicolao)
- Comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana ( - 16 años)
- Tener parejas sexuales múltiples, o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples
- Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola mas vulnerable a la infección por el HPV.
- Tener una historia familiar de cáncer cervicouterino
- Grupo de edad (las mujeres de 30- 60 años de edad corren un riesgo mayor y este también aumenta con la edad.
- Fumar
- Estado socioeconómico ( las tasas de mortalidad e incidencia son mas elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tiene acceso a los servicios de diagnostico y tratamiento)
- Exposición a ciertas variedades del papiloma virus humano ( HPV) sobre todo al 16,18, 31,33
- Raza
- Alta paridad
- Mujeres que nunca tuvieron hijos

## **CUADRO CLINICO**

- Secreción vaginal maloliente
- Pérdida de peso
- Uropatía obstructiva
- Hemorragia vaginal (irregular o posmenopáusicas)
- Hemorragia poscoital
- Disuria
- Leucorrea
- Dolor abdominal
- Debilidad generalizada
- Anorexia

## **CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO**

Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer cervicouterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado. Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino:

### **ETAPA 0 O CARCINOMA IN SITU**

El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

### **ETAPA I**

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa IA: una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino

Etapa IB: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino

## **ETAPA II**

El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

etapa IIA: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina

etapa IIB: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino

## **ETAPA III**

El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

## **ETAPA IV**

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

etapa IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino)

etapa IVB: el cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones

## **DIAGNÓSTICO**

- Examen físico ( palpación de ganglios supraclaviculares e inguinales para excluir la presencia de enfermedad metastasica)
- Papanicolao ( se realiza un raspado el cuello uterino y se analizan las células en el microscopio y de acuerdo al numero de las mismas y con algunas características especificas se determina si hay células cancerigenas y en el estadio en el cual se encuentra)
- Tacto rectal
- Examen digital o tacto vaginal
- Colposcopia ( para toma de una biopsia)

## TRATAMIENTO

### **TRATAMIENTO POR ETAPAS**

Los tratamientos para el cáncer cervicouterino dependen de la etapa en que se encuentra la enfermedad, del tamaño del tumor, y de la edad de la paciente, su estado de salud general y su deseo de tener hijos.

El tratamiento del cáncer del cuello uterino puede ser postergado durante el embarazo dependiendo de la etapa en que se encuentre el cáncer y el progreso del embarazo.

Se puede recibir tratamientos estándares, cuya eficacia ya ha sido probada en pacientes que participaron en pruebas anteriores o se puede optar por participar en un ensayo clínico. No todas las pacientes se curan con la terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios de los deseados. Por estas razones, los ensayos clínicos están diseñados para encontrar mejores maneras de tratar a las pacientes con cáncer y se basan en la información más actualizada.

### **CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA 0**

El cáncer cervicouterino en etapa 0 a veces también se conoce como carcinoma in situ.

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de excisión electroquirúrgica (LEEP)
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, el cuello uterino y el útero (histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

### **CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA I**

El tratamiento puede ser en uno de los siguientes, dependiendo de la profundidad a la cual las células del tumor hayan invadido el tejido normal:

### **PARA EL CÁNCER EN ETAPA I A:**

1. Cirugía para extirpar el cáncer, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingooforectomía bilateral), pero generalmente no se extraen en mujeres jóvenes.
2. Conización.
3. Para tumores con invasión más profunda (3-5 milímetros): cirugía para extraer el cáncer, el útero y el cuello uterino y parte de la vagina (histerectomía radical) junto con los ganglios linfáticos en la región pélvica (disección de ganglios linfáticos).
4. Radioterapia interna.

### **PARA EL CÁNCER EN ETAPA I B:**

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

### **CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA II**

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

#### **PARA EL CÁNCER EN ETAPA II A:**

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

#### **PARA EL CÁNCER EN ETAPA II B:**

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

### **CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA III**

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

### **CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA IV**

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

#### **PARA EL CÁNCER EN ETAPA IV A:**

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IV B:

1. Radioterapia para aliviar síntomas causados por el cáncer.
2. Quimioterapia.

### **CANCER CERVICOUTERINO - RECURRENTE**

Si el cáncer reapareció en la pelvis, el tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia combinada con quimioterapia.
2. Quimioterapia para aliviar los síntomas ocasionados por el cáncer.

### **RADIOTERAPIA**

La radioterapia se utiliza como tratamiento hace más de un siglo. El primer informe de una curación a través de radioterapia data de 1899,

poco después de 1895 cuando Roentgen descubre los rayos X y al año de 1898 cuando Curie descubrió el radio. Es en 1922 cuando la Oncología se establece como disciplina médica. Desde ese momento, la radioterapia, al igual que el resto de las técnicas utilizadas para tratar el cáncer, ha evolucionado. La aparición en 1953 del acelerador lineal -un aparato que emite radiaciones-, y el uso del cobalto son dos de los grandes pasos que ha dado la ciencia en este terreno.

Hasta la década de 1980, la planificación de la radioterapia se realizaba con radiografías simples y verificaciones 2D o en dos dimensiones. El radioterapeuta no tenía una idea certera de la localización exacta del tumor.

A partir de 1980, con la radioterapia conformada en tres dimensiones (**RT3D**), gracias a la ayuda del TAC y a los sistemas informáticos de cálculo dosimétrico, se obtienen imágenes virtuales de volúmenes de tratamiento.

A partir de la década de 1990, otras técnicas de imagen como la RMN, ecografía y PET, se han incorporado a la planificación de la radioterapia, con las que se obtiene una delimitación más exacta del volumen tumoral para respetar a los tejidos sanos.

La radioterapia por intensidad modulada (IMRT: Intensity-modulated radiation therapy) es una forma avanzada de RT3D más precisa, en la que se *modula* o controla la intensidad del haz de radiación, obteniendo alta dosis de radiación en el tumor y minimizando la dosis en los tejidos sanos. Para ello utiliza modernos aceleradores lineales con colimador multiláminas y sofisticados sistemas informáticos de planificación dosimétrica y verificación de dosis.

Ya en el siglo XXI, empiezan a surgir complejos sistemas de radioterapia 4D, es decir, una radioterapia que tiene en cuenta los movimientos fisiológicos de los órganos como los pulmones durante la respiración.

## CLASIFICACION DE RADIOTERAPIA

- **Radioterapia exclusiva:** El único tipo de tratamiento oncológico que recibe el paciente es la radioterapia. Por ejemplo en el cáncer de próstata precos.
- **Radioterapia adyuvante:** Como complemento de un tratamiento primario o principal, generalmente la cirugía. Puede ser neoadyuvante si se realiza antes de la cirugía, pero sobre todo la adyuvancia es la que se realiza después de la cirugía (postoperatoria).
- **Radioterapia concomitante, concurrente o sincrónica:** Es la radioterapia que se realiza simultáneamente con otro tratamiento, generalmente la quimioterapia, que mutuamente se potencian.

## TIPOS DE RADIOTERAPIA

- **Radioterapia radical o curativa:** Es la que emplea dosis de radiación altas, próximas al límite de tolerancia de los tejidos normales, con el objetivo de eliminar el tumor. Este tipo de tratamiento suele ser largo y con una planificación laboriosa, donde el beneficio de la posible curación, supera la toxicidad ocasionada sobre los tejidos normales.
- **Radioterapia paliativa:** En este tipo se emplean dosis menores de radiación, suficientes para calmar o aliviar los síntomas del paciente con cáncer, con una planificación sencilla y duración del tratamiento corto y con escasos efectos secundarios. Generalmente es una radioterapia antiálgica, pero también puede ser hemostática, descompresiva, para aliviar una atelectasia pulmonar.

## QUIMIOTERAPIA

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

Por tanto, la quimioterapia es la utilización de diversos fármacos que tiene la propiedad de interferir con el ciclo celular, ocasionando la destrucción de células.

## TIPOS DE QUIMIOTERAPIA

- **Poliquimioterapia:** Es la asociación de varios citotóxicos que actúan con diferentes mecanismos de acción, sinérgicamente, con el fin de disminuir la dosis de cada fármaco individual y aumentar la potencia terapéutica de todas las sustancias juntas. Esta asociación de quimioterápicos suele estar definida según el tipo de fármacos que forman la asociación, dosis y tiempo en el que se administra, formando un *esquema de quimioterapia*.
- **Quimioterapia adyuvante:** Es la quimioterapia que se administra generalmente después de un tratamiento principal como es la cirugía, para disminuir la incidencia de diseminación a distancia del cáncer.
- **Quimioterapia neoadyuvante o de inducción:** Es la quimioterapia que se inicia antes de cualquier tratamiento quirúrgico o de radioterapia con la finalidad de evaluar la efectividad *in vivo* del tratamiento. La quimioterapia neoadyuvante disminuye el estadio tumoral pudiendo mejorar los resultados de la cirugía y de la radioterapia.

- **Radioquimioterapia concomitante:** También llamada quimiorradioterapia, que se administra de forma concurrente o a la vez con la radioterapia con el fin de potenciar el efecto de la radiación o de actuar espacialmente con ella, es decir potenciar el efecto local de la radiación y actuar de forma sistémica con la quimioterapia.

## **FÁRMACOS ANTITUMORALES::**

**Agentes alquilantes:** su mecanismo de acción general, es el daño inducido al ADN celular al incorporar grupos alquilo, y de esta manera alterar o evitar la duplicación celular. Ejemplos: clorambucil, melfalan.

**Antimetabolitos:** Sustancias análogas a componentes naturales:

- Análogo del ácido fólico: metotrexato
- Análogo de la purina: 6-mercaptopurina
- Análogos de la pirimidina: 5-cluoracilo, ara-c
- **Alcaloides de la vinca:**
- **Antibióticos antitumorales:**
- **Cisplatino y derivado**
- ROBBINS.K.Cotran. Patología humana. Ed. Mc graw hill. Sexta edición. México. 2002. 836 pp.

**ESQUEMA FISIOPATOLOGICO DEL "CERVIX"**



## **ENFERMERIA**

Fecha: 22-Marzo-2006

Unidad: Hospital Regional Adolfo López Mateos ISSSTE

Nombre F.P.J

Edad: 54 años. Sexo: Femenino

Servicio: Hospitalización

Fecha de nacimiento: : 6 DICIEMBRE 1951

Dx médico de ingreso: cáncer cervicouteino

Valoración realizada por Octavio Arriaga Cabrera.

### **Diagnósticos de enfermería:**

- 1.- Dolor agudo r/c conducta expresiva m/p informe verbal
- 2.- Trastorno de la imagen corporal r/c tratamiento de la enfermedad m/p pérdida de una parte corporal, miedo al rechazo o a las reacciones de los otros.
- 3.- Duelo disfuncional r/c idealización del objeto perdido (parte corporal) m/p expresión de sufrimiento por la perdida
- 4.-Disfunción sexual r/c conceptos erróneos o falta de conocimientos m/p incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción
- 5.- Sufrimiento espiritual r/c dolor m/p manifiesta sentirse abandonada o sentir cólera hacia dios
- 6.- Riesgo de Infección r/c procedimientos invasivos

### I. INTERCAMBIO

-CEREBRAL

Nivel de conciencia

Persona

❖

Lugar

❖

Tiempo

❖

Apertura de ojos

Normal

❖

con problema

Reflejo pupilar isocoricos

-CARDIACO

Ritmo cardiaco normal 85/minuto

Arritmia

Taquicardia  
  
Bradicardia

Tensión arterial  
Brazo: derecho 130/80      Izquierdo 120/80

-PERIFÉRICO

PULSO	Ausente	Débil	Normal	Fuerte
Carotideo			❖	
Apical			❖	
Braquial			❖	
Radial			❖	

Temperatura  
Región

Axilar

°C

36.6 °C

Hipertermia

Hipotermia

Piel

Normal

Color

Normal

Pálida

Cianótica

Ictérica

Otros

---

-OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria

22<sup>x</sup>

Respiración  
regular

Irregular

Presencia de:

Disnea

Ortopnea

Taquipnea

Bradipnea

Tos

Espujo

Color

Cantidad

Ruidos respiratorios

Burbujeo

Estertor

Localización:

Tubos respiratorios

Si

No

-Integridad de la piel

Piel

Integra

Quemaduras

Petequias

Eritema

Úlcera

Herida

Abrasiones

Contusiones

Incisión quirúrgica

Resequedad de la piel

Edema

+

++

+++

Otros

la cliente fue sometida a una Histerectomía Total Abdominal porque se le detecto un cacu estadio II

Características: la herida se observa limpia, sin signos de infección

Localización:

-NUTRICIÓN

Dieta indicada por el médico: liquida

Comidas

1

2

3

más

DENTADURA	Completa	Parcial	Incompleta
Superior			❖
Inferior			❖

Alimentos que le gusten: todos

Alimentos que le hacen daño: Ninguno.

Cambio actual en el apetito

Si

No

Observaciones: ella refiere que debido a su estado de animo a veces descuidaba su alimentación, porque casi no le da hambre

⁻  
Ingesta de cafeína

Si

No

Frecuencia: 2 tazas al día

Talla

Peso

Somatometría

Estado de boca y encías

Color: rojo.

Húmeda: si

Lesiones: Ninguna.

Utilización de prótesis

Si

No

ELIMINACIÓN

Ritmo Intestinal habitual

Normal

Alteración actual

Estreñimiento

Diarrea

Incontinencia

Remedio para la alteración

Líquido

Alimentos

Enema

Fármacos

Ruidos intestinales

Si

No

Localización:

CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES

(Datos Históricos)

Color: Café

Olor: normal

Consistencia: semilíquida

(Datos actuales)

Color: cafe oscuro

Olor: normal

Consistencia: semisólida

Frecuencia: 2 veces al día

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA

(Datos Históricos)

Color: a veces su orina se tornaba color naranja, o amarillo

Olor: fetida

Ph:

(Datos actuales)

Color: amarilla clara

Olor: normal

Ph:

Sonda Foley

Si

No

Cantidad en :

65

12 horas

780

24 horas

1560

Presencia de:

Anuria

Polaquiuria

Disuria

Hematuria

Otros: antes de que le detectaran el CACU si le dolía al orinar mucho ahora que la operaron ya no

### SENTIMIENTO

Dolor Malestar

Desde el inicio de su enfermedad ha empezado a tener dolor

Si

No

Intensidad del dolor.

+

++

+++

En que parte del cuerpo le da dolor: si refiere dolor físicamente y mas emocionalmente porque le retiraron su matriz

Se agrava el dolor con alguna cosa: Con el movimiento

Con qué mitiga el dolor: Con medicamento que me aplican

Localización:

### COMUNICACIÓN

Función de lectura:

Normal

Dificultad

Incapaz

Función de escritura

Normal

Dificultad

Incapaz

Función del habla

Normal

Dificultad

Incapaz

MOVIMIENTO

Percepción Sensorial

Alteración

Vista

Si

No

Oído

Si

No

Olfato

Si

No

Gusto

Si

No

Tacto

Si

No

Reflejo

Si

No

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

-AUTOCUIDADO

Actividad independencia total

Practica ejercicio

Si

No

Actividad ayuda con aparatos

No

Actividad ayuda con personas

No

Actividad ayuda con aparatos y personas

No

Dependencia total

No

ACTIVIDAD

Fatiga

Si

No

Debilidad

Si

No

REPOSO

¿Cuántas horas duerme regularmente por la noche?

9 horas

¿Siente descanso al despertar?

si

Auxiliares del sueño

No

CONSERVACIÓN DEL ENTORNO

Distribución de cuartos que tiene la casa

cocina

Baño (s)

Escalera

Cuenta con:

Agua

Drenaje

Luz eléctrica

Tiene animals

Si

No

Se encuentran

Dentro de la casa

Fuera de la casa

La casa es:

Propia

Rentada

Otros

### CONSERVACIÓN DE LA SALUD

¿A qué servicio de salud tiene usted acceso?

ISSSTE

¿A qué servicio de salud acudió antes de llegar a esta unidad?  
al centro de salud en donde le detectaron en su papanicolao el  
virus del papiloma humano y un CACU estadio II y la canalizaron a  
esta institución.

¿En qué servicio lo han atendido en esta unidad?

Hospitalización, laboratorio, consulta externa (oncológica)

### \_RELACIONES

Estado civil

casada

Vive con:

Familia

Solo

Otros

Tiene hijos

Si

No

Edades

36, 32, 25, 22

Sexos

Varones todos

Trabaja actualmente

Si

No

Ocupación  
Ama de casa

Agrado por la ocupación

si le gusta hacer las labores de su hogar pero desde que se enfermo ya no tiene ganas de nada

Preocupaciones laborales: no

Gasto energético:

Físico

Mental

Estudia

Si

No

## RELACIONES SEXUALES

Mujer:

Menarca

Menopausia

Frecuencia con que tiene relaciones sexuales.

antes de que le diagnosticaran la enfermedad tenia 2 veces a la semana relaciones pero refiere tener temor de volver a su vida sexual activa ya que cree que ya no va a hacer lo mismo porque dice que ya no satisfacera a su esposo porque ya no tiene su matriz y a lo mejor ya no sentirá lo mismo.

Posibilidades de embarazarse

Si

No

Historia de embarazos.

G1 15 años,( producto vivo, G2 19 años producto vivo, G3 26 años producto vivo, G4 29 años producto vivo.

Gestaciones

4

Abortos

Parto (s)

Normal

Cesárea

Problemas con el embarazo

Ninguno

Hombre:

Posibilidad de embarazar

Si

No

### CONOCIMIENTO

Antecedentes de salud

¿Qué problemas de salud ha tenido anteriormente?

Varicela,( a los 9 años) , Infecciones vaginales recurrentes, dolores abdominales, cáncer cervicouterino

¿Cuál es su enfermedad actual?

pues me retiraron la matriz por padecer cáncer Cervico uterino

¿Cuál fue la causa que le ocasiono la enfermedad?

refería que el medico le dijo que era por causa de el virus del papiloma humano, y también porque tuvo familiares que murieron de esta enfermedad

¿Qué malestares le ocasiono la enfermedad?

dolores abdominales, sangrados ,dolor al orinar, flujo mal oliente, se sentía débil

### FACTORES DE RIESGO

¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión o diabetes?

si

Fuma

Si

No

¿Cuántas cajetillas al día?.

1 cajetilla al dia

¿Consume alcohol?

Si

No

¿Con qué frecuencia?

Ocasionalmente

Frecuentemente se encuentra estresado

Si

No

¿Qué hace para mitigar el estrés?

nada

### PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

¿Está enterado el paciente de su problema actual de salud?

si

No

Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de enfermería en esta unidad ?

Me han revisado,le tomaba la presión, le tienden su cama, aplican medicamento, platican con ella. que aunque no recuerde todo lo que le hacen, si recuerda que en su enfermedad si la han ayudado mucho.

Sabe para que le sirven esos cuidados?  
si para que me recupere lo más pronto posible

¿Le son de utilidad?

Si

#### MEDICACIÓN ACTUAL

¿Qué medicamentos toma actualmente?

Analgésicos, antibioticos

¿Con qué frecuencia?

el personal de enfermería lleva mis horarios

¿En qué dosis?

No se

¿Sabe para que le sirven?

#### DISPONIBILIDAD

Disponibilidad del paciente por aprender

Si

No

Solicita información

Si

No

Memoria intacta:

Intacta

Solo reciente

Solo remota

ELECCIÓN

Participación

Aceptación de la enfermedad

Si

No

Cumplimiento con el tratamiento terapéutico

Si

No

Aceptación del paciente por modificar actitudes personales y de su entorno para prevenir enfermedades.

Si

No

#### JUICIO

Aceptación del problema

Si

No

Toma usted las decisiones usted en caso de presentarse algún problema

Si

No

¿Quién?

En caso de que yo no pueda mi esposo o mis hijos

#### AFRONTAMIENTO

¿Cómo resuelve usted habitualmente sus problemas?

Enfrentándolos o pidiendo consejos

#### SENTIMIENTO

Emocional, integridad, estado.

Recientemente le han ocurrido cosas que le estresan?

ella refiere que desde que le quitaron su matriz no sabe si cuando ella tenga relaciones con su marido el sentirá lo mismo y ella también, tiene miedo a no satisfacerlo y que eso ocasione que se enojen y se divorcien, a además se siente incompleta e inútil siente que perdió una parte muy valiosa de ella y que después de la cirugía se siente triste ,sola , y sin ganas de hacer nada, y aun no comprende como es que siendo ella una buena católica le haya pasado a ella

¿siente ansiedad?

Si

No

¿se siente afligido? si

¿Qué hace para relajarse? nada

## RELACIÓN

Socialización.

Facilidad para relacionarse con otras personas.

Muy poca

Personas que le pueden ayudar.

Mis hijos y mi esposo

---

## OTROS

### PERCEPCIÓN

Concepto de uno mismo

¿Como es su manera de ser habitualmente?

Soy tranquila casi no salgo desde que me detectaron la enfermedad me siento sola, sin ganas de nada, no me siento apoyada, me siento cansada con mucho sueño, antes de mi enfermedad era alegre ,me gustaba salir con mis hijos , nietos y mi marido .

¿Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad?

Si mucho

**FECHA:** 22-MARZO-2006 **UNIDAD:** HOSPITAL REGIONAL ADOLFO LÓPEZ MATEOS ISSSTE **NOMBRE F.P.J** **EDAD:** 54 AÑOS.  
**SEXO:** FEMENINO **SERVICIO:** HOSPITALIZACIÓN **FECHA DE NACIMIENTO:** : 6 DICIEMBRE 1951  
**DX MÉDICO DE INGRESO:** CÁNCER CERVICOUTEINO

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL:** 1.- Dolor agudo r/c conducta expresiva m/p informe verbal  
**RESULTADOS ESPERADOS:** control del dolor

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

#### **INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES**

##### **❖ MANEJO DE LA MEDICACIÓN**

**1.- administrar fármacos de acuerdo a la prescripción medica.**

**Ketorolaco 30 mg I.V. c/8 hrs.**

### **FUNDAMENTACIÓN:**

La administración de fármacos en forma segura y eficiente con respecto a tipos, presentación, conservación, vida media, vida de ministración, efectos, interacciones farmacológicas y otros, evitan y disminuyen reacciones adversas en el paciente.

Los fármacos son llamados también drogas, que son sustancias de origen animal o mineral que al penetrar al organismo producen una reacción celular y se emplean en la medicina.

El ketorolaco se usa para aliviar el dolor moderadamente fuerte, por lo general después de una operación quirúrgica. Pertenece a una clase de medicamentos llamados antiinflamatorios sin esteroides. Funciona al detener la producción de una sustancia que causa dolor, fiebre e inflamación.

**Acción Terapéutica:** Analgésico, antiinflamatorio.

**Indicaciones:** Tratamiento del dolor post-operatorio agudo moderado a grave.

**Propiedades:** El kerotolaco es un antiinflamatorio no esteroide, con acciones analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas, cuyo mecanismo de acción está relacionado con su capacidad inhibitoria de la síntesis de prostaglandinas y un efecto analgésico periférico. No se ha demostrado ningún efecto sobre los receptores opioides. Es

absorbido con rapidez luego de la administración oral e I.M., con un pico de concentración plasmática entre 1 y 2 horas. La vida media de eliminación en jóvenes varía entre 4 a 6 horas y en ancianos, entre 5 y 8 ½ horas; más del 99% del ketorolaco se une a las proteínas plasmáticas.

En general, si se administra cada 6 horas, la meseta de concentración plasmática se alcanza a las 24 horas, por lo que puede requerirse una dosis de carga (doble de la de mantenimiento) para acortar el período en que se alcanza un importante efecto analgésico. La principal vía de eliminación del ketorolaco trometamina y sus metabolitos (para-hidroxilados y conjugados) es la urinaria (92%), excretándose el resto (6%) por heces. En pacientes con creatininemias entre 1.9 mg y 5 mg%, la depuración de ketorolaco se reduce a la mitad de la normal, aproximadamente. La disminución de la albúmina sérica (por ej.: en la cirrosis hepática) podría cambiar también su depuración; sin embargo, no se ha observado correlación entre concentraciones plasmáticas de albúmina y depuración de ketorolaco en pacientes con cirrosis hepática. No atraviesa la barrera hematoencefálica.

**Posología:** Vía: I.M, I.V. La dosis diaria deberá individualizarse según la intensidad del dolor; se acepta como dosis máxima 90 mg/día. *Vía parenteral:* dosis inicial 10 mg. *Dosis subsiguientes:* 10 mg a 30 mg cada 8 horas con 2 días de duración máxima del tratamiento. Los tratamientos prolongados han sido asociados con efectos adversos, en algunos casos graves.

**Efectos Colaterales:** La frecuencia de reacciones adversas luego de un uso a corto plazo de los AINES es, en general, de la mitad a una décima parte de la frecuencia de efectos adversos luego del uso crónico. Los efectos colaterales más frecuentes (> 1%) incluyen náuseas, dispepsia, epigastralgia, diarrea, somnolencia, mareos, cefalea, sudoración y dolor en el sitio de la inyección luego de la administración de varias dosis. Los efectos menos frecuentes (< 1%)

incluyen astenia, mialgia, palidez, vasodilatación, constipación, flatulencia, anormalidades en el funcionamiento hepático, melena, úlcera péptica, hemorragia renal, estomatitis, púrpura, sequedad de boca, nerviosismo, parestesias, depresión, euforia, sed excesiva, insomnio, vértigo, disnea, asma, alteraciones del gusto y la visión. Polaquiuria, oliguria.

El ketorolaco no es un narcótico y por lo tanto no ha demostrado acción adictiva ni dependencia física.

**Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al ketorolaco. Embarazo, parto y lactancia. Menores de 16 años. Insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal con creatininemia > 5 mg%. Úlcera gastroduodenal en evolución o antecedentes de úlcera o hemorragia digestiva. Pacientes con hemorragia cerebrovascular sospechada o confirmada, diátesis hemorrágica o anomalías de la hemostasia. Pacientes con hipovolemia o deshidratación aguda. Síndrome de pólipo nasal parcial o completo, angioedema, reacción broncospásmica a la aspirina u otro antiinflamatorio no esteroide

**Advertencias:** Se recomienda su uso en el corto plazo ya que, en los pacientes tratado crónicamente (> - 3 meses), el riesgo de úlcera gastroduodenal, hemorragias, habiéndose constatado más accidentes gastrointestinales fatales en ese grupo etario. Debe ser usado con cuidado en insuficiencia hepática, renal o en pacientes con antecedentes de enfermedades hepáticas o renales. Al igual que con otros AINE, su administración prolongada puede provocar necrosis renal papilar. En el hombre se ha observado, luego del uso crónico por vía oral, hematuria y proteinuria. Otro tipo de toxicidad renal se ha observado en situaciones en las que ocurre una reducción del volumen sanguíneo o del flujo sanguíneo renal, en las que las prostaglandinas renales desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la perfusión renal. La administración de AINE puede causar una

reducción dependiente de la dosis de la formación de prostaglandinas renales y precipitar una insuficiencia renal aguda. Debe ser usado con cuidado en insuficiencia cardíaca e hipertensión.

Las modificaciones de las enzimas hepáticas (aumento de GOAT y GPT) pueden ser transitorias o no, por lo que en estos casos los pacientes deben ser monitoreados con frecuencia. El ketorolaco inhibe la agregación plaquetaria y puede prolongar el tiempo de sangría, pero la incidencia de hemorragias post-operatorias es muy baja (0,4% contra 0,2% -control-). Sin embargo, debe usarse con precaución en el preoperatorio. No se recomienda su uso en mayores de 65 años y tampoco en analgesia obstétrica, ya que por su efecto inhibitorio de la síntesis de prostaglandinas puede disminuir las concentraciones uterinas y modificar la circulación fetal.

**Interacciones Medicamentosas:** No administrar a pacientes tratados con altas dosis de salicilatos. Al igual que otros AINE, puede aumentar los niveles sanguíneos de litio cuando se administran en forma conjunta. Con la administración de ketorolac y metotrexato puede disminuir la depuración del metotrexato y aumentar su concentración plasmática. Debido a la acción del ketorolaco sobre la agregación plaquetaria no es conveniente su asociación con heparina o anticoagulantes orales.

El profesional de enfermería está obligado a conocer la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos que comúnmente administra, tomando en cuenta las reacciones colaterales, y sobretodo aplicando adecuadamente la regla de los 5 correctos.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

### **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

**2.- observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

Una intoxicación es un evento donde un organismo vivo es expuesto a un químico que afecta adversamente el funcionamiento del organismo. Los envenenamientos pueden resultar de exposiciones accidentales, intentos suicidas, sobredosis durante el curso de una terapia, errores de prescripción o como consecuencia de abuso de sustancias. Es de suma importancia siempre estar valorando dosis- respuesta después de la administración de un medicamento. antes de administrarlo preguntar al cliente si es alérgico a algún medicamento, si no lo es administrarlo previa toma de signos vitales, y conocer el tipo de medicamento , así como su farmacodinamia y farmacocinética, efectos colaterales, es decir todo del medicamento . Por si acaso el cliente llegase a hacer una reacción de toxicidad al mismo, para poder identificar signos y síntomas y reportarlo inmediatamente para que se le administre un antídoto.

### **SIGNOS Y SINTOMAS COMO:**

Dificultad para respirar, hipotensión , taquicardia, bradicardia, diaforesis, temblores generalizados, etc.

## INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

### MANEJO DEL DOLOR

**3.- Proporcionar información acerca del dolor, tales como sus causas, el tiempo que durara, y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.**

## FUNDAMENTACIÓN:

### **DEFINICION: “ DOLOR”**

Es la sensación resultante de los impulsos nerviosos que alcanzan la corteza cerebral por vías neurales específicas. Es una sensación desagradable o experiencia emocional asociada con el daño potencial o real del tejido.

El dolor es un síntoma que comúnmente causa la consulta del personal de salud, cuando existe este tipo de problema es muy importante que el paciente reconozca su localización, el tiempo de aparición, para donde se va (irradiación) y con que otros signos y síntomas se acompaña para reconocer su naturaleza, gravedad y tratamiento. Algunos otros datos muy importantes son si el dolor se ha calmado con algún medicamento y que factores lo han agravado (la comida, la posición de acostado, etc.).

Es importante reconocer dos tipos de dolor según la parte del organismo que se encuentre afectada:

**1.- Dolor físico, somático o del cuerpo** (no visceral) que se divide en:

Dolor superficial. En el cual interviene básicamente la piel (o sea la sensación cutánea), por medio de los receptores de presión, temperatura, tacto fino que pueden ser lesionados por quemaduras, machucones, golpes etc.

Dolor profundo. En el cual se comprometen a los músculos, las articulaciones, los huesos y otros tejidos (tendones, tejido conectivo, etc.)

**2.- Dolor visceral o de los órganos internos**

Este se genera en los órganos de los diferentes aparatos y sistemas de nuestro organismo y con frecuencia se asocia a fuertes contracciones de estos ó a la inflamación ó a la intensa

deformación de estos mismos.

También se divide el dolor en agudo y crónico según el tiempo de duración de este.

El dolor varia en escalas de intensidad que dependen de múltiples factores (mecanismos de producción, umbral al dolor, etc)Existen varios tipos de expresiones de dolor que son:

- Dolor de cabeza de tipo pulsátil o tipo pesadez (dolor y pesadez de la región de la nuca)
- Dolor de tipo cólico (retortijón) como el que se siente en los órganos del abdomen (aparato digestivo y genitourinario)
- Dolor de tipo de vacío (gastritis, ulcera del estómago o duodeno)
- Dolor de tipo urente (sensación de ardor).
- Dolor de tipo quemante (sensación de quemadura, frío-calor)
- Dolor de tipo opresivo y muerte (infarto al miocardio)
- Pinchazos
- Machucones
- Traumatismos (golpes directos con algún objeto)
- Dolor crónico de articulaciones (artritis reumatoide)El tiempo que dure el dolor también es importante ya que se divide en agudo (menos de 6 meses de aparición) o crónico (mas de 6 meses de aparición). Ya que a través de este dato se podrá indicar los exámenes correspondientes a si como su tratamiento inmediato.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

**4.- disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor ( miedo, fatiga, y falta de conocimiento)**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

Es muy importante esta actividad y sobre todo los conocimientos que se utilicen para poder proporcionar una buena orientación, para disminuir estos factores, porque existen diversas teorías acerca del dolor como la de read, en la cual nos dice que el dolor es producto del temor y miedo, y que si estos son eliminados por lo tanto disminuirá el dolor entonces propone eliminar los pensamientos condicionados ( que son todos aquellos que la gente, experiencias, o nosotros mismos nos hacemos o creemos que tal cosa nos causa dolor) , es por ello que el propone, eliminar estos pensamientos, y con ayuda de la respiración y relajación, y una buena orientación, dice que disminuirá el dolor. Esto es porque se cierra la puerta de control del dolor ubicada en el talamo.

Es importante conocer la manera mas idónea de eliminar estos factores, que además de que no cuestan dinero, son muy sencillos y solo se requiere de un instante para ayudar al cliente a tranquilizarse y disminuir el dolor.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

**5.- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas ( hipnosis, relajación, terapia musical , distracción)**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

El personal de enfermería le debe de enseñar a la familia técnicas que le puedan ayudar al paciente a controlar el dolor o disminuirlo como: que el paciente tenga una actitud positiva platicando con el y apoyándolo, que tenga una posición cómoda que no empeore el dolor, que escuche música para que se relaje, que la familia le diga palabras de aliento(si se puede, falta poco, etc), que se coloque compresas calientes en el área donde le da dolor, que se de un baño para relajarse, que la familia le haga estímulos táctiles como distracción del dolor, dar masajes en el área del dolor, se le tiene que decir a los familiares que estas técnicas le van a servir al paciente a controlar el dolor o disminuirlo.

Este tipo de técnicas se pueden utilizar en todo cliente que manifieste un dolor intenso.

**Evaluación:** la cliente refería tener dolor debido en el sitio de la cirugía, e inmediatamente se le administró su analgésico, se platico con ella,y se llevaron a cabo técnicas no farmacológicas como la respiración y relajación respondiendo satisfactoriamente y alcanzando mi resultado esperado.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 2.- Transtorno de la imagen corporal r/c tratamiento de la enfermedad m/p perdida de una parte corporal, miedo al rechazo o a las reacciones de los otros.**

**RESULTADOS ESPERADOS:** Imagen corporal

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

#### **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

##### **❖ APOYO EMOCIONAL**

#### **6.- Comentar la experiencia emocional con la cliente**

### **FUNDAMENTACIÓN:**

Al hablar de apoyo emocional nos referimos a entrar en contacto con las emociones básicas que nos definen como individuos y como miembros de la especie humana, es decir, a aquel tipo de relaciones más simples que se originan en el interior de las familias, o grupos y que deberían mantenerse o ampliarse en agrupaciones sociales más grandes o complejas. Se ha deteriorado la habilidad de comunicarse emocionalmente de una manera efectiva al interior de la familia, se han desnaturalizado las maneras de relacionarnos, dando lugar a la angustia, el dolor y vacío existencial de uno o más miembros al interior de la familia. Resulta conveniente entonces el revisar las bases emocionales de las relaciones y de la comunicación efectiva: Muchos han olvidado que las emociones están presentes desde el momento del nacimiento, incluso antes. No necesitan ser aprendidas y se hallan muy relacionadas a la supervivencia del individuo y la especie. Así encontramos como emociones básicas individuales al miedo, la ira, el impulso sexual y el gozo. También existirían ciertas necesidades emocionales colectivas vinculadas igualmente a la supervivencia, cuya satisfacción o insatisfacción provocaría respuestas emocionales primarias como el miedo u otras en las que se hallan presentes la experiencia y la interacción social como la ansiedad, las fobias o las somatizaciones. Entre estas necesidades están la de pertenencia o inclusión en una familia, o grupo, la de sentirnos protegidos, aceptados, la de alcanzar reconocimiento o prestigio, etc.

Estas necesidades están presentes desde el nacimiento y de su satisfacción depende la supervivencia física del individuo en la primera etapa de su vida, manifestándose con mucha fuerza nuevamente en la adolescencia y en las etapas críticas del desarrollo del individuo. Cuando alguien entra en crisis o en una situación en la que pelagra su supervivencia es por que ha perdido el camino que le conducía a la satisfacción de sus necesidades fundamentales, es decir, no logra tomar conciencia y control de sus propias emociones y no consigue comunicarse emocionalmente con los demás de una manera eficaz. Si bien las emociones son respuestas automáticas y no requieren de aprendizaje, la manera como expresamos nuestras emociones y el uso que hacemos de ellas son aprendidas y moldeadas en la familia. La expresión de las emociones inicialmente es directa, no verbal y ajena a los aprendizajes. Esta pureza y correspondencia exacta de la expresión y la emoción se va modificando. Cuando un psicoterapeuta o acompañante terapéutico o enfermera capacitada da apoyo emocional a su cliente, lo que hace es aceptarlo incondicionalmente en su condición de ser humano. El cliente puede sentir la aceptación de su terapeuta, aunque al principio no pueda precisar la manera como se da. No hay que confundir lo que es la aceptación a la persona con la aceptación o cuestionamiento de sus acciones. El cliente, como ser humano que desea mejorar su condición actual, es digno de toda aceptación y respeto.

Lo que es motivo de revisión y replanteamiento son algunas actitudes y comportamientos que le hacen sufrir de alguna manera o que producen sufrimiento a otras personas.

La comunicación constituye la base para obtener información precisa sobre la percepción y el sentimiento de cada cliente individual. Sin una comprensión completa de los hechos, las creencias y las actitudes del cliente, la enfermera no puede identificar las necesidades del cliente de forma precisa. Los supuestos y una comunicación escasa conducen a una relación ineficaz y no terapéutica, en la que se pierde la oportunidad

de ayudar en el proceso de duelo.

La comunicación terapéutica identifica y dirige el análisis del cliente hacia las necesidades que el valora. Por lo contrario, las conversaciones no terapéuticas proporcionan a la enfermera solamente la información que el cliente piensa que la enfermera quiere escuchar. Una comunicación inadecuada se centra en lo que la enfermera quiere y robara al cliente el tiempo que necesita para superar el duelo. La comunicación incluye otras muchas áreas además de las palabras utilizadas. Muecas, posturas, inflexiones de la voz, ausencia de contacto ocular y espaciado son algunas de las influencias no verbales que dan lugar a una recogida incompleta de la información. Una comunicación inadecuada por parte de la enfermera y/o el cliente provocara la distracción de la cuestión real que atañe al proceso de duelo; la enfermera debe tomar precauciones para evitar el bloqueo de la comunicación que puede retrasar o hacer perder las cuestiones claves de la perdida. •Pero cabe mencionar que esta comunicación que se inicia entre cliente y el personal de enfermería es para que la cliente comente su perdida, así como las emociones que se van creando en ella, es importantísimo el no interrumpir a la cliente, cuando este expresando su perdida ya que la función de la enfermero que es poseedor de estos conocimientos es ayudar a qué la cliente se desahogue para poder ayudarla en su proceso de duelo ,así como identificar sus sentimientos para poder iniciar el trabajo de su perdida corporal.

## INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

7.- proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del proceso de pena

## FUNDAMENTACIÓN:

Las fases del duelo según Elizabeth Kubler-Ross incluyen 5 estadios los cuales son:

**NEGACION.**- el individuo actúa como si nada hubiese sucedido y se niega a creer que ha habido una pérdida, son frecuentes las afirmaciones del tipo: no, esto no es verdad, y esto no me puede suceder a mí. En el estadio

de **RABIA.**- el individuo se resiste a la pérdida y puede enfrentarse a cualquier individuo o cosa de su entorno. En el estadio de **NEGOCIACION.**- existe un aplazamiento de la realidad de la pérdida. El sujeto intenta realizar tratos de forma sutil o manifiesta para evitar la pérdida. El cliente con frecuencia busca la opinión de otras personas durante este estadio. El cliente hospitalizado puede mostrar una conducta modelica por la creencia que el equipo asistencial encontrará una cura para el sí ( se porta bien). el estadio de **DEPRESION** aparece cuando la pérdida es un hecho y aparece todo el impacto de su importancia. La persona siente soledad y el retraimiento abrumadores. El estadio de depresión proporciona una oportunidad para colaborar a través de la pérdida y empezar a solucionar el problema, el quinto estadio se inicia con la **ACEPTACION.** Las reacciones psicológicas cesan y se retoman las interacciones sociales. Kubler-Ross define la aceptación como el estar de acuerdo con la situación, más que resignarse o desesperarse por ella.

Es de suma importancia estar atento cuando la cliente este hablando para poder detectar en que etapa se encuentra y cuales son sus emociones y sentimientos, también es de suma importancia identificar por cuales otras etapas ha cursado y cuando se halla identificado la etapa una vez que ella haya terminado de desahogarse es de suma importancia hacerle ver cuales son las etapas de un duelo en este caso por la perdida de una parte corporal ,

Con el fin de ayudar a identificarla por ella misma para que pueda superar la misma y entre en una etapa de aceptación . Algo muy importante es que no siempre se presentan las etapas en el orden anteriormente mencionado si no que estas etapas pueden surgir en diferente orden. Otra forma de ayudarla es potenciando su autoestima, hacerle ver que si su matriz era una parte importante de su cuerpo que le dio muchos beneficios pero que ahora se tiene que despedir de esa parte importante que perdió una manera de despedirse es tratar de que la cliente escriba todo lo agradecida que estuvo con esa parte de su cuerpo pero ahora que ya no esta debe aprender a vivir sin ella y que la perdida de la misma sirvió para que ella siguiera viviendo y que la cliente no solamente vale por lo que perdió sino aun existen mas cosas de ella como sus valores, sentimientos, ella misma, su esposo y su familia etc. Que son igual de importantes que su matriz y que el no tenerla no la hace ni más ni menos mujer

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

**8.- favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

No hay una forma correcta o incorrecta de apenarse por una pérdida. Las conductas y sentimientos asociados al proceso de duelo aparecen como un patrón único de mecanismo de defensa o por ausencia. Pérdidas como el cambio físico se visualiza de forma diferente según muchos factores, que se clarifican en la fase de valoración del proceso enfermero. La focalización progresiva sobre el duelo aparece de forma natural. Todas las personas que están en contacto con el cliente que sufren un duelo experimentan este sentimiento, ya sean amigos, familiares, compañeros de trabajo, apoyo social o cuidadores incluyendo médicos y enfermeras. La duración de la relación no siempre es clave para la gravedad del duelo. Pueden desarrollarse relaciones muy estrechas en muy poco tiempo.

Las conductas se comprenden especialmente bien si se relacionan con estas fases y nunca deben tomarse de forma personal. Por ejemplo, el segundo estadio de Kubler Ross es el de rabia. La enfermera debe comprender que los gritos que recibe de la familia se deben a su tristeza. La respuesta humana es la de responder con gritos, porque no se puede llevar a cabo una acción terapéutica mientras se grita a la familia. Aunque las emociones puede estar a flor de piel, a veces, cuando las disculpas cuando uno esta fuera de contexto ayudan a mantener la dirección terapéutica y mostrar el lado humanitario. Para evitar un tipo de respuesta similar al reflejo rotuliano, la enfermera debe suprimir y reconocer estas conductas como un mecanismo de superación. La frustración por el cliente puede traer al presente cuestiones pasadas no resueltas.

La enfermera debe pensar de forma crítica para comprender e intervenir adecuadamente, redirigiendo la rabia hacia una salida saludable. •• Otro de los sentimientos que puede expresar el cliente es la melancolía, tristeza, soledad, y muchas veces estos pueden ser manifestados por un acto que es el llanto, al cual nosotros debemos darle un valor único ya que este es el reflejo de todas esas emociones y sentimientos, la enfermera debe tomar en cuenta que el llanto es una manera importantísima en donde el cliente trabaja su duelo es un error el decirle a un cliente ya no llores, todo va estar bien, existen diversas frases que muchas de las personas manejan con la finalidad de hacerse sentir que están presentes o comprenden su dolor eso es erróneo porque nunca vas a comprender lo que siente esa persona si tu no lo has vivido, entonces hay que dejar que el cliente llore hasta que el quiera , después de que termine ya reflexionara lo que le esta sucediendo y volverá a platicarnos pero con otra visión ya mas relajado y tranquilo. Lo único que podemos hacer cuando un cliente esta llorando es favorecer el contacto físico para que el mismo se sienta apoyado y escuchado, porque muchas veces las palabras sobran.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

- ❖ **ESCUCHA ACTIVA**
- 9.- mostrar interés en el paciente**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

La escucha activa es una manera de escuchar con atención lo que la otra persona nos dice con el objetivo de intentar 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 entendido no únicamente lo que nos ha dicho el emisor sino también lo que siente.

Aunque comprendamos los sentimientos de la otra persona, esto no significa que estemos de acuerdo con lo que dice o piensa la otra persona.

Las técnicas de la escucha activa:

Mostrar interés: favorecer que la otra persona hable.

Clarificar: aclarar lo que ha dicho, obtener más información y así ayudar a ver otros puntos de vista.

Parfrasear: es una manera de comunicarle a la otra persona que la hemos escuchado. Se trata de repetir con tus palabras lo que la otra persona nos ha dicho, podemos empezar la frase diciendo....."si lo he entendido bien, lo que me estas diciendo es ....." por lo tanto el parafraseo no debe expresar nuestras ideas y opiniones.

Reflejar: mostrar a la otra persona que entendemos lo que siente. Esta técnica permite reflejar los sentimientos de la persona que habla.

Resumir: centrar el tema destacando las ideas principales de lo que la otra persona te ha explicado.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

### **10.- Estar atento a la propia actitud física en la comunicación de mensajes no verbales.**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

Cuando escuchamos de forma activa no los hacemos únicamente escuchando sino que también lo hacemos a partir del lenguaje no verbal y por lo tanto deberemos tener en cuenta: contacto visual, un tono de voz suave, gestos acogedores y una postura corporal receptiva. Cuando escuchamos de forma activa según Mireia Uranga:

no cambiamos de tema cuando la persona habla

no valoramos, no juzgamos, no animamos ni aconsejamos

no estamos pensando en rebatir lo que el otro dice mientras habla

exploramos los sentimientos además de los hechos

observamos el lenguaje no verbal

Hacemos preguntas abiertas, es decir, preguntas que permiten al que habla expresarse más, explorar y profundizar en lo que ha pasado. Preguntamos acerca de sus necesidades, sus preocupaciones, sus ansiedades y sus dificultades.

Parafraseamos los puntos principales para ayudar a quien habla a comprender el conflicto, dándole la oportunidad de ver en otras palabras lo que ha expresado.

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro con el objetivo de conectar emocionalmente. Otras habilidades imprescindibles para educar en el conflicto según Carme Romero son: la autonomía personal, la responsabilidad de encontrar soluciones a nuestros conflictos, respuestas creativas a la solución de problemas, diferentes respuestas que podemos dar a situaciones conflictivas, la autoestima, el autocontrol de la agresión y la violencia, la utilización del diálogo, las posiciones y intereses, la paciencia y la cooperación y confrontación no violenta.

Evaluación: La comunicación que inicié con la cliente fue muy grata debido a que se prestó tanto ella, como el entorno en el cual nos encontrábamos, no hubo interrupciones se desahogó me platicó sus temores, sentimientos, angustias. Gracias a esta comunicación con la cliente pude detectar que se encuentra saliendo de una etapa que es la de rabia (según Elizabeth Kubler Ross) y está entrando a la de depresión. Y es ahí donde se platicó con ella, para trabajar su pérdida. Cuando iniciamos la conversación ella se mostró tranquila si reflejaba su tristeza en el rostro en sus expresiones y en su tono de voz y hasta me lo manifestó con palabras lo cual fue muy beneficioso para poder seguir trabajando su duelo: desde el momento en que me acerqué a platicar con ella se mostró muy atenta, no se merecía nada más que el mismo comportamiento y actitud de mi parte, además que siempre que hablamos con alguien es importante estar atentos a lo que nos comenta eso es de suma ayuda para poder aportar o hacer que encuentre una alternativa a su problema en este caso a superar su duelo. Estos puntos son básicos para la comunicación verbal puntos que utilicé para detectar sus necesidades de mi cliente.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 3.-** Duelo disfuncional r/c idealización del objeto perdido  
(Parte corporal) m/p expresión de sufrimiento por la perdida

**RESULTADOS ESPERADOS:** Superación de problemas

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

### **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

#### **POTENCIACION DE LA IMAGEN CORPORAL**

**11.- Ayudar a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

La imagen corporal se construye a partir de las percepciones de una persona, tanto interna como externamente. Incluye sentimientos y actitudes hacia el cuerpo. La imagen corporal esta influida por puntos de vista personales de las características físicas y las capacidades y por las percepciones de los puntos de vista de los demás. La imagen corporal se ve afectada por el crecimiento cognitivo y el desarrollo físico. La imagen corporal es la imagen mental de una persona de su aspecto físico. Estas imágenes mentales no son necesariamente consistentes con la estructura corporal o el aspecto real. La cultura y la sociedad influyen en las normas de la imagen corporal. La imagen corporal puede cambiar en pocas horas, días, semanas o meses, dependiendo del impacto de estímulos externos sobre el cuerpo y de los cambios reales del aspecto, la estructura o la función. La autoestima esta influenciada por la autoevaluacion y por las respuestas de los demás. La autoestima incluye la evaluación de un individuo de su propio valor. Una persona que se valora a si misma, a pesar de su debilidad y sus limitaciones, y que se siente valorada por los demás suele tener una elevada autoestima. Una persona que se siente minusvalorada o que recibe poco respeto por parte de los demás suele tener una baja autoestima.

Las personas tienen percepciones propias basadas en el

sexo, edad, el estado de salud percibido, los antecedentes, los roles familiares, los roles laborales y sociales, y el empleo del tiempo de ocio. Los sentimientos básicos sobre uno mismo tienden a ser constantes, , aunque hay alguna fluctuación, con los días buenos y malos. La percepción de si mismo de un individuo no equivale necesariamente a las percepciones de los demás.

La capacidad de una persona para contribuir de forma significativa a la sociedad suele afectar a su propio autoconcepto y a su autoestima. Las personas que están enfermas y son incapaces de implicarse en la sociedad pueden experimentar una sensación de minusvalía. La aceptación de la enfermera de un cliente como un individuo con valor y dignidad puede ser vital para mantener y mejorar la autoestima del cliente.

Es de suma importancia separar el aspecto físico y el aspecto sentimental una cosa es el como me ven y el como me perciben son dos cosas muy diferentes porque no todo en la vida es lo físico hay algo que vale mas que es el como soy, mi comportamiento, forma de ser, ósea mis sentimientos esos son mas importantes porque son aquellos que nos hacen sentirnos bien tanto con uno mismo como con los demás y si uno siempre es positivo, tiene buen carácter, es amable, sincero, humano la gente forma un concepto de valor único . Consigue todo lo que siembra y lo físico pasa a segundo termino. Lo físico es más abstracto, superfluo.

## INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

### ❖ CONTACTO

#### 12.- coger la mano del paciente para dar apoyo emocional

## FUNDAMENTACIÓN:

El contacto físico fortalece la relación enfermera /cliente y aumenta el bienestar, supone aceptación y cariño de la persona que toca.

Es importante darle mayor énfasis a este punto porque muchas veces cuando la cliente esta hablando y existe la presencia de un estado emocional fuerte y esta a punto de llorar muchas veces sobran las palabras o no se sabe que decir en ese momento es por ello que existe el contacto físico este consiste en tocar a nuestro cliente claro con respeto ya sea de una mano, un hombro, o darle un abrazo con la finalidad de que sienta nuestra presencia , se de cuenta que existe alguien que lo entiende, lo consuela, y lo apoya . De esta manera el se sentirá querido y protegido, sentirá que existe un hombro ya sea de una amigo, familiar, esposo, o enfermera para desahogarse sin pedirle nada a cambio.

**Evaluación:** A la cliente se le ayuda a poner en una balanza lo bueno y malo tanto de su físico como en el aspecto sentimental uno no debe darle todo al cliente ella debe trabajar sola su proceso, lo único que hay que hacer es ayudarle a darse cuenta de las alternativas que tiene para superar su sufrimiento, esta demostración es muy buena además de ayudar al cliente a sentirse apoyado favorece aun mas la confianza entre la enfermera y el para desahogarse. En este caso ella no demostró derrumbarse sentimentalmente pero si se llevo a cabo el contacto físico y eso ayudo a que hubiera más confianza entre ella y yo.●●

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 4.-** Disfunción sexual r/c conceptos erróneos o falta de Conocimientos m/p incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción

**RESULTADOS ESPERADOS:** Funcionamiento sexual

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

#### **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

#### **POTENCIACION DE LA CONCIENCIA DE SI MISMO**

**13.- ayudar al paciente a identificar conductas autodestructivas**

### **FUNDAMENTACIÓN:**

La rabia es una emoción de malestar, incomodidad y displacer que experimentamos todos los seres humanos cuando percibimos que las cosas en nuestra vida no marchan como desearíamos. Esta emoción resulta de una frustración y/o de un maltrato que generalmente se traduce en un deseo de "pelear" con lo que el individuo considera es la causa de su malestar. Diferentes enfoques han surgido como respuesta a la necesidad de contar con teorías y sistemas terapéuticos que se puedan utilizar al momento de enfrentarse a estos casos en los cuales el sentimiento de rabia y de ira genera que el individuo no pueda desarrollar al máximo su potencial como ser humano. Entre éstos enfoques, el psicodinámico y el cognitivo son los que han presentado respuestas mas coherentes al entendimiento y asesoramiento de la rabia. El enfoque psicodinámico plantea que la rabia surge como consecuencia de una frustración y enmascara otras emociones mas profundas y difíciles de manejar para el individuo, tales como sentimientos de abandono, soledad y tristeza. Por otro lado, el enfoque cognitivo considera que los individuos con altos indicadores de rabia y hostilidad tienen pensamientos e ideas irracionales sobre el mundo y sobre ellos mismos. En nuestra sociedad existen dos grandes mitos discordantes sobre la rabia. Una postura plantea que la rabia es una emoción dañina que no debe expresarse.

El otro mito sostiene que la rabia es una emoción "deseable"

que debe ser experimentada y manifestada. Así se ha generado la creencia que si no manifestamos la rabia que sentimos, no estamos siendo honestos con nosotros mismos. De hecho, ninguno de los dos mitos es completamente cierto y ambas posturas pueden contener elementos de verdad.

Lo que si se puede asegurar con absoluta certeza es que la rabia es una emoción humana y que en determinadas circunstancias esta emoción puede llevarnos a generar comportamientos con consecuencias indeseables o poco adaptativas. Por todos es conocido el grado de inversión de valores, violencia familiar y descomposición social en que se encuentra en el mundo, y la complejidad de esa descomposición social se refleja en la manera como los individuos manejan sus emociones y se relacionan con el mundo. Cada época histórica tiene sus características y estas características se reflejan en la manera de comportarse y enfermarse de las personas. En nuestros días, un cambio ha ocurrido en la manera como los seres humanos expresamos nuestra emociones. Hoy día, la rabia es la emoción que subyace a muchas de las conductas a las que los orientadores se enfrentan en su profesión. Por otro lado, la incapacidad de expresar apropiadamente los sentimientos, en especial los de ira y rabia ha sido asociados con la personalidad. Pudiera pensarse que este cambio en la manera de expresar las emociones esté relacionado con los cambios que se han producido en la sociedad en los últimos años.

Entre los hechos que se piensan que han incidido en la manera como los seres humanos expresan sus emociones están los diferentes roles que la mujer ha asumido, así como la enorme responsabilidad que la sociedad le ha entregado al asignarle casi en exclusivo la crianza de los hijos al tiempo que se le exige asumir un rol en el proceso productivo; esto ha conllevado a que en muchos casos la mujer no puede integrar los roles de madre y trabajadora, generándose así un sentimiento de fragmentación en su sentido de identidad que resulta en una frustración y en altos índices de rabia y hostilidad hacia el medio y hacia su sentido de si misma.

Kreisman y Straus (1989) consideran a los asuntos más críticos de la sociedad, tales como el abuso infantil, violencia familiar y doméstica, pobreza en los cuidados diarios del niño, destrucción de la familia nuclear, drogadicción y alcoholismo, divorcio y movilidad geográfica entre otros como los responsables en parte de los altos grados de rabia y hostilidad que experimenta la población en las puertas del nuevo milenio.

El orientador como propiciador del desarrollo del potencial humano debe estar preparado para enfrentar los retos que la sociedad le demandará en el milenio que está por arribar. El orientador debe contar con un arsenal teórico y con estrategias empíricamente validadas que le permitan hacer intervenciones efectivas en su tarea diaria. Como profesional de la educación, el orientador está llamado a ser el agente que impulse un manejo adecuado de las emociones. La rabia, como emoción, debe ser utilizada de una manera adaptativa y productiva.

Pero si los seres humanos permitimos que la rabia

exagerada y la hostilidad controlen nuestro comportamiento, entonces el futuro de la sociedad se verá en amenazado.

#### GERENCIAR LA RABIA: ESTRATEGIAS PSICODINAMICAS Y COGNITIVAS

La rabia manejada apropiadamente puede ayudar al ser humano a mantenerse saludable. Sin embargo, existe una amplia literatura científica que sostiene que los índices de rabia y hostilidad pueden comprometer la salud y el bienestar de los individuos. Altos índices de rabia han sido asociados con cardiopatías (Christensen & Smith, 1993), trastornos de personalidad (Gabbard, 1994), impulsividad (Brackney, 1997), drogadicción (O'Dwyer, 1997) y otros desórdenes tanto físicos como psicológicos que impiden que el hombre desarrolle su potencial al máximo.

Hoy en día se considera que la rabia no debe eliminarse del espectro de emociones del ser humano. Por el contrario, lo que se busca es que en el proceso de asesoría personal o psicológica, el cliente gerencie su rabia. Para lograr esto, el orientador debe estar alerta y preparado para intervenir en casos en donde los índices exagerados de rabia impidan que los asesorados se desarrollen.

Se presentan a continuación un conjunto de estrategias que, ubicadas en un contexto de asesoría psicológica, han demostrado su efectividad al momento de gerenciar la rabia. Estabilidad en la relación de trabajo del orientador con el cliente ("constancia de objeto")

Para manejar apropiadamente los sentimientos de rabia y hostilidad en un contexto de orientación personal se debe crear un ambiente en el cual el individuo pueda aprender a confiar en si mismo, en su orientador, y en los demás.

Para ganar esta confianza, el orientador necesita comportarse congruentemente, y por supuesto necesita

establecer límites firmes para evitar la dependencia o "saboteo" del proceso terapéutico. Así mismo, este principio resalta la importancia de discutir con el cliente la estabilidad de las sesiones de asesoría, como por ejemplo, la necesidad de sostener reuniones periódicas, comenzar y terminar las sesiones a tiempo, consecuencias de perder una sesión, así como manifestar las expectativas del orientador en cuanto a las tareas asignadas y otros aspectos prácticos de la relación de asesoría. En resumen, lo que es denominado el contrato terapéutico debe especificarse y discutirse con el cliente. Además, es importante explicar en forma general como funcionará la relación de trabajo; es decir, qué se espera de la persona. Se le debe mostrar al sujeto cuáles son las tareas que se esperan de él como cliente, como por ejemplo discutir sus sentimientos y sus dificultades así como también las consecuencias que las manifestaciones de rabia han traído a la vida de esa persona.

El orientador debe motivar al cliente a que comente en las sesiones de asesoría todo aquello que pase por su mente con el fin de poder encontrar sentido a sus dificultades (Selzer et al., 1987). También es importante permitir que el sujeto verbalice sus sentimientos o quejas, pero no es buena idea permitir largos períodos de silencio. Lo que si es recomendable es que el cliente tenga la sensación de control sobre las sesiones, tal como permitirle al sujeto que sea él mismo quien defina el contenido de lo que se va a discutir en la sesión (la agenda). Además del aspecto práctico referido a las sesiones, Chessick (1993) sugiere que para desarrollar la constancia del tratamiento, las sesiones deben sostenerse en un ambiente tranquilo con suficiente luz. Otro aspecto que contribuye a desarrollar la constancia es la disponibilidad y empatía que el orientador debe transmitir a su cliente.

En este sentido, el cliente puede usar al orientador como una imagen o figura de sostén, donde el orientador va a ejercer funciones que el individuo no ha podido aprender por sí mismo, como por ejemplo reflexionar sobre las consecuencias de los actos impulsivos u hostiles. Esto se traduce en que el orientador da al cliente un soporte significativo, donde las interpretaciones no son la esencia de la intervención, sino la presencia del orientador como una figura consistente y confiable que no se destruye por la rabia del sujeto. Un número importante de autores considera ahora que el aspecto crucial en la gerencia de la rabia no es tanto el contenido de las interpretaciones del orientador sino el factor experiencial en la relación orientador-cliente (Briere, 1992; Waldinger, 1987).

Tolerancia de la hostilidad del cliente

El orientador necesita estar consciente de los posibles arrebatos de rabia y hostilidad que el cliente pueda mostrar durante las sesiones de trabajo, y debe asumir que ésta es la única manera que el cliente ha aprendido para manejar sus afectos negativos.

En este sentido, el orientador debe guardar especial cuidado en no responder a las provocaciones del cliente, y no debe formular interpretaciones sarcásticas o asumir una actitud defensiva. También el orientador debe empatizar con la tendencia de la persona con altos índices de rabia y hostilidad de concebir el mundo en términos dicotomizados. Así, el orientador debe contener "lo hostil" del cliente hasta que el sujeto este en capacidad de "escuchar" la intervención del orientador.

Convertir conductas autodestructivas en conductas no

gratificantes

El orientador necesita llamar la atención hacia aquellas conductas autodestructivas de la persona, tales como uso indiscriminado de drogas y alcohol, promiscuidad, manipulaciones y otras que puedan presentarse. El foco debe ser en la influencia de esas conductas en la sensación de seguridad del cliente más que en los motivos subyacentes para realizarlas.

Establecer conexiones entre los sentimientos de rabia y las acciones presentes

El cliente con niveles altos de hostilidad tiene que aprender que muchas de sus acciones son maneras de no estar consciente de lo tormentoso de su sufrimiento y debe concientizar que lo que él comunica a través de sus acciones sirve para defenderse de sentimientos más profundos y dolorosos (tales como soledad, humillación, desamor). Así mismo, el orientador puede ayudar al cliente a entender que los actos impulsivos pueden ser medios que él está utilizando para manejar la ansiedad, la soledad, el vacío, o el aburrimiento.

Bloquear conductas impulsivas

El orientador necesita establecer límites a las conductas impulsivas que surjan de un arrebató de rabia y que amenacen la seguridad de la persona. Por ello, es importante que el orientador discuta con el cliente las posibles acciones que el orientador pueda asumir en el caso de que se presenten conductas impulsivas o destructivas.

Enfocar en interacciones e interpretaciones del aquí y el ahora

El orientador necesita indagar en situaciones del diario vivir del sujeto más que centrarse en reconstrucciones del

pasado. Chessick (1993) recomienda preguntar al cliente cómo marcha su vida fuera de las horas de asesoría, ya que esto es una forma de establecer límites a las conductas impulsivas.

Prestar especial cuidado a las reacciones y sentimientos que el cliente genera en el orientador (contratransferencia)

Es altamente recomendable que el orientador preste especial atención a los sentimientos y reacciones que el sujeto genera en él; así mismo, el orientador debe vigilar la posibilidad de actuar las posibles provocaciones del cliente. El orientador debe saber que es altamente probable que el cliente genere en el (así como en las personas que conviven con el cliente) una serie de reacciones intensas que pueden variar desde sentimientos de rescate, protección, y amor, a sentimientos de abandono, rencor, y rabia. En este sentido, lo importante es que el orientador reconozca los sentimientos en sí mismo y les de un significado en el contexto de la relación de asesoría que se está estableciendo con el cliente.

Proveer experiencias emocionales correctivas

El orientador debe crear un ambiente en la relación de asesoría que le permita al sujeto crecer como persona. Gradualmente el individuo se irá identificando con la actitud del orientador e internalizará una mejor percepción de la realidad.

Cambio de esquemas

La meta primordial de la asesoría en la gerencia de la rabia es que el cliente aprenda las habilidades para manejar los sentimientos negativos tan intensos que emergen cuando un esquema se activa. Por lo tanto, la modificación de los esquemas que se han aprendido es la tarea más importante en el trabajo terapéutico.

Así mismo, el orientador tiene como misión ayudar al sujeto a encontrar alternativas más productivas en su manera de

concebir el mundo y a las personas.

#### Gerenciar la rabia

La meta de la asesoría no es eliminar por completo la rabia, sino hacer la vida del cliente más tolerable, tanto para él como para los que le rodean. En este sentido, el orientador ofrece al individuo entrenamiento en técnicas cognitivas para combatir los esquemas asociados a los sentimientos de soledad, desvalía y frustración que subyacen a las manifestaciones de rabia y hostilidad. Así mismo, el orientador introduce técnicas específicas para ayudar al cliente a cambiar los errores en su pensamiento. Por ejemplo, el individuo es entrenado a monitorear cualquier pensamiento automático o idea irracional que pueda surgir de su conceptualización de sí mismo o de las otras personas. Cliente y orientador practican con juego de roles estas estrategias y el orientador va introduciendo maneras nuevas de manejar estas distorsiones.

#### Procesamiento de experiencias traumáticas y cambio de esquemas

El orientador puede utilizar técnicas para cambiar los esquemas asociados a la rabia. Por ejemplo, si el cliente tiene recuerdos y vivencias traumáticas de su infancia, es importante reconocer por parte del orientador que esas vivencias fueron dolorosas en su tiempo, pero hay que recalcar que el sujeto del presente no es el niño desvalido

y rabioso de los recuerdos de la infancia, y que en el presente no necesariamente se aplican las asunciones que el realizó en épocas pasadas.

Al respecto, se puede trabajar con técnicas imaginativas tales como el renombrar y cambiar los sentimientos ("de niño

te sentiste..., de adulto te sientes...") El propósito de esta técnica y otras similares es modificar los esquemas que el sujeto creó de la experiencia traumática y corregirlos si parecen apropiados.

Terminación de la relación de asesoría

Una vez que el orientador ha discutido con el cliente que ha habido un cambio en las relaciones interpersonales, y ambos están de acuerdo en las ganancias logradas, entonces orientador y sujeto se embarcan en el proceso de terminación de la asesoría.

En esta etapa el orientador debe asegurarse que el cliente ha identificado y aprendido nuevas habilidades para controlar sus impulsos, relacionarse más adaptativamente con las personas, y controlar las emociones y frustraciones, de manera que pueda llevar una vida más ajustada a las exigencias de la sociedad.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

**14.- ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación.**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

Cuando una mujer se ve enfrentada a un diagnóstico de cáncer, no sólo tiene que encarar la posibilidad de la muerte, sino también la de los cambios radicales en su apariencia. La reacción emocional al diagnóstico de cáncer siempre es intensa y las numerosas interferencias causadas por la enfermedad desafían la capacidad de afrontamiento de la mujer y la familia.

Las alteraciones pueden ser causadas por los costos del tratamiento, la pérdida de la función del rol, la pérdida de actividades de alivio del estrés, la reacción del cónyuge o los hijos al diagnóstico, los cambios en la imagen corporal y la función sexual, la discapacidad y el dolor. La mujer puede sentir desesperación, miedo y vergüenza. Los aspectos de la sexualidad relacionados con el cáncer cervicouterino incluyen el cambio de imagen corporal, los cambios en la función sexual (como disminución de la lubricación vaginal causada por la terapia hormonal) y la tensión de las relaciones. Es responsabilidad de la enfermera discutir la influencia del cáncer cervicouterino en la vida de la mujer y ayudar a ella y a su familia a afrontar de forma eficaz estos cambios.

Además es tarea de la enfermera hablar con la cliente acerca de lo que comprende la palabra cáncer porque no siempre este nombre es sinónimo de muerte.

y es ahí donde la mujer debe luchar en eliminar el mismo y como pues haciéndose sus exámenes para detección de cáncer semestralmente y sobre todo abocarnos en que la vida no acaba con esta enfermedad si no que una vez detectada oportunamente puede erradicarse y la cliente llevar una vida normal , en compañía de sus seres queridos pero ahí esta la clave la cliente debe si cuidarse por ella

principalmente pero también lo debe de realizar por todas aquellas personas que la necesitan , que la quieren esto es de gran ayuda para este tipo de pacientes el sentirse apoyada y querida en un momento como estos.

Ayuda de en verdad, sobre todo porque es una motivación de seguir adelante.

Algunas mujeres encuentran que después de adaptarse al diagnóstico de cáncer adquieren una mayor apreciación de las experiencias de la vida cotidiana. Pueden sentirse estimuladas a centrarse en lo que en realidad es más importante y significativo.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

### **❖ MANEJO DE LA CONDUCTA SEXUAL**

**15.- proporcionar educación sexual, correspondiente al nivel de desarrollo**

## **FUNDAMENTACIÓN:**

La educación sexual será el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima.

La educación sexual es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, como parte de la formación integral del educando. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad.

Por todos es bien conocida la situación que enfrentan nuestras sociedades, sumergidas en un rápido y al parecer inexorable proceso de globalización o más bien de "homogeneización", en el que en aras de un "progreso" que se nos pinta como única vía para alcanzar ese "estado de bienestar y felicidad" al que todo ser humano aspira, se nos terminan imponiendo esquemas de pensamiento, modelos de conducta y estilos de consumo e influencias negativas a las que la sexualidad no ha escapado.

La sexualidad al estar en todo ( música, filmes, revistas, libros, telenovelas, comerciales) y mediarlo todo, se hace nada, se banaliza. Ocurre entonces que las relaciones interpersonales, experimentan un notable empobrecimiento, al punto de muchas veces no pasan de relaciones "inter-individuales" en las que cada uno de los miembros de la pareja (si es que puede a este tipo de unión dársele tal calificativo ), instrumentaliza a su compañero. Ambos se "usan" mutuamente para satisfacerse a sí mismos.

En la raíz de todos estos fenómenos se encuentra el profundo vacío axiológico, o sea de valores, que sufre el ser humano contemporáneo; quien al carecer de significados de orientación, de referentes éticos; se muestra confundido y desorientado. Al ignorar el verdadero significado de la sexualidad, le da el sentido que se le antoja, el que él cree más adecuado, aceptando sin cuestionamientos los "sentidos" que se le imponen desde fuera. Los criterios de comportamiento se rigen entonces por huecos procesos heterónomos, entre los cuales se encuentran por una parte el "sociologismo moral", según el cual lo normal no es lo que dice la norma, sino lo que dice o hace la mayoría. Lo "normal" así planteado es entonces "lo bueno" y por tanto lo deseable e incluso exigible.

Los valores morales de cada persona son únicos e inigualables cada persona decide con quien, donde y cuando tener relaciones sexuales y es valido pero estos valores se contraponen cuando desgraciadamente uno se sugestiona o piensa que nuestro compañero sexual no quiere tener contacto sexual se nos hace muy fácil el decidir por el otro esto es en el caso de las mujeres especialmente y sobre todo aquellas que padecen cáncer cervicouterino , las

mismas que se cuestionan y se sugestionan porque no tienen una buena educación sexual, o porque su pudor no les permite preguntarles a los profesionales de la salud si después que hayan pasado por un proceso quirúrgico como lo es la histerectomía, seguirán con su vida sexual normal, porque muchas veces ellas mismas se sugestionan al pensar que el ya no poseer su matriz ya no será lo mismo y satisficieran de igual forma a su pareja. Es por ello que muchas veces se evitan el tener relaciones sexuales y esto es un error ya que podría traer consecuencias peores como el pensamiento de su compañero de que ya no le despierta ningún apetito sexual a usted señora o por otras cuestiones y como consecuencia después vienen los divorcios pero todo es por la falta de comunicación tanto de pareja como de cliente – personal de salud.

**Evaluación:** Es de suma importancia detectar las conductas autodestructivas con la finalidad de modificar las mismas, para la mejora emocional de la cliente, como pude detectar ella presentaba conductas de ira o rabia con su dios porque no entendía porque siendo tan buena católica se enfermo de cáncer además por su misma enfermedad tiene conductas depresivas que poco a poco esta superando. esta intervención de en verdad ayudo mucho a la cliente ya que de no tener una visión de lo que comprendía su enfermedad esta cambio absolutamente después de sentirse no querida, apoyada y abandonada su percepción cambio al conversar profundamente.

Es de suma importancia que el personal que trata con este tipo de clientes se encuentre sumamente capacitado para tratar a este tipo de clientes ya que el no poseer estos conocimientos no nada mas nos afectaría sino también a la cliente a si como a su pareja, en este caso esta cliente estaba muy confundida se le dio una orientación en el ambito sexual., así como la resolución de las dudas que la misma tenia.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 5.- Sufrimiento espiritual r/c dolor m/p manifiesta sentirse abandonada o sentir cólera hacia dios**

**RESULTADOS ESPERADOS:** Bienestar espiritual

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

#### **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

#### **APOYO ESPIRITUAL.**

#### **16.- alentar la asistencia a servicios religiosos**

### **FUNDAMENTACIÓN:**

**Bienestar espiritual:** Expresiones personales de vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, toda la vida, la naturaleza y el universo que trascienden y se apoderan del yo.

La fe es un elemento esencial para que la propia oración sea respondida, no es necesaria para beneficiarse de su efecto terapéutico, pero si esto reconforta a la paciente no podemos crear juicios y debemos respetar sus creencias religiosas.

La oración puede cambiar la vida en cualquier tiempo, en cualquier lugar, y a cualquier edad. Puede curar enfermedades, renovar la mente y el cuerpo, calmar las tensiones excesivas del vivir cotidiano superando el dolor y los temores que aquello que atacan a cada instante a todos los miembros de la humanidad.

Las enfermeras reconocen que la esperanza es esencial para la curación y aprenden a comunicar una "sensación de posibilidad" a los demás. Animar de forma adecuada y el esfuerzo positivo son importantes para fomentar la esperanza y la autoconfianza y para ayudar a las personas a alcanzar su potencial y conseguir sus objetivos. La enfermera puede dar esperanza al comentar los aspectos positivos de la conducta, el rendimiento o la respuesta de la otra persona.

Compartir una visión del futuro y recordar a los demás sus recursos y su fuerza también puede reforzar la esperanza. Hay que asegurar a los pacientes que hay muchas clases de esperanza y que la significación y el crecimiento personal pueden derivarse de las experiencias de la enfermedad.

**Evaluación:** Independientemente del tipo de religión que profesemos como profesionales de la salud así como de la religión que profese nuestro cliente nosotros debemos respetar las mismas no interponiendo nuestros prejuicios , ni valores personales, si no al contrario ayudar a que busquen un consuelo, ayuda o distracción en sus practicas religiosas con la finalidad de tener un bienestar del alma

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DX REAL: 6.-** Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos  
**RESULTADOS ESPERADOS:** proteger, evitar : agentes

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

**FUNDAMENTACIÓN:**

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

**IMPORTANCIA EN LA DISMINUCIÓN**

**17.- LAVADO MECANICO DE MANOS**

**DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA:**

La transferencia de microorganismos por las manos del personal hospitalario ha sido identificada como el factor más importante en la transmisión de infecciones.

La flora bacteriana de las manos puede ser dividida en flora residente y transitoria. Los gérmenes que componen la flora residente no son habitualmente patógenos. La flora transitoria, en cambio, se adquiere por contacto con objetos contaminados, tiene gran importancia en la cadena de transmisión de las infecciones nosocomiales y es fácilmente removida con el uso de la técnica adecuada del lavado de manos.

Sin embargo varios estudios recientes muestran la portación en las manos de microorganismos aeróbicos gran negativos, como residente y transitoria, además de los *Stafilococcus aureus* y *epidermidis*. "El mejor control de infecciones comienza con un adecuado lavado de manos".

**RECOMENDACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS**

### **Objetivos:**

- Eliminar por arrastre la mayor cantidad de gérmenes transitorios y/o residentes de las manos.
- Prevenir la aparición de infecciones hospitalarias.

### **Técnica del lavado de manos:**

- Retirar el reloj, anillos, pulseras.
- Abrir la canilla manteniéndose alejado de la pileta.
- Tomar un trozo de jabón con la MANOS SECAS o colocar sobre la palma de la mano la solución antiséptica a utilizar.
- Mojarse las manos y friccionar con el jabón o solución jabonosa antiséptica SUAVEMENTE las manos y los antebrazos durante NO MENOS DE 10 SEGUNDOS. No olvidar pliegues interdigitales.
  -  · Desechar el trozo de jabón usado en recipiente de residuos.
  -  · Enjuagar bien y secar con toallas de papel.
  -  · Con la misma toalla cerrar la canilla.
  -  · Desechar la toalla en recipiente de residuos.

El recipiente para residuos tiene que tener tapa accionable a pedal de modo de no volver a contaminarse las manos para desechar el jabón o el papel.

En caso contrario mantenerse destapado.

La uñas se deben mantener cortas, ya que son un lugar propicio para el desarrollo de gérmenes.

La importancia de retirar, previo al lavado de manos, los anillos, pulseras y relojes, reside en que se ha encontrado presencia de bacterias bajo los mismos, resultando esto peligroso, especialmente en áreas de cuidados intensivos y centro quirúrgico.

Los lavatorios deben mantenerse limpios. Se deben evitar salpicaduras durante la higiene de las manos para no contaminar áreas adyacentes

#### **Cuando deben lavarse las manos:**

1. Al iniciar las tareas.
2. Antes de tener contacto con cualquier paciente. (Especialmente los más susceptibles: inmunocomprometidos, recién nacidos, etc.).
3. Antes de realizar procedimientos invasivos.
4. Antes y después de tocar heridas. (Especialmente quirúrgicas, traumáticas o asociadas a prótesis).
5. Después del contacto con materiales contaminados con secreciones respiratorias, sangre, excretas, etc.).
6. Después del contacto con reservorios probablemente contaminados con microorganismos multirresistentes o virulentos. Ej.: frascos de aspiración.
7. Después del contacto con pacientes colonizados con

microorganismos multirresistentes.

8. Entre la atención de un paciente y otro. (Especialmente en las unidades de cuidados intensivos).

9. Antes de preparar medicación y/o soluciones intravenosas o arteriales.

10. Antes y después de hacer uso personal del baño.

11. Después de estornudar, toser, tocarse la cara, el cabello, etc.

12. Al finalizar las tareas y retirarse del hospital

#### **ASEPSIA:**

### **18.- CONTROL DE INFECCIONES**

- Ausencia de microorganismos patógenos. Estado libre de gérmenes.
- Conjunto de procedimientos que impiden la llegada de microorganismos a un medio.
- Ejemplos: Técnicas de aislamiento. Indumentarias adecuadas. Flujo laminar.

#### **ANTISEPSIA:**

- Proceso de destrucción de los microorganismos contaminantes de los tejidos vivos. Conjunto de procedimientos destinados a destruir los gérmenes patógenos.

- Ejemplos: Antisépticos. Desinfectantes.

#### **ANTISÉPTICO:**

- Sustancia germicida para la desinfección de los tejidos vivos. Sustancia que hace inocuos a los microorganismos.

#### **SANITIZACIÓN:**

- Reducción sustancial del contenido microbiano, sin que se llegue a la desaparición completa de microorganismos patógenos.

#### **DESINFECCIÓN:**

- Proceso de destrucción de microorganismos patógenos, pero no de esporas y gérmenes resistentes.

#### **ESTERILIZACIÓN:**

- Proceso de destrucción y eliminación de todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos.

#### **BACTERICIDA:**

- Agente que destruye a las bacterias.

#### **BACTERIOSTÁTICO:**

- Agente que inhibe el crecimiento bacteriano sin llegar a

destruirlas.

**ESPORICIDA:**

- Agente que destruye a las esporas.

**FUNGICIDA:**

- Agente que destruye a los hongos.

La prevención y lucha contra las infecciones se remonta a períodos remotos, anteriores al descubrimiento de los microorganismos como agentes causales de las enfermedades infecciosas. Con los descubrimientos de Pasteur en el siglo pasado, se demostró que la causa de numerosas enfermedades contagiosas son los microbios que se transmiten utilizando diferentes mecanismos.

Lister asoció el descubrimiento de las bacterias y su participación en la génesis de las infecciones, por lo que introdujo el concepto de asepsia en la práctica quirúrgica y la idea de prevenir la infección mediante los antisépticos, utilizando las nebulizaciones con fenol para desinfectar el aire, el lavado de manos del cirujano, la desinfección de la zona quirúrgica. A través de los trabajos de Von Bergmann se crearon las técnicas de esterilización por vapor.

Posteriormente, con los descubrimientos de nuevos antisépticos y fundamentalmente de las sulfamidas y la penicilina, ha ido mejorando la lucha contra la infección. Todas estas técnicas han modificado a lo largo de los últimos años, el pronóstico de las intervenciones quirúrgicas posibilitando el rápido progreso técnico

de la cirugía actual. No obstante, la infección hospitalaria sigue siendo hoy día un problema de salud pública de primer orden en todos los hospitales del mundo.

Paradójicamente, no está demostrado que el nivel de desarrollo tecnológico favorezca su control.

Sin embargo, aunque no puede plantearse su eliminación, sí se puede obtener una reducción considerable, si se toman medidas adecuadas para su identificación y control. Asimismo, hoy es necesario introducir en los hospitales un control de la infección hospitalaria como indicador de la calidad de la atención, así como el riesgo que puede representar para el paciente. Por otro lado, las técnicas de asepsia y antisepsia constituyen los pilares de la prevención de la infección hospitalaria.

### **DEFINICION**

Son los indicadores básicos del estado de salud del paciente. Pueden medirse en fases muy tempranas de la exploración física o integrarse en diferentes partes de ésta. Los signos varían de individuo a individuo y en diferentes horas del día en un mismo individuo, pero hay ciertos límites que generalmente se consideran normales.

### **19.- Monitorización de signos vitales**

**PULSO:** Latidos percibidos por los dedos del examinador al palpar una arteria. Al contraerse el ventrículo izquierdo del corazón, la sangre se precipita hacia la aorta en el momento de la sístole. La onda de sangre que avanza es lo que se percibe

como pulso.

El pulso puede palparse en cualquier parte donde una arteria superficial sea susceptible de ser comprimida contra un plano firme que generalmente es un hueso. El pulso normal se palpa como una onda fuerte, suave y más rápida en la parte ascendente de la onda, forma una bóveda y después tiene un descenso suave, menos abrupto.

#### **SITIOS DONDE PUEDEN LOCALIZARSE LOS PULSOS:**

Temporal ,Carótida , Humeral, Cubital , Radial ,Femoral, Poplíteo , Pédia

#### **TENSION ARTERIAL.**

Es la presión que ejerce la sangre en el interior de las arterias del organismo. Por contracción del ventrículo izquierdo del corazón, la sangre es forzada a salir con fuerza de dicha cavidad, pasa a la aorta y por los grandes vasos arteriales a los de menor calibre a las arteriolas y por fin a los capilares. La pulsación se extiende desde el corazón hasta las arterias de mediano calibre pero desaparece en las arteriolas.

**Presión sistólica:** Es la presión arterial en el punto culminante de la pulsación, suele equivaler a 120 mm de mercurio en el adulto joven normal.

**Presión diastólica.** Es la correspondiente al punto más bajo de la pulsación, que equivale al momento de la distensión ventricular.

Suele ser de 80 mm de mercurio. La diferencia entre una y otra se llama presión diferencial.

Diversas variables afectan a la presión sanguínea arterial.

Por ejemplo una disminución del tamaño de la luz del vaso sanguíneo aumenta la magnitud de la presión requerida para impulsar la sangre por los vasos. Los cambios en la elasticidad de las paredes musculares de los vasos sanguíneos la afectan. La elasticidad disminuye con la edad por lo tanto la tensión arterial es más alta en las personas mayores que en las jóvenes. La viscosidad sanguínea que puede alterarse por el equilibrio de líquidos, influye también en la presión.

La presión arterial individual varía de hora en hora y de día en día, baja durante el sueño y puede elevarse marcadamente por las emociones fuertes, como miedo coraje y el ejercicio. Cuando una persona está acostada o de pie.

Asimismo la presión puede variar de un brazo al otro. Por consiguiente antes de tomar la presión, para comparar el valor obtenido, se debe comprobar la hora del día, el brazo, la posición del paciente en lecturas anteriores.

La elevación anormal de la presión arterial se llama **hipertensión**. Y la presión arterial demasiado baja **hipotensión**

### **RESPIRACION:**

La respiración es el medio por el cual un organismo cambia gases con la atmósfera. La respiración externa es el intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico entre los alvéolos de los pulmones y

la sangre, en tanto que la respiración interna es el intercambio

de estos gases entre la sangre y las células del cuerpo. Hay dos tipos de movimientos respiratorios: torácico (costal) ocurre por la acción de los músculos costales y el abdominal (diafragmático) se hace a costa de los músculos abdominales, la respiración de la mujer es de hecho torácica y la del hombre abdominal. Los movimientos respiratorios son regulados por el centro respiratorio situado en el bulbo raquídeo. Este centro es sensible a varios factores, como la concentración del anhídrido carbónico en la sangre y la expansión de los pulmones.

Los movimientos respiratorios regulados de esta manera son automáticos, sin embargo el número y la profundidad de las respiraciones están hasta cierto punto, bajo el poder de la voluntad. Una persona puede inspirar de manera profunda o tener una respiración ligera y superficial, rápida lenta, dentro de las limitaciones impuestas por las necesidades de oxígeno del organismo.

El examinador observa los movimientos respiratorios sin pretender intervenir en su ritmo, por lo general a la vez que está tomando el pulso. Si una persona sabe que se están contando sus respiraciones, generalmente le es difícil mantener la función normal.

También en este caso se puede contar el número de movimientos durante medio minuto y luego multiplicar por dos. Se cuentan las inspiraciones o las espiraciones, pero no los dos movimientos. La inspiración es el movimiento de aire que va desde el exterior hacia los pulmones; la espiración es la expulsión de parte del aire contenido en ellos.

Algunas veces es imposible ver los movimientos torácicos de la respiración, o sea que apenas se distingue si el paciente respira. Si se apoya una mano sobre el tórax del paciente, se distinguen los movimientos que de otra forma serían imperceptibles.

Para describir las respiraciones se tomará en cuenta el número, la profundidad, el carácter, el ritmo y la simetría.

**El Número:** Las respiraciones en el adulto son de 12 a 18 por minuto. El aumento anormal de este número se llama taquipnea, en tanto que la disminución anormal se denomina bradipnea. La respiración normal, la que el individuo sano conserva sin esfuerzo, y es regular y sin ruidos, se llama Eupnea.

**La Profundidad:** Se aprecia mediante la observación de los movimientos del tórax.

Un adulto joven normal inhala y exhala unos 500 ml de aire en cada movimiento respiratorio. Este es el volumen de ventilación pulmonar. Los volúmenes de reserva inspiratoria y espiratoria son las cantidades de aire que pueden ser inspirados y espirados, añadidos al volumen de ventilación pulmonar. El volumen residual es la cantidad de aire que permanece en los pulmones después de una espiración forzada. La capacidad vital es la cantidad máxima de aire que puede ser espirada después de una inspiración máxima. Los volúmenes de ventilación pulmonar y la capacidad vital varían según los sujetos. La profundidad de las respiraciones puede clasificarse en superficial, normal o profunda.

**El Carácter:** Se refiere al que tienen las que se apartan de las normales hechas sin esfuerzo:

**Estertorosa:** Respiración con muchos ruidos.

**Respiración de cheyne stokes.** Es irregular y se caracteriza porque después de un periodo de apnea hay aumento gradual del número y profundidad de las respiraciones, con descenso también gradual de las mismas hasta llegar a otro periodo de apnea.

**Respiración de biot:** es irregular en frecuencia y profundidad, con tiempos de apnea alternando con otros cuatro a cinco movimientos de idéntica profundidad.

**Respiración de Kussmaul.** Llamada también hambre de aire, es rápida e intensa, quejumbrosa y ruidosa, con algunas pausas intercaladas.

**Ritmo.** Se refiere a la regularidad de los movimientos inspiratorios y espiratorios. Si son normales, unos siguen a otros con los mismos caracteres, sin variaciones en la longitud de las pausas entre inspiración y espiración. La simetría se refiere a que los movimientos son sincrónicos en ambos lados del tórax.

La ministración de medicamentos para prevenir una infección intrahospitalaria es esencial, ya que día con día se crean microorganismos mas resistentes y algunos de ellos se consideran nuevos pero mas peligrosos aun, y sobre todo en el area hospitalaria en donde ingresan personas con padecimientos y microorganismos diferentes, es por ello que el personal de salud tiene una gran responsabilidad, y realmente se necesita de bastante profesionalismo para realizar las cosas bien, porque en nuestro trabajo se nos esta encomendando una vida y hay que

## INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES

### 19.- Ministración de Medicamentos Ceftriaxona 1 amp c/ 24 hrs I.V

cuidarla es por ello que además de nuestras precauciones que tomamos es necesario prevenir con la ayuda de algunos fármacos de mejor elección como la ceftriaxona.

La ceftriaxona es una cefalosporina de tercera generación para uso parenteral que muestra una actividad significativa frente a gérmenes gram-negativos serios.

La ceftriaxona penetra a través de la barrera hematoencefálica, lo que la hace útil en el tratamiento de la meningitis.

Aunque su actividad frente a los organismos gram-positivos es menor que la de las cefalosporinas de primera generación, es un antibiótico efectivo frente a cepas de estreptococos y *S. aureus* sensibles a la meticilina.

El espectro de actividad de la ceftriaxona es similar al de la cefotaxima y ceftizoxima. Ninguna de estas cefalosporinas es eficaz frente a las *Pseudomonas aeruginosa*. De todas las cefalosporinas, la ceftriaxona es la que tiene una mayor semi-vida plasmática, permitiendo la administración de una sola dosis al día.

**Mecanismo de acción:** la ceftriaxona, como todos los antibióticos beta-lactámicos es bactericida, inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas proteínas llamadas "proteínas ligandos de la penicilina (PBPs)" que se localizan en dicha pared.

Las PBPs son responsables de varios de los pasos en la síntesis de la pared bacteriana y su número oscila entre varios cientos a varios miles de moléculas en cada bacteria.

Estas proteínas son diferentes para cada especie bacteriana, por lo que la actividad de cada uno de los antibióticos b-lactámicos depende de la capacidad de estos para acceder y unirse a dichas proteínas. En todos los casos, una vez que el antibiótico se ha unido a las PBPs estas pierden su capacidad funcional, con lo que la bacteria pierde su capacidad para formar la pared, siendo el resultado final la lisis de la bacteria. Esta lisis se debe a las autolisinas bacterianas cuya actividad es, al parecer exaltada por los cefalosporinas de segunda y tercera generación, que son capaces de interferir con un inhibidor de las autolisinas. La presencia de un grupo aminotiazolilacetilo y de una cadena lateral en la posición 7 de un grupo metoximino aumenta la actividad antibacteriana de la ceftriaxona, en particular frente a las enterobacterias. Aunque no todas, muchas cepas de *Pseudomonas aeruginosa* son sensibles a la ceftriaxona. Otras cepas susceptibles son las *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Morganella*, *Providencia*, *Moraxella* (*Branhamella*) *catarrhalis*, y *N. meningitidis*.

Es particularmente intensa la actividad antimicrobiana de la ceftriaxona frente a las Enterobacteriaceae (*E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, y *Serratia*) y frente a las *H. influenzae* y *N. gonorrhoeae* siendo considerada como el fármaco de elección en el tratamiento de las infecciones gonocócicas. Aunque la ceftriaxona es activa frente a la mayor.

parte de las bacterias gram-positivas incluyendo las cepas de estafilococos productoras de penicilinas, las cefalosporinas de primera generación suelen ser más activas

**Farmacocinética:** la ceftriaxona se administra parenteralmente debido a que no se absorbe por vía digestiva. Después de una dosis intramuscular, las máximas concentraciones séricas tienen lugar entre 1 y 4 horas. La unión del antibiótico a las proteínas del plasma es del orden del 58 a 96%.

La ceftriaxona se distribuye ampliamente en la mayor parte de los órganos, tejidos y fluidos, incluyendo la vesícula biliar, el hígado, los riñones, los huesos, útero, ovarios, esputo, bilis y los fluidos pleural y sinovial. La duración de las concentraciones plasmáticas eficaces es considerable: así, por ejemplo, después de la dosis intramuscular de 50 mg/kg se obtienen en el oído medio concentraciones de 35 a 20 µg/ml que se mantienen hasta 48 horas.

La ceftriaxona atraviesa sin dificultad las meninges inflamadas alcanzando niveles terapéuticos en el líquido cefalorraquídeo. Igualmente, este antibiótico atraviesa la barrera placentaria.

Aproximadamente el 35-65% del fármaco se elimina en la orina, principalmente por filtración glomerular. El resto, se elimina a través de la bilis, por vía fecal. Una pequeña cantidad de la ceftriaxona es metabolizada en los intestinos ocasionando un metabolito inactivo antes de ser eliminada. En los pacientes con la función renal normal, la semi-vida de eliminación es de 5.5 a 11 horas aumentando hasta las 12-18 horas en los pacientes con enfermedad renal terminal. Sin embargo, debido a la eliminación biliar relativamente extensa, no son necesarios reajustes de las dosis en estos pacientes.

## **INDICACIONES Y POSOLOGIA**

Tratamiento de septicemia, infecciones intraabdominales, ginecológicas, del tracto respiratorio inferior, de la piel y de los tejidos blandos, infecciones urinarias complicadas e infecciones óseas.

Evaluación: Durante la estancia de la cliente se tomaron las medidas pertinentes para evitar riesgos de infección , egresando del hospital con una herida limpia sin signos de infección, orientandola a ella y a su familia acerca de los cuidados que llevaria en el hogar para evitar complicaciones en un futuro,

## **PLAN DE ALTA**

Al egreso de la cliente se debe seguir manteniendo bajo valoración médica, para controlar que el cáncer se haya radicado, y que no se vuelva a manifestar o en su defecto diseminarse. Durante este proceso el personal de enfermería está calificado para otorgarle al cliente su plan de alta mismo que consiste en darle a conocer al cliente los cuidados que debe seguir en el hogar y si él no puede realizarlos por sí mismo a los familiares.

A la cliente se le otorgó el siguiente plan de alta:

### **Cuidado de la herida quirúrgica**

Manteniendo una adecuada higiene personal se puede prevenir la infección de la herida, y favorece que se lleve adecuadamente el proceso de cicatrización, esta higiene personal consiste en fomentar el baño diario y sobre todo una adecuada limpieza de la herida, procurando secarla perfectamente, vigilando que no haya signos de infección como dolor, rubor, secreción mal oliente, prurito etc. Haciendo énfasis en cubrir la misma.

### **Alimentación baja en grasas**

Es de suma importancia sugerirle a la cliente que debe de mantener una adecuada alimentación, sobre todo evitando el consumo de alimentos con alto contenido graso, ya que estos pueden favorecer a que se infecte la herida. La alimentación debe ser dieta blanda.

### **No realizar ejercicio exhaustivo, ni cargar cosas pesadas.**

Por tratarse de una cliente posoperada lo mejor es que no se agote realizando tareas que requieran de un esfuerzo mayor, como el cargar cosas pesadas, hacer quehaceres agotadores etc. Lo anterior es porque aun los tejidos del cuerpo no están en sus condiciones normales.

### **Asistir a consultas periódicamente**

El cáncer es una enfermedad mortal si no se detecta a tiempo es por ello, que el personal de enfermería debe recalcar en este tipo de clientes la importancia de seguir asistiendo a sus consultas, ya que si bien se detectó a tiempo y se está bajo tratamiento y ya se ha extirpado el órgano afectado, esto no quiere decir que la enfermedad esté exenta de volver a aparecer.

### **Asistir a consulta psicológica o tanatológica**

La cliente cuando ingresó a esta unidad se encontraba deprimida y con una autoestima baja, en este tipo de enfermedad es común que se presente este tipo de depresión y sobre todo cuando se pierde una parte de su cuerpo, misma que la cliente la considera esencial para seguir llevando su vida normal, pero muchas veces la falta de información, o de orientación nos llevan a mantener

ideas erróneas, es por ello que necesita de ayuda profesional o de personal capacitado en esta área para poder otorgarle a la cliente una adecuada información, y lograr una salud mental.

## **EVALUACION**

Este método fue realizado a una derechohabiente del Hospital Regional lic. Adolfo López Mateos, procedente del servicio de Hospitalización del área de Ginecología .

La realización de este método fue grato elaborarlo debido a que algunas veces como estudiantes se nos educa con la mentalidad de ofrecer cuidados o intervenciones curativas, pero hay intervenciones emocionales, espirituales, culturales, a veces esas las hacemos a un lado porque se piensa que no son tan importantes como las que se realizan cotidianamente y son las que mas repercuten en la salud física de nuestro cliente. Es por ello que este método a pesar de que no se realizaron demasiadas intervenciones cotidianas si no al contrario, las emocionales me dejaron un gran aprendizaje ya que es hermoso aliviar el dolor físico pero lo es mas el mental, esta cliente se fue muy agradecida con un servidor porque lo único que necesitaba era un oído que la escuchara, un hombro que la consolara y un buen consejo que aliviara su tristeza y recuperara sus ganas por salir adelante y buscarle un sentido a su vida o un motivo como lo es su familia. De la cual se aferro para seguir viviendo y combatiendo esa horrible enfermedad que es el cáncer, enfermedad que se pudo haber prevenido si ella hubiera tenido una buena orientación o una educación para conservar su salud, pero como dicen muchas veces el hubiera no existe, tan solo existe el presente y ese es por el cual debe luchar para vivir el tiempo que le reste de vida de una manera tranquila.

Muchas veces por el simple hecho de ser mujeres no saben apreciarse lo suficiente, detectar cuanto valen y darse cuenta que antes que nada, estamos nosotros y a eso se le llama autoestima, valorarnos, amarnos, consentirnos y que debemos vivir para nosotros antes que nada . eso le quedo claro a nuestra cliente ya que su depresión no le permitía darse cuenta que ella valía mucho que solo era cuestión de mirarse en un espejo o escribir sus virtudes y sus defectos y que los pusiera en una balanza e identificara cual tenia mas peso y obviamente ganaron sus virtudes nada mas que muchas veces nos criticamos o nos cuestionamos el porque nos va tan mal, o porque no tengo esto y el otro y si volteamos a nuestro alrededor y observamos que existen miles de personas que tienen problemas realmente pero a veces nos ensimismamos y no queremos darnos cuenta de nuestra realidad. Es por ello que debemos reflexionar y antes de quejarnos de todo hay que primero reflexionar, mirar a nuestro alrededor, ser positivos, y dejar de subestimarnos.

Creo que estas intervenciones no necesitan de altos gastos intrahospitalarios, ni de materiales costosos, si no solamente de una persona que realmente ame su carrera y este dispuesta a ayudar a los demás , de la manera mas fácil del mundo como lo es regalando unos minutos de tiempo para escuchar, prestando unos minutos nuestros hombros para que lloren, y callar lo que nos platican para que siempre se conserve esa confiabilidad y todo esto lo podemos dar nosotros como personal de enfermería con solo tener conocimientos, habilidades y actitudes.

Cabe mencionar que así como se le proporciono una atención emocional a la cliente también, se realizaron intervenciones para prevenir futuras complicaciones realizando adecuadas técnicas para prevenir riesgos, y mejorar la salud cumpliendo los resultados esperados en este

plan de intervenciones, la cliente egreso de esta institución presentando una mejoría, sin problemas de infección en su herida quirúrgica, y se le manejo su plan de alta orientándola a ella y a su familia sobre las actividades que deberían realizarse en casa

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- BEREK S. Jonathan. Ginecología de novak. Ed. Mc graw hill. 13ª edición. México. 2003. 1156 pp.
- 2.- ROBBINS.K.Cotran. Patología humana. Ed. Mc graw hill. Sexta edición. México. 2002. 836 pp.
- 3.- LAWRENCE,STEPHEN,MAXINE.Diagnóstico Clínico y tratamiento. Ed. Manual moderno.40ª edición.2005.1754 pp.
- 4.- POTTER, PERRY. Fundamentos de enfermería. Ed. Harcourt océano. Quinta edición. España. 2001.1346 pp.
- 5.- POTTER, PERRY. Fundamentos de enfermería. Ed. Harcourt océano. Quinta edición. España. 2001.551 pp.
- 6.- CLOSKEY, BULECHECK. Clasificación de intervenciones de enfermería. Ed. Harcourt mosby. Tercera edición. España. 2000. 952 pp.
7. - JOHNSON, BULECHECK, CLOSKEY, MAAS, MOORHEAD. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Ed. Harcourt mosby. Tercera edición. España. 2000.518 pp.
- 8.- NANDA. Diagnósticos enfermeros de la nanda.Ed.Harcourt mosby.Quinta edición.España.2006.234pp.
- 9.- DÍAZ PARCHES RODOLFO, Oncológica y Toxicología, Ed. Intersistemas, Primera edición, Año publicación 1996.México
- 10.- FLÓREZ LOZANO, J., La comunicación y comprensión del enfermo oncológico, Ed, Intersistemas, Primera edición, Año Publicación 1998, México
- 11.- JOHNS HOPKINS, El dolor relacionado con el cáncer Ed. National Cancer Institute, Primera Edición, Septiembre 2000, EE.UU, 34pp
- 12.- OTTO, Enfermería Oncológica, Ed.Elsevier, Tercera edición, España 2005, 213 pp.
- 13.-ABRAHAM HAROLD MASLOW, Motivación y Personalidad, Ed. Ediciones Díaz de Santos, Año Publicación 1991.
- 14.-RAFFO, OSVALDO, Tanatología, Ed Universidad, Primera edición, Buenos Aires 2006,
- 15.- ELISABETH KLUBER ROSSE, La Rueda de la Vida, Ed, Ediciones B- México, Novena edición, publicado 1998, 384pp