



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ENFERMERIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UNA PACIENTE CON  
MASTECTOMIA SECUNDARIO A CANCER MAMARIO**

**PRESENTA:**

**SOCORRO FERNANDA URIBE FIGUEROA  
N. CTA. 9262474 - 4**

**ASESOR ACADÉMICO:  
LIC. M. MAGDALENA MATA CORTES**

**MEXICO D.F. 2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**San Juan 16 - 32**

**Pues sabed que viene el tiempo, y ya llego,  
en que seréis esparcidos, y cada uno de vosotros  
se irá por su lado, y me dejaran solo; si aunque  
no estoy solo, porque el Padre  
Está siempre con migo**

# INDICE

PÁG.

INTRODUCCIÓN  
JUSTIFICACIÓN  
OBJETIVOS

## CAPITULO I

### 1.-MARCO TEÓRICO

1.1	GENERALIDADES	1
	1.1.1.-CONCEPTUALIZACION DE LA ENFERMERIA	
1.2	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA	2
1.3	CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	3
	ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	6
	1.3.1.- VALORACION	6
	1.3.2 .-DIAGNOSTICO	16
	1.3.3.- PLANEACION	25
	1.3.3.1.-TAXONOMIA DEL NOC	35
	1.3.4.- EJECUCIÓN	37
	1.3.4.1 TAXONOMIA DEL NIC	38
	1.3.5.- EVALUACIÓN	38
2.-	GENERALIDADES DEL CUIDADO	41
2.1	CUIDAR	41
3.-	GENERALIDADES DEL MODELO VIRGINIA HENDERSON	44
	3.1.- BIOGRAFIA	45
	3.2.- SUPUESTOS PRINCIPALES	47
	3.3.- AFIRMACIONES TEORICAS	47
	3.4.- PRINCIPALES CONCEPTOS y DEFINICIONES	48
	3.5.- 14 NECESIDADES BASICAS	50

4.- METODOLOGÍA	52
<b>CAPITULO II</b>	53
APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	53
2.1.- PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO	53
2.2.- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	54
2.3.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	58
2.4.- PLANEACIÓN	61
2.4.1.- DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	
2.4.2.- JERARQUIZACIÓN Y ANALISIS DE NECESIDADES	64
2.5.- EJECUCIÓN (PLAN DE CUIDADOS)	65
2.5.1.- INTEGRACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
2.6.- EVALUACIÓN	66
CONCLUSIONES	80
GLOSARIO DE TERMINOS	
BIBLIOGRAFÍA	
<b>ANEXOS</b>	
GENERALIDADES DE LA PATOLOGIA	84
1.- CANCER MAMARIO Y MASTECTOMIA	
2.- INSTRUMENTO METODOLOGICO DE VALORACION (GUIA)	95

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico temprano de tumores efectuado por medio del auto examen o con exploración periódica realizada por la enfermera constituye la mejor alternativa que una mujer tiene para sobrevivir en caso de presentar un cáncer de mama.

Para investigar la enfermedad mamaria es indispensable una valoración clínica completa, realizar una exploración minuciosa y auxiliarse de métodos para-clínicos y elaborar un diagnóstico que sirve a la enfermera para realizar intervenciones.

De las neoplasias malignas femeninas, el cáncer de mama en México ocupa el segundo lugar como causa de muerte. Desde 1987 la tasa de mortalidad por cien mil habitantes de veinticinco años o más fue de 11.9 y esto va en aumento cada año. En las instituciones oncológicas de este país las mujeres con cáncer de mama que se atienden en etapa temprana del padecimiento sigue siendo la minoría, lo cual conlleva a un aumento en el costo económico y social a tratar enfermas en fase avanzada de la enfermedad.

Aunque no se ha encontrado un modelo de prevención del cáncer de mama si se ha identificado una serie de factores de riesgo que al reconocerse en una mujer sea objeto de vigilancia más estrecha y prevenir tumores de mama malignos. En la actualidad se desconoce la causa principal del cáncer de mama,

Para atender a estas personas ya sea en el ámbito hospitalario o familiar se utiliza el proceso de enfermería y se puede demostrar que se adapta a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialidad con la persona, con la familia y en la comunidad.

De acuerdo a la teoría de Henderson, la función específica de enfermería consiste en ayudar a las personas enfermas, o no, a realizar actividades que constituyan a la salud o a la recuperación o a una muerte tranquila.

El Proceso de Enfermería es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en los conocimientos. El uso del proceso de enfermería ayuda a que enfermería organice su trabajo y amplíe el campo de sus conocimientos y práctica. Como afirma Henderson, los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas,

En nuestra sociedad se ha producido un considerable avance en lo referente a la atención de la persona y su familia, ya que los cuidados de enfermería se refieren a la necesidad de brindar una atención, no solo a disminuir el dolor físico, sino también a optimizar su calidad de vida, a través del control de los síntomas emocionales, mentales, y sociales.

Por consiguiente, al reflexionar sobre las complicaciones y múltiples alteraciones, se realiza este Proceso Atención de Enfermería, elaborado en base a los diagnósticos de la **NANDA** resultados **NOC**, e intervenciones **NIC**

A fin de estudiar con profundidad esta enfermedad y proporcionar una atención oportuna y de calidad a pacientes con que han sufrido un **CANCER MAMARIO** y ha sido sometida a una **MASTECTOMIA**

## **JUSTIFICACIÓN**

La preparación para el ejercicio de la profesión de enfermería exige del conocimiento y los elementos fundamentales de la profesión con su evolución, determinando las necesidades para las intervenciones de enfermería

Con la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería, se pretende incrementar, los conocimientos teóricos obtenidos durante la formación profesional, mismos que se llevan a la práctica con la elección de una paciente que es sometida a cirugía de mastectomía secundaria a un cáncer de mama

Este conocimiento contribuye a que se obtenga una visión integral de profesión de enfermería esto ayuda a tener mayores elementos en la formación de esta disciplina

La única función de una enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo a realizar sus actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación de tal forma que le ayuden a ser independientes en el menor tiempo posible para integrarse a la vida laboral

## **OBJETIVO GENERAL**

- Desarrollar un caso clínico con la metodología del Proceso de Atención de Enfermería con base a las 14 necesidades del modelo de atención de Virginia Henderson a una persona que ha sido intervenida de Mastectomía secundaria a un Cáncer Mamario

## **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Lograr fomentar una relación de comunicación con la persona.
- Obtener información acerca del cáncer de mama
- Dar orientación a la persona y explicarle la importancia sobre esta enfermedad
- Identificar los daños físicos y psicológicos que afectan la integridad de la persona y de su familia
- Incluir la participación de un equipo de trabajo con sus familiares
- Realizar intervenciones de enfermería sobre los problemas reales elaborando sus diagnósticos.
- Determinar los diagnósticos de enfermería y realizar los planes de cuidados implementando acciones que nos permitan mejorar el estado de salud de la persona.
- Llevar el seguimiento y evaluación de las acciones

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. GENERALIDADES**

La práctica de los cuidados de enfermería es la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar los cuidados de calidad. Algunos de ellos los más fundamentales constituyen un conjunto de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión, a la vez que le confiere características especiales.

Los cuidados de enfermería son un factor clave para la supervivencia del paciente y para aspectos relacionados con el mantenimiento, la rehabilitación y la prevención de enfermedades, primordialmente estos elementos se refieren a la capacidad que ha de tener la enfermera de basar su práctica en un marco conceptual definido, apoyándose en determinados conocimientos y de establecer una relación enfermera-paciente, debe igualmente ser capaz de aplicar estas funciones en los diferentes niveles de prevención<sup>1</sup>

#### **1.1.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA**

Según Florence Nightingale (1859)

La enfermería es: “La encargada de la salud personal de alguien.....y lo que la enfermería tiene que hacer....es poner ala persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.

Enfermería: Es la “ciencia” (Leddy 1989) y el “arte” (Iyer 1997) de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” (Alfaro 1999) de las “respuestas humanas” (Iyer 1997) del “individuo, familia y comunidad a procesos vitales /problemas de salud reales o potenciales” (Luis 1998); así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.<sup>2</sup>

---

1- Hernández / Rodríguez / Sandoval. Proceso de enfermería. Antología, UNAM ENEO. SUA. Méx. DF. 1997 P.14

2- Iyer / Taptich / losey proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería Ed. Interamericana 1993 P.16

A la enfermería se le considera una ciencia, porque en su fase inicial de desarrollo, tiene elementos integrantes de una actividad investigadora como son:

- + CONOCIMIENTOS PROPIOS
- + EMPLEO DEL MÉTODO CIENTÍFICO
- + LENGUAJE ESPECIALIZADO

La enfermería reúne las características sistemáticas de la ciencia: parte de un nuevo paradigma para dar respuesta a los problemas de enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan.

Tiene coherencia en la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías; existencia de un campo definido del conocimiento "las respuestas de los seres humanos a la salud y la enfermedad"; expresión de proposiciones universales de los fenómenos que pretende investigar que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de su práctica, estableciendo interconexiones entre los conceptos del metaparadigma "persona, salud, entorno y enfermería"; empleo del concepto de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos.

Así entonces, de acuerdo a estas concepciones La razón de ser de la enfermera es: "Cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y/o comunidad, por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de *las* respuestas humanas.<sup>3</sup>

## **1.2.- ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa,-diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos

---

<sup>3</sup> Ibidem HERNÁNDEZ/RODRIGUEZ/ SANDOVAL

que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. <sup>4</sup>

### **1.3.- CONCEPTO DE PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA**

El Proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de brindar cuidados de enfermería humanistas individualizados centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona para el logro de objetivos de forma eficiente (Alfaro 1999.-4). El proceso permite valorar a los pacientes, identificar sus problemas, necesidades y asistencia de enfermería, ejecutar las acciones de enfermería y valorar el resultado de asistencia

El Proceso Atención de Enfermería permite promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal. Permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

El Proceso Atención de Enfermería proporciona cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posibles.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> KOZIER Bárbara Fundamentos de Enfermería Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana 5º Ed España 2002 P. 91

Las ciencias de enfermería se basan en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este a la práctica de enfermería, es un enfoque deliberativo, con técnicas interpersonales, que van dirigidos a satisfacer las necesidades del paciente/ familia/comunidad (Smith & Germain 1975).

### ***Los objetivos del Proceso***

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

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

### ***Competencias profesionales para la aplicación del proceso***

#### Área del saber

Se refiere al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociológico, antropológico, filosófico etc.).

#### Área del saber hacer

Se refiere a las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos en relación con lo que hacemos u opinamos a fin de *ser* competentes, flexibles y creativos.

#### Área del saber ser

Se requiere habilidades para convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario; en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de a profesión. <sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> - *Ibidem* P. 93

## **Ventajas**

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

Para la persona son:

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

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.<sup>6</sup>

## **Características del Proceso de enfermería**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo. Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> - Ibídem P. 95

### **1.3.- ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

El proceso de enfermería consta de cinco etapas, (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución evaluación.) las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal manera que el cumplimiento de cada una de ellas conduce a realizar las actividades para mejorar el estado de salud de la persona.

#### **1.3.1.- VALORACIÓN**

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería, es la recogida deliberada y sistemática de datos, para determinar los estado de salud actuales y pasados de un paciente familia o comunidad.

Los datos se obtienen mediante, la entrevista la exploración física la observación los registros o informes y la colaboración con el equipo de trabajo. Para realizar la valoración correcta, se debe comunicarse en forma eficaz con el paciente o la familia, observar sistemáticamente a cada uno y confirmar e interpretar los datos extraídos.<sup>8</sup>

La valoración nos permite reunir la información necesaria referente a la persona la familia y la comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como, los recursos y capacidades con los que se cuenta.

Los pasos que se deben de realizar en esta etapa son:

- Recolección de la información
- Validación de la información
- Registro de la información

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican

---

<sup>7</sup> - Ibídem P. 95

<sup>7</sup> - Ibídem. P. 96

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

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

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

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistematiza a seguir y puede basarse en distintos criterios:<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> - ibidem P. 97

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

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

- Datos sobre los problemas de salud detectados en la persona.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud de la persona<sup>10</sup>.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc ... ) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc...)
- Capacidad creadora.

---

<sup>10</sup> - ibidem P- 98

- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas). Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual. <sup>11</sup>

### **Métodos para obtener datos:**

A ) Entrevista Clínica:

B) La observación

C) La exploración física

La entrevista

---

<sup>11</sup> – ibidem P. 99-100

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

- Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre costumbres culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

- Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.<sup>12</sup>

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

Las técnicas verbales para desarrollar la entrevista son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
  - Expresiones faciales,
  - La forma de estar y la posición corporal,
  - Los gestos,
  - El contacto físico,
  - La forma de hablar.

---

<sup>12</sup> – Ibidem P. 102

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G. M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.<sup>13</sup>

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir a la persona que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991),

implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

\*.- La observación :

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y

---

<sup>13</sup> – Ibidem P. 102

disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.<sup>14</sup>

La exploración física :

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

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

- Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras

---

<sup>14</sup> – ibidem P, 102

de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.<sup>15</sup>

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

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recolección ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

### **Validación de datos**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es, debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> – Ibidem P. 103

<sup>16</sup> – Ibidem P. 106

## Organización de los datos

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como ha bíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> – ibidem – 107 - Iyer / Taptich / Losey proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería Ed. Interamericana 1993

## Documentación y registro de la valoración

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

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

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que notar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, "normal", "regular" etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma, tamaño etc
- E) Las anotaciones deben ser claras y concisas.
- F) Se debe escribir de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común institucional.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> - Kozier Barbara. Fundamentos de Enfermería. Ed. Interamericana 5ª edic. 2002 p. 117

### 1.3.2.- DIAGNOSTICO

El diagnostico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud de la paciente, familia y comunidad. La NANDA internacional desarrolla una terminología para escribir los importantes juicios que las enfermeras hacen al proporcionar cuidados de enfermería a las personas, familias, grupos y comunidades. Estos juicios o diagnostico son la base para la selección de resultados e intervenciones de enfermería.

El termino de diagnostico de enfermería fue presentado en 1953 por V. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo en un plan de cuidados de enfermería, en 1973 la American Nursen Asociation (ANA) publico sus criterios para la practica, la mayor parte de las leyes estatales de la practica de la enfermería describen esta profesión de acuerdo con la definición de la ANA.

En marzo de 1990 la asamblea general del noveno congreso de la Nort American Nursen Diagnosis Association (NANDA) aprobó una definición oficial del diagnostico de enfermería.

Diagnostico de enfermería es un juicio clínico sobre las repuestas de un individuo familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. El diagnostico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.<sup>19</sup>

El término diagnostico de enfermería se ha empleado en tres contextos:

- A.** Como la segunda fase del proceso de enfermería. Aquí se analizan los datos recogidos durante la valoración y se evalúa el estado de salud.

---

<sup>19</sup> -NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt Brace, 2001.

- B.** Se enlistan las etiquetas o denominaciones diagnosticas. Se asignan las etiquetas específicas que describen el estado de salud donde se puede diagnosticar y tratar de forma legal al paciente
  
- C.** Se enuncia en dos o tres partes. Aquí se describe el enunciado de dos o tres partes sobre la respuesta, del individuo, la familia o del grupo de la situación con problemas de salud.

Existen 4 tipos de diagnostico de enfermería: **reales, de riesgo, posibles, de bienestar o de síndrome.**

Los diagnósticos de enfermería tienen 4 componentes: **Etiquetas, definición, características y factores relacionados.**

**La Etiqueta:** Debe constar en términos claros y concisos que comuniquen el significado del diagnostico.

**Definición:** La definición debe añadir precisión a la etiqueta además debe de ayudar a diferenciar un diagnostico determinado de otros diagnósticos parecidos.

**Características definitorias:** Es un diagnostico de enfermería real, las características definitorias son los signos y síntomas que en conjunto constituyen el diagnostico. Las características definitorias se dividen en 2 grupos: Principales y secundarios.

**Factores relacionados:** los factores relacionados son aquellos que han contribuido al cambio de salud, estos factores pueden agruparse en categorías: fisiopatológicas, relacionados con el tratamiento, de situación y de maduración.

Diagnósticos de enfermería de riesgo: Los diagnósticos de enfermería de riesgo son los juicios clínicos que el individuo la familia o la comunidad están predispuestos a desarrollar problemas en situaciones de riesgo.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> – Ibidem Kosier – P. 118

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

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.) <sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> - Ibidem Kozier P. 116-127

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

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

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

Componentes de las Categorías Diagnósticas aceptadas por la NANDA:

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

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que una los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a: <sup>22</sup>
  - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

---

<sup>22</sup> - Ibidem Kozier P.126 -127

- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
  - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
  - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
  - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
    - Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
    - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
  - Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
    - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
    - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
    - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
    - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt Brace, 2001.

- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de Enfermería en este ámbito son: <sup>24</sup>

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos. <sup>25</sup>

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

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

2 .- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia

---

<sup>24</sup> Diagnósticos Enfermeros de la NANDA.

<sup>25</sup> Ibidem- Diagnósticos Enfermeros de la NANDA.

de todas las demás.

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

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

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
  - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
  - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.<sup>26</sup>

### **Tipos de diagnósticos:**

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

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

---

<sup>26</sup>– KOZIER Bárbara Fundamentos de Enfermería Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana 5° Ed España 2002

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

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

Podemos añadir un quinto tipo:

- **De síndrome:** Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> – Ibidem Kozier P. 117

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos. <sup>28</sup>

### **1-3.3 – PLANEACION**

#### **PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

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

---

<sup>28</sup> - Ibidem Kozier P. 118

prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987)Iyer (1989).<sup>29</sup>

### ***Etapas en el Plan de Cuidados***

- ***Establecer prioridades en los cuidados.*** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.<sup>30</sup>

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

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del

---

<sup>29</sup> -CARPENITO LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería, 5ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1995.

<sup>30</sup> - Ibidem Kozier P. 119

campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.<sup>31</sup>

▪ **Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados.**

Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Los resultados deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad.

Es importante que los resultados esperados se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.<sup>32</sup>

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

- Dirigir los cuidados.

---

<sup>31</sup> CARPENITO LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería

<sup>32</sup> – Ibidem CARPENITO LJ

- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

### **Existen dos tipos de objetivos:**

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Objetivos descritos para enfermería:

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

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.<sup>33</sup>

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

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la

<sup>33</sup> – Ibidem Kozier P. 141

enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo como:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo.<sup>34</sup>

Objetivos del cliente/paciente:

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

Las principales características de los objetivos de la persona son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicos en cuanto a contenido ( hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto). 28

---

<sup>34</sup> – Ibidem Kozier - P 144

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

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

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

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

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema<sup>35</sup>

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

---

<sup>35</sup> – Ibidem - 142

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

- *Prescripciones enfermeras*: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- *Prescripciones médicas*: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos.<sup>36</sup>

Tipo de actividades de enfermería..

- *Dependientes*: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- *Interdependientes*: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- *Independientes*: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.<sup>37</sup>

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

---

<sup>36</sup> Ibidem - 142

<sup>37</sup> IYER PW. Proceso y Diagnóstico de Enfermería 3º ed. Madrid;H,Interamericana 1997

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-

analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.<sup>38</sup>

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

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

---

<sup>38</sup> – Ibidem -IYER PW. Proceso y Diagnóstico de Enfermería

- El diagnóstico enfermero real:
  - Reducir o eliminar factores contribuyentes.
  - Promover mayor nivel de bienestar.
  - Controlar el estado de salud.
  
- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
  - Reducir o eliminar los factores de riesgo,
  - Prevenir que se produzca el problema.
  - Controlar el inicio de problemas.
- Para el diagnóstico enfermero posible:
  - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
  - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
  - Controlar los cambios de estado del paciente.
  - Manejar los cambios de estado de salud.
  - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La de terminación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.<sup>39</sup>

Identificación de Actividades por Intervención;

La fase del NIPE corresponde con la adecuación de las intervenciones de enfermería del sistema de clasificación N.I.C. (Nursing Intervention Classification),

---

<sup>39</sup> - Ibidem - IYER PW

Se debe realizar un análisis y evaluación de las definiciones, los términos y las actividades incluidas en cada intervención.

La metodología de esta fase consiste en el desarrollo de un sistema de validación de cada una de las intervenciones objeto de estudio y de sus actividades.

### **Documentación en el Plan de Cuidados de Enfermería:**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.<sup>40</sup>

### **Partes que componen los Planes de Cuidados:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.

---

<sup>40</sup> NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt Brace, 2001.

- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).<sup>41</sup>

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad».
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> - Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Guías para la Práctica. Bilbao: Ediciones del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza, 1996

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.<sup>43</sup>

### **1.3.3.1.- TAXONOMIA DEL NOC.**

Los resultados de las intervenciones enfermeras son publicados por primera vez en 1997, estos resultados a la persona sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería, esto se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención de enfermería.<sup>44</sup>

Los resultados pueden ser compartidos por todas las disciplinas, pero destacan los resultados que dependen de las intervenciones de enfermería, estos describen el

---

<sup>42</sup> Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Guías para la Práctica. Bilbao: Ediciones del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza, 1996

<sup>43</sup> – Ibidem -Osakidetza, 1996

<sup>44</sup> - Interrelaciones NANDA; NIC Y NOC Diagnósticos Enfermeros, Resultados Intervenciones 2º ed. Elsevier Mosby

estado de las personas, por lo tanto NOC proporciona una clasificación de los resultados de las personas que pueden verse por todas las disciplinas

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado. Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno <sup>45</sup>

#### **1.3.4 - EJECUCIÓN :**

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

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de los problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Ibidem Interrelaciones NANDA; NIC Y NOC

<sup>46</sup> - Ibidem - Osakidetza, 1996 .

#### **1.3.4.1.-TAXONOMIA DEL NIC**

En 1987 un equipo de investigación desarrollo una clasificación de intervenciones enfermeras, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones publicada por primera vez en el año de 1992.

Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza el profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención.

La NIC puede utilizarse en todas las situaciones, en unidades hospitalarias, cuidados domiciliarios, en atención primaria y en todas las especialidades. Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención<sup>47</sup>

#### **1.3.5. - EVALUACIÓN :**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

---

<sup>47</sup> Bidem Interrelaciones NANDA; NIC Y NOC

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal <sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> - Ibidem -IYER PW

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados en enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar: <sup>49</sup>

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

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. <sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> Ibidem -IYER PW

<sup>50</sup> Ibidem

## 2.- GENERALIDADES DEL CUIDADO

### 2.1 CUIDAR:

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio se planifican en función de las necesidades de la persona y de acuerdo al plan terapéutico establecido.

Las primeras actividades de enfermería que tenemos que realizar de momento que la persona recién operada nos llega a la planta son las siguientes:

- Valoración inicial del estado de la persona: nivel de conciencia, agitación, constantes vitales, aspecto de los apósitos, permeabilidad de los drenajes, control de la cantidad y aspecto del líquido drenado y conexión al sistema de aspiración adecuado.
- Valoración del nivel de dolor y administración de la analgesia prescrita.
- Colocación del brazo del lado invertido en posición elevada para facilitar el drenaje de las vías linfáticas y venosas.
- Velar para que el ambiente que rodea a la persona sea limpio tranquilo y seguro.
- Proporcionarle a la persona el bienestar físico y psíquico durante la estancia en el hospital.
- Pasadas 24 horas de la intervención, se debe estimular a la paciente para que inicie la práctica de sus actividades habituales, como son: lavarse, peinarse, etc. Empezar la movilización activa levantándose de la cama, acudiendo al servicio, dando pequeños paseos por la habitación, etc. Además tiene que ir esforzándose en tener una alimentación equilibrada.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> DURÁN ESCRIBANO M. Diagnósticos Enfermeros. Instrumentos para la atención de los cuidados. Rev ROL Enf 1993; 182.

- Valorar los conocimientos de la paciente para rectificarlos o ampliarlos por medio de la entrevista de enfermería.<sup>52</sup>

- A las 48 horas:

- a) Explicar a la paciente los cuidados que se le van a realizar.
- b) Controlar y retirar el apósito quirúrgico.
- c) Comprobar el aspecto de la herida, prestando especial atención a la aparición de hematomas y serosas.
- d) Pintar la zona con Povidona yodada, tapar con gasa estéril, procurando que sea un vendaje compresivo y que adopte una forma similar a la de la mama no afectada (en caso de mastectomía unilateral).
- e) Cubrir con venda elástica todo el tórax.
- f) Iniciar la recuperación mediante ejercicios.

- A las 72 horas:

- Retirar el redón (excepto si la paciente ha sido previamente irradiada, en cuyo caso se retirará bajo criterio facultativo).

- Luego hay que recomendar duchas con agua y jabón neutro. Tenemos que curarla y ponerle un apósito nuevo cada día. También es muy importante hacer partícipe de la información de los cuidados al familiar más allegado.

En esta fase de la hospitalización debemos valorar la existencia de cuadros depresivos en estas pacientes, ya que pueden pasar fácilmente desapercibidos en personas físicamente enfermas. Esto se debe a que nosotros nos podemos llegar a

---

<sup>52</sup> DURÁN ESCRIBANO M. Diagnósticos Enfermeros. Instrumentos para la atención de los cuidados. Rev ROL Enf 1993; 182.

ocupar más del tratamiento de los problemas físicos dejando en un segundo plano los problemas emocionales

- Enseñar a la paciente a realizar ejercicios para que los realice diez días después de la intervención. Antes de los diez días, puede realizarlos de manera progresiva y sin forzar.

Repetir cada ejercicio hasta llegar a 10 veces cada uno.

No practicarlos un tiempo superior a 20 minutos.

Los ejercicios deben ser sencillos como: abrocharse el collar, abrocharse el delantal, peinarse, fregar cristales o abrocharse el sujetador.

- Más adelante, cuando la paciente vaya a recibir el alta la tenemos que informar o incluso enseñarle los cuidados que ella mismo se tiene que realizar.

-

.- Tenemos que decirle qué actividades puede realizar en su vida cotidiana.

.- Recomendarle una dieta sin grasas.

.- Enseñarle como se tiene que lavar y curar la herida.

.- Explicarle los cambios que observará en la incisión a lo largo de la fase de cicatrización.

.- Enseñarla a hacer un vendaje compresivo de todo el tórax con venda elástica, sujetándolo a modo de tirante en el hombro sano.

.- Decirle que es muy importante que el vendaje debe quedar amplio y firme.

.- Proporcionarle información sobre la existencia de prótesis y la sistemática a seguir para su utilización. Dirigirla para su colocación (a través de consultas externas y cirujano responsable de la paciente).

.- Informarle sobre los tratamientos coadyuvantes y los efectos secundarios más conocidos y derivados de los mismos: náuseas, vómitos, astenia, alopecia, etc. Y sobre la existencia de métodos para aliviarlos.

.- Indicarle la necesidad de presentarse a las visitas de control.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> Ibidem DURÁN ESCRIBANO M

### **3.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)**

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro “ Notas de Enfermería ” de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intentó definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud. Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicara y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> LUIS RODRIGO MT, FERNÁNDEZ FERRIN C, NAVARRO GÓMEZ MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 1998.

• MARINER Ann. Modelos y Teorías de Enfermería Ed. Harcourt Barcel Madrid España 1999

### 3.1.1- DATOS BIOGRAFICOS

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- ✓ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- ✓ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ✓ 1922 inicia su carrera como docente.
- ✓ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ✓ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ✓ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- ✓ 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- ✓ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- ✓ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- ✓ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> -- Ibidem MARINER Ann -- FERNÁNDEZ FERRIN C

- ✓ 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- ✓ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ✓ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- ❖ Catholic University.
- ❖ Pace University.
- ❖ University of Rochester.
- ❖ University of Western Ontario.
- ❖ Yale University.
- ❖ Old Dominion University.
- ❖ Boston College.
- ❖ Thomas Jefferson University.
- ❖ Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honoraria de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> -Ibidem - Ibidem MARINER Ann -- FERNÁNDEZ FERRIN C

- ✓ 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- ✓ 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- ✓ 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.<sup>57</sup>

### **3.1.2.- SUPUESTOS PRINCIPALES**

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Ibidem MARINER Ann --

<sup>58</sup> Ibidem FERNÁNDEZ FERRIN C

### 3.1.3.- AFIRMACIONES TEORICAS

#### **Relación enfermera – paciente:**

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ❖ **La enfermera como sustituta del paciente:** este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- ❖ **La enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ❖ **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

#### **Relación enfermera – médico:**

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

#### **Relación enfermera – equipo de salud:**

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

#### **Método lógico**

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> -Ibidem

## **Afirmaciones**

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de investigación de la

American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría,

la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

## **Tendencia y modelo**

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> -Ibidem FERNÁNDEZ FERRIN C,

### **3.1.4.- PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

#### **Definición de Enfermería**

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

## **Salud**

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

## **Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

## **Persona (paciente)**

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.<sup>61</sup>

### **3.1.5.- 14 Necesidades Básicas**

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- ❖ Respirar normalmente.
- ❖ Comer y beber de forma adecuada.
- ❖ Evacuar los desechos corporales.
- ❖ Moverse y mantener una postura adecuada.
- ❖ Dormir y descansar.
- ❖ Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- ❖ Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- ❖ Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- ❖ Evitar peligros y no dañar a los demás.
- ❖ Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- ❖ Profesar su fe.
- ❖ Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- ❖ Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.

---

<sup>61</sup> -LUIS RODRIGO MT, FERNÁNDEZ FERRIN C, NAVARRO GÓMEZ MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 1998.

• HENDERSON VA. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1994.

- ❖ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.<sup>62</sup>

## **.- METODOLOGÍA**

El siguiente caso clínico se desarrollo con base en el modelo teórico de Necesidades Básicas de Virginia Avenal Henderson.

- En la etapa de valoración se utilizó la Guía de valoración de 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (ver anexos).

- Diagnósticos de enfermería: estos se desarrollaron con base en la estructura de la taxonomía de la NANDA II.

- La Planeación. de los cuidados es un sistema que ya está sistematizado por medio de la Clasificación de resultados de enfermería NOC

- Para la Ejecución.- tomamos en cuenta la clasificación de intervenciones de enfermería NIC

- Evaluación.- La evaluación de la efectividad de las acciones de enfermería van acordes con los objetivos planteados y que requieren de un juicio y el uso de un lenguaje estandarizado

## CAPITULO II

### APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

#### 2.1 - PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La señora Sandra de 48 años de edad, ingresó en el servicio de ginecología el día 28 de julio del 2008 a las 9 horas, diagnosticada de cáncer de mama y se le realizo una cirugía de **mastectomía en la mama derecha**. Las actividades las vamos a centrar en los cuidados que esta mujer tiene que recibir por parte de enfermería una vez que ya ha sido operada y llega a su domicilio es decir, el postoperatorio.

Inicia con problemas en mama izquierda detectándose bultos en la mama, dolorosos y con salida de secreción del pezón, por lo cual acudió a consulta con su medico familiar en enero del 2008 de la cual la remitieron a exploración con la enfermera de medicina preventiva, posterior indico el medico una placa de rayos x de tórax y una mamografía, la remitieron a consulta del servicio de oncología mencionando el medico un probable cáncer de mama.

Le realizaron una biopsia de mama derecha, los resultados indicando un cáncer positivo, el medico oncólogo indico iniciar el tratamiento con seis aplicaciones de radioterapia, posteriormente le realizaron cirugía de mastectomía radical derecha continuando con ocho aplicaciones de quimioterapia presentando mejoría con el tratamiento.

Antecedentes heredo familiares

Hermana con antecedentes de C.A. Gástrico

Tía murió de cáncer gástrico

Antecedentes personales:

Partos 3 eutósicos, niega antecedentes patológicos

## 2.2- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

*(Guía de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Hendersón).*

### DATOS GENERALES

NOMBRE \_\_\_\_\_ Sra. Sandra

EDAD \_\_\_ 48 años PESO \_\_\_ 60 kg. TALLA \_\_\_ 155

Edo. Civil. \_\_\_ Casada N° HIJOS \_\_\_ 3 (22, 18, 16 años)

Su esposo trabaja en una constructora manejando una maquina

PROCEDENCIA \_\_\_ Amacuzac Mor. OCUPACIÓN \_\_\_ Ama de Casa

ESCOLARIDAD \_\_\_ Secundaria RELIGIÓN \_\_\_ Católica

DX. MÉDICO \_\_\_ Mastectomía Radical Derecha

UNIDAD DE ATENCION \_\_\_ H.G.R..N° 1 IMSS

### EXPLORACIÓN FÍSICA:

#### VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS MODELO DE VIRGINIA. HENDERSON

##### 1.- OXIGENACIÓN

Datos:

Presenta problemas para respirar -- NO Fuma -- NO

Signos vitales Pulso 80 x min. T.A 130/80 Temperatura 36.5

Frec. Resp. 28 x min.

Tos en ocasiones, piel seca color clara, medio ambiente limpio,

## **2.- NUTRICION E HIDRATAACION**

Dieta diaria a base de carne 3 veces a la semana con muy poca verduras .

Leche Y huevos

Tres comidas al día (pocas verduras, mas harinas, guisan con grasas, refrescos diario, cereales en ocasiones, Carnes rojas muy seguido

Toma poca agua, trastornos digestivos con alimentos con irritantes, labios reseco mucosas secas, uñas cortas y limpias, cabello café claro corto limpio, no realiza ejercicio, dentadura con caries y le faltan 2 piezas dentales, con dolor tipo piquetes a nivel de la mama, estresada y con ansiedad, ha disminuido su estado de energía, con frecuencia se irrita

## **3.- ELIMINACION**

Orina de color amarillo fuerte, orina en 3 ocasiones al día, Heces color café, evacua cada tercer día, necesita ayuda para realizarlo, suda mucho y por las noches tiene bochornos por la edad, su menstruación es cada 2 o 3 meses , escasa de 2 días con pocos cambios de toallas al día

Abdomen globoso,

## **4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Aparato músculo esquelético obesa, no realiza ningún ejercicio de ambulación en momentos hay apatía para realizar actividades y hay irritabilidad

Esta conciente y tiene dolor al moverse por la cirugía, necesita ayuda de algún familiar

## **5.- DESCANSO Y SUEÑO**

Se duerme a las 22 hrs. Despierta a las 3 am le da trabajo conciliar el sueño y despierta a las 7 am. Tiene nerviosismo se levanta durante la noche con ayuda de un familiar o quien la cuide

Descansa durante el día 2 hrs. Tiene preocupación por la cirugía que le realizaron y por su familia, duerme sola en su cuarto, presenta ojeras y tiene los parpados caídos

## **6.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

Cambio de ropa limpia diario y le da miedo vestirse sola y pide ayuda así mismo para desvestirse, desinterés por vestir ropa adecuada

Viste de acuerdo a su edad sin accesorios, no le interesan las marcas de la ropa

## **7.- TERMORREGULACION**

El entorno físico es muy caluroso, suda mucho y por las noches más, por lo que tiene cambios de irritabilidad

Por el momento no utiliza ventiladores por miedo a complicaciones de cirugía

## **8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

Se baña diario con cambio de ropa diaria y es por la mañana, por el momento solicita ayuda y esto le causa incomodo y estrés

El aseo de los dientes es de 1 o 2 veces al día, por lo que tiene caries en su dentadura, utiliza cremas para el cuerpo pero se ve la piel seca

Se lava las manos siempre después de ir al baño, utiliza poca pintura para la cara y maquillaje

## **9.- EVITAR LOS PELIGROS**

Tiene 3 hijos que se turnan para cuidarla y una de sus hermanas que ayuda realizar la comida y el aseo de la casa, se estresa porque una tía murió de cáncer gástrico

Su esposo casi no está por tener un trabajo lejos de su casa

Tiene 4 hermanos 2 hombres y 2 mujeres que la apoyan y la visitan continuamente y su mamá

Su mamá vive en otro estado por lo que la visita solo el día de la cirugía y la llama por teléfono, toda la familia la apoya emocional y físicamente

## **10.- COMUNICACION**

Preocupaciones, se estresa continuamente, se comunica y habla poco

Escucha bien no tiene dificultad para comunicarse

Vive con sus tres hijos y una hermana que la asiste durante el día

## **11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

Religión católica

Asiste los domingos a misa con su hermana y una de sus hijas

Frecuenta muy poco los grupos, esta triste y con facilidad se estresa

Sus hijas le ayudan para que se comunique más con ellas y así relajar su estrés

No le gusta leer libros

Ve más televisión (comedias)

## **12.- TRABAJAR Y REALIZARSE**

Tiene una percepción negativa de su salud para poder realizar sus labores familiares, esta incierta de volver a realizarlas

Por el momento no realiza actividades en casa pero le gusta cocinar y cuidar del aseo de su casa, En este momento lo realiza su hermana

Elabora donas para vender en los momentos que tiene tiempo y sustentarse en algo de su casa

## **13.- JUGAR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Su estado de ánimo no le ayuda para convivir con otros familiares fuera de su casa

Ayuda a sus hijos para que realicen deportes fuera de su casa, por el momento todos sus hijos están ayudándole

## **14.- APRENDIZAJE**

El nivel de educación es hasta secundaria

Desconoce cual es el proceso y los cuidados de su cirugía y su situación actual

Sus necesidades básicas siente que están completas porque la apoyan sus hijos y su esposo

## **2.3 .- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

**. Necesidad:**

Evitar peligros

**Diagnósticos de enfermería:**

Temor r/c amenaza de cambio en el estado de salud m/p inquietud

---

**Necesidad:**

Aprendizaje

**Diagnósticos de enfermería:**

Conocimientos deficientes r/c situación de salud m/p poca familiaridad para obtener información

---

**Necesidad:**

Trabajar y realizarse

**Diagnósticos de enfermería:**

Trastorno de la imagen corporal r/c auto percepción negativa m/p por la pérdida de la mama

---

**Necesidad:**

Creencias y valores

**Diagnósticos de enfermería:**

Conflicto de decisiones r/c falta de información relevante manifestado por Información múltiple y divergente

---

**Necesidad:**

Comunicaciones

**Diagnósticos de enfermería:**

Duelo anticipado r/c pérdida potencial de la mama m/p alteración en la comunicación

---

**Necesidad:**

moverse y mantener una buena postura

**Diagnósticos de enfermería:**

Deterioro de la movilidad física r/c. dolor y falta de conocimiento respecto al valor de la actividad física m/p incapacidad para moverse libremente

---

***Necesidad:***

Mantenimiento e higiene de la piel

***Diagnósticos de enfermería:***

Riesgo de infección r/c. desconocimiento de los cuidados de la herida quirúrgica  
m/p traumatismo de los tejidos de la piel

---

***Necesidad:***

Alimentación e Hidratación

***Diagnósticos de enfermería:***

Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico r/c intolerancia a los  
alimentos manifestado por pérdida de peso

---

***Necesidad***

Eliminación

***Diagnóstico de enfermería***

Alteración de la eliminación fecal r/c. actividad física insuficiente m/p. limitaciones  
de movimiento

---

***Necesidad***

Sueño y descanso

***Diagnóstico de enfermería***

Alteración del patrón de sueño r/c insomnio m/p. inquietud y dificultad para tomar  
una posición adecuada

---

La paciente al regresar a su domicilio presenta las siguientes necesidades:

Necesidades alteradas	Manifestaciones
Mantener una buena postura	Por dolor en brazo derecho al mínimo movimiento y molestias para tomar posiciones libres
Evitar peligros	Presenta ansiedad, dolor agudo, inquietud
Mantenimiento e higiene de la piel	Necesita ayuda para el manejo de la herida quirúrgica
Eliminación	Incapacidad para realizar las actividades de eliminación de orinar y evacuar
Nutrición e hidratación	Incapacidad para tomar alimentos por el deterioro de la inmovilidad del brazo derecho
Sueño y descanso	Dificultad para dormir por dolor en brazo derecho. a la movilidad, y al mínimo contacto, en movimientos mínimos de abducción y extensión
Elección de ropa adecuada	Limitaciones para vestirse y desvestirse
Valores	Tiene dificultad para tomar decisiones por su situación
Aprendizaje	tiene conocimientos deficientes en relación a su padecimiento
Comunicación	Desconoce su situación de sexualidad por la pérdida de la mama

## 2. 4.2 Análisis de la valoración de necesidades

Necesidad	dependiente	independiente	Parcialmente dependiente
Respirar normalmente			xxxxx
Comer y beber de forma adecuada	xxx		
Evacuar los desechos corporales	xxx		
Moverse y mantener una postura adecuada	xxx		
Dormir y descansar		xxx	
Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse)	xxx		
Mantener una adecuada temperatura del cuerpo			xxx
Mantener la higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física	xxxx		
Evitar peligros y no dañar a los demás			xxx
Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores		xxx	
Profesar su fe		xxx	
Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo			xxx
Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas	xxx		
Aprender, describir o satisfacer la curiosidad que conduzca al desarrollo normal, y a la salud.			xxx

## NECESIDADES

No.	Necesidad afectada	Manifestaciones	Diagnóstico de Enfermería
1	Oxigenación	Escasas secreciones con la posición supina	Deterioro de la respiración r/c movimientos de deambulación m/p falta de aire
2	Nutrición e hidratación	Perdida de peso y debilidad muscular	Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico r/c intolerancia a los alimentos manifestado por pérdida de peso
3	Eliminación	Necesita ayuda parcial para los drenajes pos-quirúrgicos	Retención de líquido en el brazo derecho manifestado por linfedema.
4	Moverse y mantener una buena postura	Limitación por dolor a la mínima movilización	Deterioro de la movilidad relacionada con intervención quirúrgica manifestado por dolor, fatiga a la hora de mover hombro y brazo derecho.
5	Dormir y descansar	Presenta dificultad para dormir por la posición única	Alteración del patrón de sueño relacionado por insomnio y manifestado por inquietud y dificultad para tomar una posición adecuada
6	Elección de ropa adecuada	Necesita ayuda parcial para vestirse y desvestirse	Deterioro de la capacidad para realizar por si misma la actividad de vestirse y desvestirse
8	Mantenimiento e Higiene de la piel	Necesita ayuda parcial para el manejo de la herida quirúrgica y la canalización	Riesgo de infección r/c. desconocimiento de los cuidados de la herida quirúrgica

9	Evitar peligros	Presenta ansiedad Dolor agudo Medidas de prevención	Temor asociado a revisarse y verse la herida quirúrgica manifestado por angustia y preocupación en el momento de las curaciones.
10	Comunicación	Desconocimiento de su sexualidad	Trastorno de la imagen corporal r/c auto percepción negativa por la pérdida de la mama
11	Valores	Dificultad en la toma de decisiones	Conflicto de decisiones r/c falta de información relevante y fuentes de información múltiples
12	Trabajar y realizarse	Autopercepción negativa Influencia de la salud en ocupaciones laborales, familiares y sociales	Duelo anticipado r/c pérdida potencial de la mama
13	Participar y realizar actividades recreativas	Limitación a la movilización	Deterioro de la movilidad física r/c herida quirúrgica
14	Aprendizaje	Desconoce su proceso y cuidados asociados al mismo	Conocimientos deficientes r/c situación de salud

## Jerarquización de las necesidades

Necesidades	Diagnóstico de enfermería
Sueño y descanso	Alteración del patrón de sueño relacionado por insomnio y manifestado por inquietud y dificultad para tomar una posición adecuada
Eliminación	Retención de líquido en el brazo derecho manifestado por linfedema.
Evitar peligros	Temor asociado a revisarse y verse la herida quirúrgica manifestado por angustia y preocupación en el momento de la curación
Moverse y mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad relacionada con intervención quirúrgica manifestado por dolor, fatiga a la hora de mover hombro y brazo derecho.
Mantenimiento e higiene de la piel	Riesgo de infección r/c. desconocimiento de los cuidados de la herida quirúrgica
Nutrición	Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico r/c intolerancia a los alimentos manifestado por pérdida de peso
Elección de ropa adecuada	Deterioro de la capacidad para realizar por si misma la actividad de vestirse y desvestirse

## 2. 5 -EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

### Necesidad:

Evitar Peligros

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Temor r/c amenaza de cambio en el estado de salud m/p perdida de la mama</p> <p>(Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.)</p>	<p>Control del miedo</p> <p>(Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable.)</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Aumentar el afrontamiento</p> <p>(Ayudar a la paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana)</p> <p><b>Actividades de enfermería</b></p> <p>Valorar el impacto de la situación vital de la paciente en los papeles y sus relaciones.</p> <p>Alentar a la paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.</p> <p>Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</p> <p>Valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad..</p> <p>Alentarle una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p>

		<p>Evaluar la capacidad de la paciente para tomar decisiones.</p> <p>Fomentar un dominio gradual de la situación. Estresante.</p> <p>Alentar el uso de fuentes espirituales,</p> <p>Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</p> <p>Presentar a la paciente personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia con éxito</p> <p>·</p> <p>Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.</p> <p>Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.<sup>63</sup></p> <p>·</p>
<p><b>Evaluación:</b></p> <p>Con la disposición de los familiares la señora Sandra acepto a recibir y poner en practica lo que los grupos de apoyo le sugerían presentando cambios al temor que tenia</p>		

<sup>63</sup> TOMÁS VIDAL AM<sup>a</sup>. Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados. Enf Clin 1994; 28-35.

Asociación Norteamericana para el Diagnóstico de Enfermería NANDA

Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC

Clasificación de Resultados de Enfermería NOC

**Necesidad:**

Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Conocimientos deficientes r/c situación de salud m/p poca familiaridad para obtener información</p> <p>(Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.)</p>	<p>Conocimiento: régimen terapéutico</p> <p>(Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico)</p>	<p><b>Intervención:</b></p> <p>Enseñanza pos-quirúrgica</p> <p>(Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la recuperación postoperatorio)</p> <p><b>Actividades de enfermería</b></p> <p>Evaluar la ansiedad de la paciente relacionada con la cirugía.</p> <p>Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p> <p>Presentarle a la paciente al personal implicado en los cuidados de cirugía postoperatorios.<sup>64</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p> <p>La ansiedad calmo cuando se le empezó a informar y orientar sobre su estado de salud y los cuidados requeridos</p>		

<sup>64</sup> Ibidem TOMÁS VIDAL AM<sup>a</sup> - NANDA, NIC . NOC.

**Necesidad:**

Comunicación

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Duelo anticipado r/c pérdida de la mama m/p llanto continuo</p> <p>(Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.)</p>	<p>Adaptación psicosocial: cambio de vida</p> <p>(Adaptación psicosocial de un individuo a un cambio de vida.)</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Guía de anticipación</p> <p>(Preparación del paciente en anticipación a una crisis en desarrollo y/o circunstancial.)</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Proporcionar a la paciente una referencia preparada ( materiales) educativos</p> <p>Proporcionar a la paciente un número de teléfono en caso de necesitar ayuda, Aumentar el afrontamiento</p> <p>Valorar el ajuste de la paciente a los cambios de imagen corporal</p> <p>Valorar el impacto de la situación vital de la paciente en los papeles y relaciones.</p> <p>Alentar a la paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.</p> <p>Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</p> <p>Valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad.</p>

		<p>Proporcionar a la paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>Evaluar la capacidad de la paciente para tomar decisiones estresantes.<sup>65</sup></p>
<p>Evaluación:</p> <p>Personas del grupo de tanatología proporcionaron orientación en relación a la pérdida de la mamá a la señora Sandra y a sus familiares</p>		

<sup>65</sup> Ibidem TOMÁS VIDAL AM<sup>a</sup> - NANDA, NIC . NOC.

**Necesidad:**

Creencias y Valores

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Conflicto de decisiones r/c falta de información relevante m/p fuentes de información múltiples o divergentes</p> <p>(Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales)</p>	<p>Toma de decisiones</p> <p>(Capacidad para escoger entre dos o más alternativas)</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Apoyo en toma de decisiones</p> <p>(Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados Sanitarios)</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Proporcionar la información solicitada por la paciente</p> <p>Informar a la paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.</p> <p>Ayudar a la paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.<sup>66</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p> <p>Se le proporciono libros y folletos acerca de su padecimiento y su recuperación que es a mediano tiempo</p>		

<sup>66</sup> ibidem -TOMÁS VIDAL - - NANDA, NIC . NOC

**Necesidad:**

Moverse manteniendo una buena postura

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Deterioro de la movilidad física r/c falta de conocimientos respecto al valor de la actividad física m/p dolor y estado de humor irritable</p> <p>(Limitación al movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades)</p>	<p>Nivel del dolor</p> <p>Intensidad del dolor referido o manifestado</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Capacidad para moverse con resolución</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados y analgésicos correspondientes.</p> <p>Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (, no farmacológicas e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor</p> <p>Animar a la paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.</p> <p>Proporcionar a la señora un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</p> <p>Poner en práctica la analgesia controlada por la paciente.<sup>67</sup></p>
<p>Evaluación</p> <p>Con participación de los familiares se llevo a cabo la movilización de la señora Sandra quedando mas tranquila mencionando que tenia menos dolor</p>		

<sup>67</sup> ibidem -TOMÁS VIDAL - - NANDA, NIC . NOC

**Necesidad:**

Mantenimiento e Higiene de la piel

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería de Colaboración
<p>Riesgo de infección r/c desconocimiento de los cuidados de la herida m/p traumatismo de la piel y drenajes</p> <p>Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos</p>	<p>Disminución del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos</p> <p>Magnitud a la que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Cuidados del sitio de incisión Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o Grapas</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Tomar nota de las características de cualquier drenaje.</p> <p>Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño y la ducha.</p> <p>Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.<sup>68</sup></p>
<p>Evaluación: Al realizar la técnica de curación la paciente se sentía mas segura y tranquila, y explicándoles a sus familiares participan observando para prevenir signos de infección</p>		

<sup>68</sup> ibidem -TOMÁS VIDAL - - NANDA, NIC . NOC

**Necesidad:**

Trabajar y Realizarse

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Trastorno de la imagen corporal r/c cambio real m/p Llanto, inquietud, miedo al rechazo.</p> <p>(Confusión en la imagen mental del yo físico)</p>	<p>Imagen corporal</p> <p>(Percepción positiva de la imagen y las funciones corporales)</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Potenciación de la imagen corporal</p> <p>(Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes de la paciente hacia su cuerpo)</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Utilizar una guía previsoras en la preparación de la paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.</p> <p>Observar si la paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio</p> <p>Ayudar a la paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debido a la cirugía.</p> <p>Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.<sup>69</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p> <p>La visita de dos señoras de grupos de apoyo que tenían el mismo padecimiento le proporcionaron orientación en relación a su padecimiento quedando mas tranquila y estable, y continúan visitándola</p>		

<sup>69</sup> - ibidem -TOMÁS VIDAL - NANDA, NIC . NOC.

**Necesidad:**

Nutrición e Hidratación

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Déficit de auto cuidado: alimentación r/c .incapacidad para llevar los alimentos a la boca m/p debilidad y malestar</p> <p>(Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación)</p>	<p>Ayuda con los autocuidados: alimentación</p> <p>(Ayudar a una persona a comer)</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Ayudar a una persona a tomar alimentos</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Identificar la dieta prescrita.</p> <p>Poner la charola en la mesa de forma atractiva.</p> <p>Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida.</p> <p>Colocar al paciente en una posición cómoda.</p> <p>Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.</p> <p>Llevar un control anotando la ingesta, de líquidos y alimentos<sup>70</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p> <p>Los alimentos que la &lt;sra. Sandra toma son los de su elección, con la ayuda mejora la ingesta a su gusto</p>		

<sup>70</sup> - ibidem -TOMÁS VIDAL - NANDA, NIC . NOC. .

## Necesidad

### Mantenimiento e Higiene de la piel

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Déficit de auto cuidado, baño / higiene r/c incapacidad para entrar y salir del baño m/p incapacidad para moverse</p> <p>(Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene)</p>	<p>Ayuda con los auto cuidados: baño/higiene</p> <p>Ayudar a otra persona a realizar la higiene personal.</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>· Ayudar con otra persona a movilizarla y a trasladarla</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo y demás accesorios necesarios al pie en el baño.</p> <p>Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).</p> <p>Facilitar que la paciente se cepille los dientes, Facilitar que la paciente se bañe ella mismo,</p> <p>Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados de la paciente.<sup>71</sup></p>
<p>Evaluación El moverla para bañarla le causaba dolor , pero con el agua tibia se sentía relajada y limpia y dormía más tiempo</p>		

<sup>71</sup> - ibidem -TOMÁS VIDAL - NANDA, NIC . NOC . .

**Necesidad:**

Eliminación

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Déficit de auto cuidado: uso del WC r/c incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación m/p deterioro de la movilidad y debilidad</p> <p>Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de de orinar y evacuar</p>	<p>Ayuda con los auto cuidados: higiene y w.c</p> <p>Ayudar a otra persona a realizar la higiene después de realizar evacuación</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Ayudar con otra persona en la eliminaciones</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.</p> <p>Ayudar a la paciente en el aseo/ cuando orina ó evacua Intervalos especificados.</p> <p>Considerar la respuesta de la paciente a la falta de intimidad.</p> <p>Disponer intimidad durante la eliminación.</p> <p>Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. Cambiar la ropa de la paciente después de la eliminación.<sup>72</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p> <p>El ayudarla a levantarse le ayudo a que los intestinos tuvieran movilidad y la evacuación fue mas rápida sintiéndose a gusto por el aseo después de la evacuación</p>		

<sup>72</sup> ibidem -TOMÁS VIDAL - NANDA, NIC . NOC. .

**Necesidad:**

Elección de ropa adecuada

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería
<p>Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento r/c arreglo personal m/p malestar, disminución o falta de motivación</p> <p>Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.</p> <p>Deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa necesarias.</p>	<p>Ayudar con los auto cuidados: de vestirse y arreglarse</p> <p>Ayudar a otra persona a realizar la higiene, vestirse y arreglarse</p>	<p><b><u>Intervención:</u></b></p> <p>Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal</p> <p>Ayudar a una persona con la ropas y el maquillaje.</p> <p><b><u>Actividades de enfermería</u></b></p> <p>Informar a la paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar</p> <p>Disponer las prendas de la paciente en una zona Accesible (al pie de la cama).</p> <p>Estar disponible para ayudarla en el vestir, si es necesario. Y arreglo</p> <p>Mantener la intimidad mientras la paciente se Viste.<sup>73</sup></p>
<p>Evaluación</p> <p>Cuando a la sra. se le ayudo a vestirse y arreglarse la cara se sentía mas segura para verse bien y arreglada</p>		

<sup>73</sup> - ibidem -TOMÁS VIDAL - - NANDA, NIC . NOC



## **- CONCLUSIONES**

Con la utilización de las etapas del proceso de atención de enfermería se logro dar un cuidado de calidad integral a la paciente junto con su familia, teniendo como objetivo la mejoría de la persona.

Considero que una de las ventajas de aplicar el proceso de atención de enfermería es que se aplica individualizado. El mantener informado a la persona de cada una de las actividades a realizar en coordinación con su familiar, el paciente colabora y se siente apoyado, esto es parte de la enseñanza para su pronta recuperación

La metodología de utilizar la taxonomía de la NANDA orientadas por las intervenciones NIC, verificando los resultados NOC facilitan las acciones a realizar, valorando continuamente la evolución de la persona

Con la guía de valoración de las necesidades de Virginia Avenel Henderson nos damos cuenta de la prioridad de intervenir en los cuidados de enfermería que la persona necesita para su pronta recuperación.

## **SUGERENCIAS**

Que todo el personal de salud sepa sobre esta enfermedad ( cáncer) que es la segunda causa de muerte, para dar orientación a las personas y evitar mayores daños y complicaciones

## GLOSARIO DE TERMINOS

;

**Mastectomía simple:** extirpación quirúrgica de la totalidad de la glándula mamaria

**Mastectomia radical;** extirpación quirúrgica de la totalidad de la glándula mamaria con el tejido adiposo

### **Tumores oncológicos**

**Neoplasia:** es una masa anormal de tejido con un crecimiento celular excesivo e incontrolado

**Cáncer de mama;** tumor mamario con diferentes características biológicas y distintos grados de agresividad

**Quimioterapia;** estrategias para el tratamiento del cáncer mediante la administración de fármacos

**NANDA.-** Asociación Norteamérica para el Diagnóstico de Enfermería

**NIC.-** Clasificación de intervenciones de enfermería

**NOC.-** Clasificación de resultados de enfermería

**Taxonomía.-** es un tipo de clasificación, es el estudio teórico de las clasificaciones

**Diagnostico de Enfermería.-** Estudio cuidadoso y critico de algo con el fin de establecer su naturaleza

**Radioterapia:** tratamiento de cáncer localizado, que se han diseminado cerca de tejidos normales

**Fármaco;** sustancia química que al ser introducida al organismo produce efectos

**Toxicidad:** expresión de la dosis calculada a partir de la talla y peso

**Dolor:** es una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño tisular

## BIBLIOGRAFIA

- Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería ( guía práctica ) 2° ed. Ed. Mosby/Doima 1995 España .

.-Fernández Ferrin Carmen El proceso de atención de enfermería estudio de casos Ed. Mossón – Salvat Barcelona España 1993

- Hernández / Rodríguez / Sandoval. Proceso de enfermería. Antología, UNAM ENEO. SUA. Méx. DF. 1997

- Carpenito, Linda. Diagnósticos de enfermería Ed. Interamericana Méx. DF.

- Iyer / Taptich / Losey proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería Ed. Interamericana 1993

.- Kozier Barbara. Fundamentos de Enfermeria. Ed. Interamericana 5° edic. 2002

.- Mariner Ann. Teorias y Modelos de Enfermería Ed. Harcourt 1999

Jonson., Bulechek., Butcher. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos Enfermeros Ed. Elsevier. Mosby segunda edición Barcelona 2007

Organización Panamericana de la salud, Manual de la American Cancer Society, Oncología Clínica Segunda Edición Ed. Gerald. P. Murphy 1996

Shirley E. Otto Enfermería Oncológica Ed. Harcoute / Océano Vol.1 Tercera Ed. España 1997

Trujillo Román Torres Tumores de mama diagnostico y tratamiento Segunda Edición Ed. McGraw Gill interamericana

Nanda 1 Diagnósticos Enfermero definiciones y clasificación 2005 – 2006 Ed. Elsevier Madrid España

TOMÁS VIDAL AM<sup>a</sup>. Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados. Enf Clin 1994; 4 (1): 28-35.

ZARAGOZA SALCEDO A. El proceso de atención de Enfermería. Perspectiva de profesores y alumnos. Rev ROL Enf 1999; 22 (9): 583-590.

TOMAS VIDAL A. Planes de Cuidados de Enfermería. Madrid: Olalla, 1996.

## ANEXOS

### GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA

#### CANCER MAMARIO Y MASTECTOMIA

##### CONCEPTO:

El cáncer mamario es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad esta entre los 35 y 54 años de edad. Es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo, su incidencia está aumentando a nivel mundial por razones que aun no se han determinado.

En los últimos años la conciencia de la ciudadanía sobre el cáncer de mama ha crecido de manera considerable, las mujeres han comentado ampliamente sus experiencias de esta enfermedad, los medios de comunicación divulgan la información sobre el cáncer mamario y los temas relacionados con el padecimiento.

Los estudios clínicos experimentales nacionales siguen tratando de encontrar solución a diversas preguntas relacionadas con este padecimiento. La detección precoz continúa siendo la clave para controlar el cáncer de mama. La mamografía sigue siendo la principal forma de descubrir la enfermedad antes de que pueda detectarse clínicamente. Cuando se utilizan en combinación con el auto examen detallado y regular, y el examen periódico por un profesional es posible detectarlo en una etapa precoz.

El diagnostico y el tratamiento del cáncer de mama en la mujer y su familia sigue siendo una de las responsabilidades clínicas y de investigación más importantes de la enfermería <sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> Rebeca Crane Oncológica Clínica Segunda Edición Ed. McGraw Gill interamericana

## ANATOMÍA:

La mama femenina está formada por la piel que contiene normalmente un grosor de aproximadamente de 1 a 2 mm. El parénquima glandular lo integran de 15 a 20 lóbulos glandulares; cada lóbulo contiene pequeños lobulillos en los cuales se encuentran los acinis glandulares. Los lobulillos son las unidades estructurales de la glándula <sup>75</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA:

La incidencia del cáncer mamario en las mujeres ha aumentado en cerca del dos por ciento anual desde 1980, esto obedece en gran parte a un mayor acceso a los programas y por consiguiente a una detección más precoz, así como al envejecimiento de la población femenina, las tasa de mortalidad no has sufrido modificaciones durante los últimos cincuenta años a pesar de las mejoras en el tratamiento y la detección precoz. Se calcula que cada ocho mujeres tendrán cáncer de mama invasivo y son raros los casos de mama en varones. En los Estados Unidos la tasa de incidencia de cáncer de mama es menor en las mujeres negras que en las mujeres blancas y la tasa de mortalidad entre las mujeres blancas permanece más o menos estable, mientras que en las mujeres negras ha aumentado <sup>76</sup>

## ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO:

Las investigaciones han demostrado que no existe una causa única del cáncer mamario, es una enfermedad heterogenia que se desarrolla como resultado de muchos factores que difieren de una mujer a otra y que en su mayoría aún se desconocen.

---

<sup>75</sup> Trujillo Román Torres Tumores de mama diagnostico y tratamiento Segunda Edición Ed. McGraw Gill interamericana

<sup>76</sup> Rebeca Crane Oncológica Clínica Segunda Edición Ed. McGraw Gill interamericana

El riesgo de cáncer mamario puede expresarse como el riesgo de padecer la enfermedad o de morir a consecuencia de ella.

**Riesgo absoluto:** Es el número de casos de cáncer mamario en una población dada, dividido por el número de mujeres que en ella exista, el riesgo absoluto se expresa como el riesgo específico para la edad en diversos intervalos. El riesgo es más alto para las mujeres mayores puesto que la enfermedad aumenta en frecuencia a medida que pasan los años.

**Riesgo Relativo:** Es la incidencia de la enfermedad en una población de mujeres con factores de riesgo conocido o sospechado. El riesgo relativo expresa el exceso de riesgo de sufrir el cáncer a un mayor número de factores de riesgo.

**El Riesgo Atribuible:** Es el número de casos de cáncer en una población que se asocian con determinados factores de riesgo y que podrían prevenirse.<sup>77</sup>

## FACTORES DE RIESGO MÁS RECONOCIDOS

- A) Genero: Las mujeres tienen una mayor probabilidad que los hombres de padecer cáncer de mama
- B) Edad: La incidencia del cáncer mamario aumenta con la edad, la mayoría de los casos se diagnostica en mujeres mayores de cuarenta años
- C) Antecedentes personales de cáncer: Un diagnóstico previo de cáncer mamario aumenta el riesgo de padecer un segundo tumor en la mama opuesta
- D) Antecedentes familiares de cáncer y genética: Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama en una pariente de primer

---

<sup>77</sup> Trujillo Román Torres Tumores de mama diagnóstico y tratamiento Segunda Edición Ed. McGraw Gill interamericana

grado (madre, hermana, o hija) tienen un riesgo de dos a tres veces de padecerlo

E) Menarquia precoz y menopausia tardía: Menarquia precoz antes de los doce años y la menopausia tardía después de los cincuenta años, esto se asocia con un mayor riesgo

F) Historia reproductiva: El hecho de no tener hijos (nuliparidad) o el primer embarazo después de los treinta años incrementa el riesgo en la mujer.

G) Enfermedad benigna de mama: Este término abarca una amplia gama de diagnósticos histopatológicos. Las lesiones benignas de mama se clasifican en tres grupos:

- Lesiones no proliferativas: Estas no se asocian con un mayor riesgo de cáncer
- Lesiones proliferativas sin atipia: incluyen las hiperplasias moderadas, adenosis esclerosantes y papilomas
- Lesiones proliferativas con atipia: Son las que tienen un mayor riesgo de transformación maligna

H) Obesidad y grasa en la dieta: Se ha demostrado que la obesidad se asocia con mayor riesgo de cáncer mamario en mujeres posmenopausicas, esto por el exceso de tejido adiposo. La incidencia de cáncer mamario es mayor en los países industrializados con un nivel socioeconómico alto y un aumento en el consumo de grasa.

I) Exposición a la radiación: Se ha observado una incidencia de cáncer mamario superior a la esperada en las mujeres expuestas a radiación ionizante para el tratamiento de tuberculosis o mastitis posparto o en las supervivientes de las bombas de Nagasaki, Japón

J) Hormonas exógenas: Se considera que el cáncer de mama se relaciona con las hormonas, se han realizado estudios para evaluar el riesgo asociado con el uso de anticonceptivos orales y terapia de reposición de estrógenos.<sup>78</sup>

k) Consumo de alcohol: Diversos estudios han demostrado un ligero aumento en el riesgo con el consumo de alcohol, la edad a la que las personas inician a beber (antes de treinta años), el volumen y la duración

---

<sup>78</sup> Ibidem-

son variables importantes para comprender el riesgo en el consumo del alcohol, ingerir grandes cantidades también se relaciona con una nutrición deficiente.

L) Otros factores: El nivel socioeconómico alto se asocia con el riesgo de padecer cáncer, sin embargo el nivel socioeconómico bajo se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad debido a la enfermedad, la etnia también es importante. Las mujeres blancas tienen mayor riesgo y las mujeres de color tienen menos riesgo, pero la probabilidad de muerte es mayor.

## PREVENCIÓN, TAMIZAJE Y DETECCIÓN.

No se sabe que causa el cáncer de mama ni como prevenirlo, se trata de una enfermedad heterogénea, es decir, una que tiene muchas características, cuyo potencial de desarrollo crecimiento y metástasis varía de una mujer a otra. El periodo de promoción celular se caracteriza por ser reversible, es decir, que el cáncer puede evitarse si se reduce la exposición o se previenen sus efectos adversos, la detección precoz es el medio más importante para controlar el cáncer de mama.<sup>79</sup>

## MÉTODOS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ.

- El auto examen de mama: Debe de realizarse todos los meses a partir de los veinte años.
- El examen clínico de mama: Debe de realizarse cada tres años a las mujeres entre los veinte y cuarenta años
- Las mamografías: Se realiza a partir de los cuarenta años de edad, debe de realizarse cada uno o dos años en mujeres entre cuarenta y cuarenta y nueve años y anualmente a partir de los cincuenta.
  - ✓ La mamografía es el único método comprobado para detectar el cáncer de mama antes de que pueda palparse por medio del auto examen y detecta la enfermedad en mujeres asintomáticas.

---

<sup>79</sup> Ibidem Trujillo Román Torres

- ✓ El auto examen de mama (AEM) Es un examen gratuito, privado y sencillo. El realizar el AEM de modo habitual podría reducir la mortalidad global de cáncer mamario en casi un diez y nueve por ciento.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

En las mujeres asintomáticas la mamografía sirve para detectar los cambios microscópicos sugestivos de cáncer, como una masa pequeña e irregular, engrosamiento de la piel, retracción del pezón.

- Los síntomas más comunes de manifestación son:

Masa o endurecimiento de la mama o axila

Secreción espontánea, persistente y unilateral del pezón de carácter serohemático, hemático o serosa

Retracción o inversión del pezón

Cambios en el tamaño, la forma o la textura de la mama

Depresiones o rubosidades en la piel

Piel escamosa al rededor del pezón

- Síntomas de propagación local ;

Enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas

Piel de naranja

Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos auxiliares

- Evidencia de enfermedad metastásica;

Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos

Anomalías en la radiografía torácica

Elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio

Gammagrafía ósea positiva

Resultados anormales de las pruebas de función hepática <sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> Shirley E. Otto Enfermería Oncológica Ed. Harcoute / Océano Vol.1 Tercera Ed. España 1997- P-84

## DIAGNOSTICO:

Se puede diagnosticar mediante evaluación citológica (de las células) o histológicas (de los tejidos). La biopsia es una técnica preferida cuando pueden palpase masas dominantes. El cáncer mamario por lo general se clasifica de acuerdo con el sistema T.N.M, el cual evalúa;

- \* el tamaño del tumor ( T ),
- \* la afección de los ganglios linfáticos ( N )
- \* la propagación o distancia de la enfermedad ( M )

y las clasificaciones son: <sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Ibidem Trujillo Román Torres

CLASIFICACION DEL CANCER MAMARIO DE ACUERDO A LA EVALUACION DEL TAMAÑO DEL TUMOR

Estadio	Descripción
Estadio 0	Ausencia de tumor palpable
Estadio I	Tumor menor de 2cm con ganglios sanos ( T1)
Estadio II A	Tumor entre 0 y 2cm. con ganglios afectados o de 2 a 5cm con ganglios sanos
Estadio II B	Tumor de 2 a 5cm con ganglios afectados o mayor de 5cm con ganglios sanos
Estadio III A	Tumor de menos de 5cm. con ganglios afectados móviles o inmóviles
Estadio III B	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa ala pared torácica o a la piel, ganglios afectados, con o sin ganglios linfáticos internos afectados
Estadio IV	Cualquier metástasis a distancia incluyendo los ganglios supraclaviculares <sup>82</sup>

<sup>82</sup>Rebeca Crane Oncología Clínica Ed. Harcoute / Océano Vol.1 Tercera Ed. España Pag. 96

## METASTASIS:

El cáncer de mama se propaga por invasión directa de los tejidos adyacentes, a lo largo de los conductos galactóforos o por vía linfática, el lugar principal de la diseminación regional son los ganglios linfáticos axilares, que son positivos casi en un 50% en pacientes con tumores palpables en el momento del diagnóstico, la propagación sistémica de la enfermedad puede afectar a diversos órganos y tejidos, los más frecuentes son los huesos, los pulmones, la pleura, el hígado y las glándulas suprarrenales.

Los síntomas más frecuentes relacionados con la metástasis son náuseas y vómitos no asociados con quimioterapia, pérdida del apetito, pérdida de peso, dolor, desaliento, y problemas neurológicos.<sup>51</sup>

## TRATAMIENTO

Hay cinco modalidades principales en el tratamiento del cáncer

- \_ Por cirugía
  - \* elimina el cáncer del cuerpo
  - \* tratamiento de tumores localizados
  
- \_ Radioterapia
  - \* matar células malignas
  - \* tratamiento del cáncer localizado, que se han diseminado cerca de los tejidos normales
  
- \_ Quimioterapia
  - \* matar o inhibir la replicación de células malignas a través del cuerpo
  - \* tratar las metástasis
  - \* combinación con cirugía o radioterapia
  
- \_ Terapia Hormonal
  - \*\* matar o reducir células tumorales
  - \* alterar de los niveles hormonales que afectan
  
- \_ Radioterapia
  - \* activar el sistema inmune
  - \* células blanco específicas

## POR CIRUGÍA

Interviene en todos los niveles de la enfermedad

Como son; Prevención, Diagnóstico, Cirugía Plástica reparadora

a) Cirugía con objetivos curativos;

- aglactación del tumor primitivo con o sin extirpado ganglionar
- cirugía amplia para un tumor limitado
- disminuir el grado de extensión del tumor

b) Cirugía de reducción tumoral;

Disminución de la masa tumoral para hacerla más accesible a los tratamientos complementarios ( radioterapia, quimioterapia )

c) Cirugía de exéresis de la metástasis

Las metástasis deben ser, únicas o poco numerosas, accesibles, secundarias a un tumor

d) Cirugía sintomática

esta cirugía permite suprimir una de las consecuencias sintomáticas vinculadas al desarrollo de un tumor

- Torres Trujillo, tumores de mama Diagnóstico y Tratamiento Ed Mc Graw-Hill 1998

- Mendoza/ García Manual de Ontología básica para enfermeras Ed Pierre Fabre 9

Las observaciones para la cirugía se deben de tomar en cuenta como: tamaño del tumor, localización del tumor tamaño de la mama, preferencias y actitudes de la paciente.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Organización Panamericana de la salud, Manual de la American Cancer Society, Oncología Clínica Segunda Edición Ed. Gerald. P. Murphy 1996

## Quimioterapia

Entre el 50 y el 80% de las pacientes responden a las fármaco terapia combinada las remisiones de la enfermedad casi siempre duran de 5 a 13 meses, la doxorubicina es el agente individual mas eficaz en el tratamiento del cáncer mamario metastasico, otros fármacos empleados con régimen combinado son las ciclofosfamida, el metotrexate y el 5-fluoruracilo, Los fármacos antineoplasicos tienen como características el ocasionar diferentes daños en las células por diversos mecanismos de acción, tanto en las células sanas como en las células tumorales

La Toxicidad general de la quimioterapia es ;

- Hematológica como; leucopenia, trombopenia y anemia
- Digestiva como; nauseas y vómitos, diarreas
- Mucosas como; mucositis, estomatitis, lesiones erosivas de la mucosa bucal y faríngea, disfagia, dolores locales
- Alopecia ; caída del cabello debido a la acción toxica sobre los folículos pilosos

Vías de la administración de la quimioterapia

Vías -- venosa. como son los dispositivos, implantables ( catéter )

Bolo, perfusión continúa

-- intramuscular

-- por vía oral

--. vías locales <sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> - Mendoza/ García Manual de Ontología básica para enfermeras Ed Pierre Fabre 11

Shirley E. Otto Enfermería Oncológica Ed. Harcouite / Océano Vol.1 Tercera Ed. España 1997

## INSTRUMENTO METODOLÓGICO DE VALORACIÓN

(GUÍA DE VALORACIÓN DE 14 NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON

### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ estado civil \_\_\_\_\_ religión \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Unidad de salud donde se atendió \_\_\_\_\_

### SIGNOS VITALES:

respiración: frecuencia \_\_\_\_\_ amplitud:  
buena \_\_\_\_\_ mediana \_\_\_\_\_ reducida \_\_\_\_\_  
pulso: frecuencia \_\_\_\_\_ ritmo:  
regular \_\_\_\_\_ irregular \_\_\_\_\_ amplitud: fuerte \_\_\_\_\_  
débil \_\_\_\_\_ temperatura \_\_\_\_\_ tensión arterial \_\_\_\_\_  
somatometría:  
peso \_\_\_\_\_ talla \_\_\_\_\_ índice masa corporal \_\_\_\_\_  
perímetro abdominal \_\_\_\_\_

### VALORACION DE NECESIDADES

#### 1.- OXIGENACION

¿tiene algún problema para respirar?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ describa \_\_\_\_\_

¿se expone a humo de leña?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ fuma \_\_\_\_\_ cuantos al día \_\_\_\_\_

¿convive con fumadores?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿convive con aves?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿tiene sensación de que le falta el aire cuando camina?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿tiene la sensación de que le falta el aire cuando sube escaleras?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿su casa esta ventilada?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿ahí fabricas de cemento, asbesto u otro contaminante?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿tiene familiares con problemas para respirar?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿le han diagnosticado hipertensión?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿tiene problemas cardiacos?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿tiene familiares con problemas de corazón?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿toma algún medicamento?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

explorar región cardió pulmonar, explorar dificultad respiratoria, fatiga, tos, expectoración, coloración de piel, llenado capilar.

## 2.-ALIMENTACION E HIDRATAACION

¿cuáles son los alimentos que acostumbra a consumir durante el desayuno?

\_\_\_\_\_

¿cuáles son los alimentos que acostumbra a consumir durante la comida?

\_\_\_\_\_

¿cuáles son los alimentos que acostumbra a consumir durante la cena?

\_\_\_\_\_

¿come entre comidas?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿con quien acostumbra a comer? \_\_\_\_\_

¿considera que su estado de animo influye en su alimentación?

no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿cuáles son los alimentos que le agrada? \_\_\_\_\_

¿cuáles son los alimentos que le desagradan? \_\_\_\_\_

¿cuáles son los alimentos que le causa intolerancia? \_\_\_\_\_

¿cuáles son los alimentos que le causan alergia? \_\_\_\_\_

¿tiene problemas para masticar? : \_\_\_\_\_

¿tiene dentadura completa? \_\_\_\_\_

¿tiene problemas con su peso? \_\_\_\_\_

¿considera que tiene adecuada digestión de alimentos? \_\_\_\_\_

¿cuántos vasos de agua toma al día? \_\_\_\_\_

¿acostumbra a tomar refrescos? \_\_\_\_\_

¿acostumbra a tomar café? \_\_\_\_\_

¿acostumbra a tomar alcohol? \_\_\_\_\_

¿toma suplementos alimenticios? \_\_\_\_\_

### 3.- ELIMINACION

¿cuántas veces evacua al día? \_\_\_\_\_

¿Presenta esfuerzos para defecar? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor a la evacuar? \_\_\_\_\_

¿tiene dolor abdominal al evacuar? \_\_\_\_\_

¿presenta flatulencias? \_\_\_\_\_

¿tiene tenesmo? \_\_\_\_\_

¿tiene meteorismo? \_\_\_\_\_

¿tiene incontinencia? \_\_\_\_\_

¿tiene prurito? \_\_\_\_\_

¿tiene hemorroides? \_\_\_\_\_

¿qué hábitos le dificultan la evacuación? \_\_\_\_\_

¿qué características tiene la evacuación? \_\_\_\_\_

¿cuántas veces orina al día? \_\_\_\_\_

¿de que color es su orina? \_\_\_\_\_

¿qué olor tiene su orina? \_\_\_\_\_

- ¿tiene disuria? \_\_\_\_\_
- ¿tiene poliuria? \_\_\_\_\_
- ¿tiene nicturía? \_\_\_\_\_
- ¿tiene retención de orina? \_\_\_\_\_
- ¿tiene urgencias para orinar? \_\_\_\_\_
- ¿Qué utiliza cuando tiene infección de vías urinarias? \_\_\_\_\_
- ¿Usted suda? \_\_\_\_\_ y como es su sudoración \_\_\_\_\_
- ¿Fecha de ultima menstruación? \_\_\_\_\_
- ¿Cada cuanto menstrua? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos días dura? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dismenorrea? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene perdidas intermenstruales? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene flujo vaginal? \_\_\_\_\_

#### 4.- MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA

- ¿Tiene algún problema que le dificulte la de ambulación? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultad para moverse en la cama? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultad para levantarse? \_\_\_\_\_
- ¿Qué apoyos utiliza para desplazarse? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas horas pasa en esa postura? \_\_\_\_\_
- ¿En algún momento del día tiene dolores musculares? \_\_\_\_\_
- ¿En que momentos presenta movimientos involuntarios? \_\_\_\_\_
- ¿Ha sentido que le falta fuerza o tiene debilidad muscular? \_\_\_\_\_
- ¿Presenta edema, ardor, comezón, hematomas en el cuerpo? \_\_\_\_\_
- ¿Realiza alguna actividad física? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tiempo le dedica a la actividad física? \_\_\_\_\_

#### 5.- DESCANSO Y SUEÑO

- ¿usted descansa durante el día? \_\_\_\_\_
- ¿cuántas horas duerme habitualmente? \_\_\_\_\_
- ¿tiene dificultad para conciliar el sueño? \_\_\_\_\_

- ¿se despierta fácilmente? \_\_\_\_\_
- ¿tiene sueño agitado? \_\_\_\_\_
- ¿tiene pesadillas? \_\_\_\_\_
- ¿tiene nerviosismo? \_\_\_\_\_
- ¿se levanta durante la noche? \_\_\_\_\_
- ¿el lugar donde descansa favorece su sueño? \_\_\_\_\_
- ¿acostumbra a tomar siesta? \_\_\_\_\_
- ¿qué hora habitual acostumbra para su siesta? \_\_\_\_\_

## 6.- VESTIDO

- ¿utiliza ropa adecuada durante el día? \_\_\_\_\_
- ¿utiliza ropa adecuada para las actividades que realiza? \_\_\_\_\_
- ¿utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo? \_\_\_\_\_
- ¿utiliza ropa adecuada cuando llueve? \_\_\_\_\_
- ¿utiliza ropa adecuada que le permita moverse?-----
- ¿utiliza ropa adecuada de acuerdo a su edad? \_\_\_\_\_
- ¿es capaz de desvestirse y vestirse sola? \_\_\_\_\_
- ¿es capaz de elegir su ropa? \_\_\_\_\_

## 7.- TERMO REGULACION

- ¿presenta alteraciones de su temperatura? \_\_\_\_\_
- hipotermia \_\_\_\_\_ hipotermia \_\_\_\_\_
- ¿que medidas toma para tomarse la temperatura? \_\_\_\_\_
- ¿sabe como medirla? \_\_\_\_\_
- ¿explorar signos y síntomas relacionados? \_\_\_\_\_

## 8.- HIGIENE

- ¿con que frecuencia se baña? \_\_\_\_\_
- ¿cada cuanto se lava su cabello? \_\_\_\_\_
- ¿realiza cambio de ropa? \_\_\_\_\_
- ¿cada cuanto se lava las manos? \_\_\_\_\_

¿cada cuanto realiza el cuidado de las uñas? \_\_\_\_\_  
pies \_\_\_\_\_ manos \_\_\_\_\_  
¿cada cuanto cepilla sus dientes? \_\_\_\_\_  
¿utiliza prótesis dental? \_\_\_\_\_  
¿cada cuanto las asea? \_\_\_\_\_  
¿cuando realizo la ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_  
¿necesita ayuda para realizar su aseo personal? \_\_\_\_\_

## 9.- EVITAR PELIGROS

¿Tiene esquema de inmunizaciones completas? \_\_\_\_\_  
¿Revisiones periódicas en el ultimo año? \_\_\_\_\_

Exploración: prostática, mamaria, papanicolao, mamografía, automedicación, protección contra infecciones de transmisión sexual.

¿Consume drogas o utiliza medicamentos no preescritos? \_\_\_\_\_  
¿Utiliza pasamanos? \_\_\_\_\_ ----  
¿Utiliza lentes? \_\_\_\_\_  
¿Utiliza aparatos protectores para la audición? \_\_\_\_\_  
¿Utiliza bastón? \_\_\_\_\_

### Percepción de su imagen corporal

¿Cómo se ve y como se siente físicamente? \_\_\_\_\_  
¿Es capaz de dar soluciones a sus problemas? \_\_\_\_\_  
¿Es capaz de mantener su seguridad física? \_\_\_\_\_  
¿Cuenta con medidas de seguridad en su trabajo? \_\_\_\_\_ casa \_\_\_\_\_  
¿Percibe algún tipo de sufrimiento? \_\_\_\_\_

## 10.- COMUNICACIÓN

¿tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse?

Vista\_\_\_\_\_ oído\_\_\_\_\_ olfato\_\_\_\_\_gusto\_\_\_\_\_ tacto\_\_\_\_\_

¿tiene afectación verbal?\_\_\_\_\_

¿auto percepción?

Optimista\_\_\_\_\_ pesimista\_\_\_\_\_ realista\_\_\_\_\_ introvertido\_\_\_\_\_  
extrovertido\_\_\_\_\_

¿tiene dificultad para comprender?\_\_\_\_\_

¿tiene dificultad para concentrarse?\_\_\_\_\_

¿Qué elementos socioculturales afectan su comunicación?\_\_\_\_\_

## 11.- CREENCIAS Y SUS VALORES

¿Qué es importante para usted en la vida?\_\_\_\_\_

¿Qué valores son importantes para usted?\_\_\_\_\_

¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?\_\_\_\_\_

¿siente que la vida le ha dado lo que usted esperaba?\_\_\_\_\_

¿hay aspectos de sus creencias sobre la vida o sobre su religión que le ayudan a enfrentar su situación actual?\_\_\_\_\_

¿lee con frecuencia?\_\_\_\_\_

¿usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros,?\_\_\_\_\_

¿Practica de oraciones y rezos

¿al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a su dios?\_\_\_\_\_

¿dice ser ateo?\_\_\_\_\_

¿no acepta que le hablen de creencias?\_\_\_\_\_

¿solicita la presencia de sacerdotes, pastores, rabinos u otro guía espiritual?\_\_\_\_\_

## 12.-TRABAJAR Y REALIZACIÓN

¿trabaja actualmente?\_\_\_\_\_ -

¿es estudiante?\_\_\_\_\_

¿tiene una ocupación no remunerada?\_\_\_\_\_

- ¿es desempleado? \_\_\_\_\_
- ¿esta jubilado o pensionado? \_\_\_\_\_
- ¿tiene alguna incapacidad? \_\_\_\_\_
- ¿su incapacidad es temporal? \_\_\_\_\_
- ¿tiene algún tipo de dependencia? \_\_\_\_\_ -
- ¿a que le atribuye el nivel de dependencia? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo considera su estado emocional ? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo considera su integración social? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo considera su integración familiar? \_\_\_\_\_
- ¿es capaz de realiza actividades normales? \_\_\_\_\_
- ¿puede trabajar? \_\_\_\_\_
- ¿necesita algún cuidado especial? \_\_\_\_\_
- ¿requiere alguna ayuda para realizar algunas actividades? \_\_\_\_\_ --
- ¿con que frecuencia logra cumplir sus metas? \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles son sus metas de vida? \_\_\_\_\_

### 13.- RECREACIÓN

- ¿Con que frecuencia se encuentra con ánimos de reír y divertirse? \_\_\_\_\_
- ¿A que atribuye su estado de animo? \_\_\_\_\_
- ¿Qué actividades recreativas acostumbra a realizar? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene reuniones con amistades? \_\_\_\_\_ familiares \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_
- ¿Con que frecuencia tiene cambios bruscos de su estado de animo? \_\_\_\_\_
- ¿Le han diagnosticado síndrome depresivo? \_\_\_\_\_

### 14.- APRENDIZAJE

- ¿Considera que necesita adquirir nuevos conocimientos? \_\_\_\_\_
- ¿Considera que tiene capacidad de aprender? \_\_\_\_\_
- ¿Le cuesta trabajo aprender? \_\_\_\_\_
- ¿No le cuesta trabajo aprender? \_\_\_\_\_
- ¿De que fuentes adquiere conocimientos? \_\_\_\_\_ lectura \_\_\_\_\_  
televisión \_\_\_\_\_ radio \_\_\_\_\_ cursos \_\_\_\_\_
- ¿lo aprendido le ha modificado su estado de salud? \_\_\_\_\_
- ¿ha adquirido aptitudes y habilidades para mantener su salud? \_\_\_\_\_