

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO

**ANSIEDAD ANTE LA MUERTE RELACIONADA CON EXPERIENCIA
CERCANA A LA MUERTE MANIFESTADA POR EXPRESIÓN DE TEMOR
A UNA MUERTE PREMATURA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

IGNACIO LOPEZ LOREDO

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. YOLANDA MARTÍNEZ PAREDES

MÉXICO, 2016



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Ansiedad ante la muerte relacionado con experiencia cercana a la muerte manifestado por expresión de temor a una muerte prematura

Elaborado por:

1. <u>Lopez</u>	<u>Loredo</u>	<u>Ignacio</u>	Núm. de cuenta: <u>411510581</u>
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta

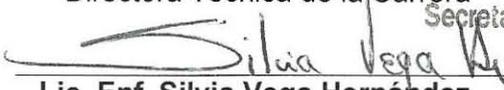
Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 03 de julio de 2016

Nombre y firma del Asesora


Lic. Enf. Yolanda Martínez Paredes

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Secretaría de Salud del Distrito Federal
Escuela de Enfermería
DIRECCIÓN
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

ÍNDICE	PAG.
I INTRODUCCIÓN	
II JUSTIFICACIÓN	
III OBJETIVOS	2
3.1 General	3
3.2 Específicos	3
IV MARCO TEÓRICO	
4.1 Enfermería como profesión disciplinar	5
4.2 El cuidado como objeto de estudio	7
4.2.1 Concepto	
4.2.2 Antecedentes	11
4.2.3 Tipos de cuidado	12
4.3 Teoría de enfermería	14
4.3.1 Concepto objetivos y clasificación	15
4.3.2 Relación de la teoría con el proceso de enfermería	16
4.3.3 Teoría de Virginia Henderson	23
4.4 Proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma	28
4.4.1 Concepto	28
4.4.2 Objetivo	28
4.4.3 Descripción de las etapas	28
4.5 La persona	46
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales	48
4.5.2 Enfermedades más frecuentes	50
4.5.3 Descripción del padecimiento	52
V APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	
5.1 Presentación del caso clínico	75
5.2 Resultados de valoración	85
5.3 Priorización de diagnósticos de enfermería	88
Plan de cuidados de enfermería	91
Conclusiones	104
Bibliografía	

I.- INTRODUCCION

En la actualidad la participación del profesional de enfermería a llegado a representar un punto crucial para mejorar la calidad de vida en un paciente con cáncer testicular en el servicio de hospitalización representando así un reto para los profesionales de enfermería debida a la numerosa variedad de necesidades que se ven alteradas por la propia patología.

Debido a esto es fundamental la planeación de la atención adecuada para facilitar la reintegración del paciente en su entorno sociocultural del cual por motivos de su patología tuvo que ser retirado este proceso donde se aplica el proceso atención enfermería (PAE) y la teoría de enfermería han resultado ser la forma más efectiva para la planeación de los cuidados de enfermería en cualquier tipo de paciente, la elaboración de diagnósticos de enfermería permite individualizar la necesidades que el paciente tiene alguna alteración y de esto poder aplicar cuidados específicos a cada paciente.

En este trabajo se observan y analizan las necesidades de un paciente con cáncer testicular, se realizan diagnósticos de enfermería donde se muestra la planeación y evaluación de las estrategias utilizadas, además se observa la relevancia que tiene el profesional de enfermería trabajando de la mano con el familiar de esta manera favorecer a la recuperación de la independencia del paciente.

II.- JUSTIFICACION

La realización de un proceso de atención de enfermería PAE es parte crucial y guía importante en la atención que brinda la enfermera(o) en el cuidado a un paciente con cáncer testicular de células germinativas mediante las habilidades y aspectos socio-humanos necesarios para la interrelación mas estrecha y personal con el paciente.

La capacidad profesional del personal de enfermería aumenta a través del conocimiento teórico, ya que es más probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirven de referencia ante la duda, por eso el proceso de enfermería es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión con los años. Dicho proceso ha cambiado, evolucionado y por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión.

La enfermera juega un papel importante en el restablecimiento del enfermo con problemas malignos ya que se encuentra susceptible y con desesperanza y a su vez con incertidumbre en la función de la reproducción por lo que este proceso debe de incorporar el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería en el ámbito clínico como preventivo de esta forma vincular a la persona en el contexto de su mundo único con la finalidad lograr su salud.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Proporcionar cuidados de enfermería de manera integral a un paciente que presenta cáncer testicular mixto de células germinales en el servicio de hospitalización del Hospital Torre Medica mediante la aplicación de la herramienta metodológica del cuidado que es el proceso atención de enfermería.

3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar las principales necesidades y problemas del paciente con el padecimiento de cáncer testicular mixto de células germinales

Proporcionar una atención integral al paciente con cáncer testicular

Contribuir a la recuperación total y parcial del paciente para facilitar su reintegración en su entorno sociocultural

IV MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

Según la expresión de la conceptualización de la enfermería para Dorothea Orem, (1993). La enfermería es un servicio de salud especializado y se distingue de otros servicios humanos por su foco de atención en las personas con incapacidades para la continua provisión de la cantidad o calidad de cuidados en un momento específico que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, concepto generalizador que se apoya en conceptos relacionados con los aspectos psicosociales de la enfermería en general.

La enfermería es una disciplina profesional del cuidado a la salud, la vida de la persona, familia y comunidad es fundamental en el equipo de salud; por lo tanto requiere de un cuerpo de conocimientos teóricos metodológicos-tecnológicos sustentados en un marco referencial filosófico-epistemológico definido y delimitado.

Su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña.

La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

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

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

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

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

Se puede concluir que enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentados elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose en esta sociedad dinámica, cambiante, global y tecnologizada.¹

No hay ninguna fuente en el documento actual. Haciendo frente como profesión a los nuevos desafíos con claridad y visión de futuro.

Dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la practica en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud, se define Enfermería a la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento a la promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia así como comunidad una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades además de las actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.²

Definiendo de igual manera a enfermera(o) como la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional y se le ha expedido cédula de ejercicio con efectos de patente por la autoridad educativa competente, para ejercer profesionalmente la enfermería.

¹ . (http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm)

² Diario Oficial de la Federación: NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para La Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.13 de agosto de 2012. Apartado 4.6-4.7. [FechadeConsulta,02-06-2015]. Disponible: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

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

El cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la enfermería. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud. La enfermería es un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así que en la actualidad es universalmente aceptado que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería.

La transición de una concepción sobre los cuidados con características eminentemente positivistas, técnicas, instrumentales, hacia el desarrollo de un pensamiento complejo, multidimensional, y por lo tanto contra hegemónico, no fue sencilla y requirió el aporte de numerosas enfermeras teorizadoras, que en un dialogo fructífero con otras disciplinas científicas, y en un proceso de autoafirmación y demarcación de nuestro campo tuvieron la ardua tarea de remontar siglos de historia de sometimiento de los saberes de género.

4.2.1 CONCEPTO, TIPOS DE CUIDADO

A lo largo de la historia enfermería ha adoptado el papel de promotora de la salud enseñando a las personas a cuidarse así mismo, siendo esta, solo una forma contextualizar el cuidados de enfermería que tiene diversas conceptualizaciones . De este modo se ha definido como un arte y una ciencia, que requiere para su realización una formación foral idea que en su momento guio a Nightingale para formación de enfermeras.

El cuidado se define como : "Un proceso interactivo entre el que da el cuidado y el usuario de los servicios de salud. Ambos se ayudan mutuamente para transformarse; Actualizarse y desarrollarse hacia los mayores niveles de bienestar " (Medina. 1998:36).

Por otra parte Collere retoma el cuidado como un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle . orientación que esta más enfocada, hacia los hechos de las personas para conservar su salud y como resultado de vida.

Watson, relaciona el cuidado con las respuestas humanas subjetivas hacia las condiciones de salud enfermedad con el conocimiento sobre salud enfermedad, las interrelaciones con el ambiente los conocimientos sobre los procesos de cuidado el autocuidado y la capacidad de certeza que tienen los seres humanos en su poder para la transformación y para generar transacciones con los demás.

Con estas premisas se puede deducir que una de las tareas más importantes de enfermería es promover en las personas el cuidado a si mismas, lo que ahora conocemos como autocuidado.

La dimensión del cuidado:

Inicia desde la vida intrauterina, se desarrolla a lo largo de la vida y continua asta la muerte, en esta etapa es cuando el hombre renace a una nueva vida .algunos filósofos como santo Tomas de Aquino, menciona que la salud y la ciencia hace que el hombre conozca al alma ;por esta razón la salud forma parte del cuerpo porque el cuerpo solo es materia que se desintegra; y el alma permanece en el cosmos Leonardo Boff (2002) remarca que esta postura filosófica dando a conocer que el cuidado forma parte esencial del ser humano, es un comportamiento permanente. Es un ciclo donde el espíritu se convierte en la materia al nacer y regresa al espíritu cuando esta muere. El humano por su naturaleza no vive solo tiene que establecer conexiones sociales biológicas y culturales que le permiten llevar una vida de acompañamiento del cuidado.

Desde este punto de vista surge el cuidado como un aspecto social en donde inician las ligaciones entre lo humano y lo espiritual. humano y arterial, humano y social; humano y cultural (Maturana,1996). Estas conexiones se dan mediante un cuidado o descuido de donde surge la salud.

CARE

Son los cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz, o naturaleza efectiva y psicosocial.

CURE

Son cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir con la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, cultura y su entorno.

Estos tipos de cuidado deben de mantenerse en equilibrio, ya que al aplicar los cuidados cure se van dejando los cuidados care y con ello todo aquello que le hace ser y querer relacionar y agotar sus fuerzas de energía vital necesaria se descuida su efectividad y espiritualidad del paciente.

Remontado un poco hacia la historia de la enfermería y sus pilares, surgen diferentes teorías y modelos los cuales contestan a la siguiente pregunta ¿Qué hacen las Enfermeras?, en cuanto a su relación con la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes, citamos tres teóricas que describen la percepción de enfermería en ese tiempo.

En 1852 Florence Nightingale no dio una definición precisa del concepto de enfermería, en su libro Notas de Enfermería se aprecia lo que Nightingale

consideraba debía ser la enfermería: “Se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad así como la selección de la dieta y su administración, con el menor gasto de energía por el paciente”.

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la sexta acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Florence Nightingale (1852)

Para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.

Mientras que Virginia Henderson, en su teoría afirma que los cuidados enfermeros se basan en un todo que presenta 14 necesidades fundamentales. Los cuidados enfermeros se centran en la ayuda a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades, para alcanzar la independencia. Se trata de desarrollar la dimensión psicosocial cultural de cada una de las 14 necesidades fundamentales y que contribuyen, junto con la dimensión biológica, a determinar la forma única que cada individuo tiene para satisfacer sus necesidades

En el mismo contexto Dorotea Orem basa su teoría en el cuidado personal o autocuidado (Orem, 1993. El autocuidado es la práctica de actividades que el individuo realiza a favor de sí mismo para mantener la vida, la salud, y el bienestar).³

³ Virginia Henderson. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. 1ª Edición. Suiza 1971. Pág. 78.

4.2.2. ANTECEDENTES

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

Henderson fue la autora y coautora de otros trabajos importantes.

Fuentes teóricas

En The Nature of nursing identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Entre estas influencias se encuentra:

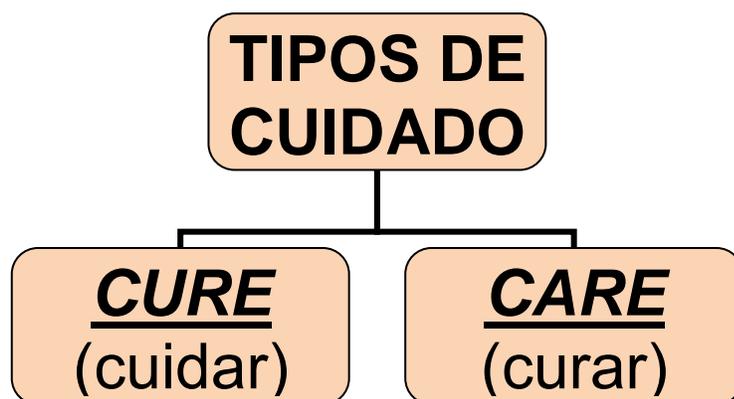
ANNIE W. GOODRICH: Era decana de la Army School of nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.

CAROLINE STACKPOLE: Fue profesora de fisiología en el Teachers College de la Universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculcó en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

JEAN BROADHURST: Fue profesora de microbiología en el Teachers College. La importancia de la higiene y la asepsia hicieron mella en Henderson.

4.2.3 TIPOS DE CUIDADO

Las acciones que realiza el personal de Enfermería están encaminadas a la prevención, limitación del daño y rehabilitación del estado de salud de las personas y de sí misma, dado que su objetivo de estudio es el cuidado, el cual se define como la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar y que también lo podemos definir como *cure care*.



Como resultado a todas estas necesidades, que abarca el cuidado, la imagen y la función del personal de enfermería han sido objeto de diversas transformaciones, pues esta como otras profesiones, se basa en un concepto social así como toda actividad social se desarrolla en un contexto histórico que permanece en un constante cambio es así que su desarrollo ha transitado por una práctica de cuidados basada en conocimientos así como evidencias de mayor demanda requiriendo una actualización de la profesión día con día, surgiendo así funciones específicas y de carácter científico, las cuales se describen a continuación:

Función administrativa:

A las actividades que realiza el personal de enfermería para gestionar los recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recurso humano necesario, complementario acorde a sus competencias además de experiencia, para otorgar los cuidados de enfermería así como alcanzar los objetivos de la organización y de los prestadores de los servicios.

Función asistencial:

A las actividades que realiza el personal de enfermería acordadas, disponibles o posibles, relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades, según sea el caso y de acuerdo al ámbito de competencia del personal de enfermería.

Función de investigación:

A las actividades que realiza el personal profesional de enfermería para aplicar el método científico en sus vertientes cuantitativas o cualitativas para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de esta disciplina, que permitan su aplicación en los servicios de salud basados en la evidencia científica contribuyendo así, en las mejores prácticas del cuidado de enfermería para contribuir a garantizar la calidad en la atención.

Función docente:

A las actividades que realiza el personal profesional de enfermería relacionadas a la educación para la salud, la educación continua y para la formación de recursos humanos para la salud. Así mismo, el profesional de enfermería cumple con diferentes intervenciones y/o actividades para la práctica sanitaria. Se define como una Intervención Enfermera.⁴

⁴Diario Oficial de la Federación: NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para La Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 13 de agosto de 2012. Apartado 4.9, 4.10, 4.11. [Fecha de Consulta, 06-06-2015]. Disponible: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

MODELO	AUTORA	AÑO	SUPUESTO TEÓRICO
TEORÍA DE NECESIDADES			
Necesidades	Virginia Henderson	1960	Dependencia-independencia para satisfacer 14 necesidades
21 problemas de enfermería	Faye Glenn Abdellah	1960	Factores permanentes u ocasionales que modifican 21 problemas de enfermería
TEORÍA DEL DESARROLLO			
Interacción enfermera-paciente	Hildegart Elizabeth Paplau	1950	Relación terapéutica enfermería paciente
Chrisman y Fowler	Marilynk. Chrismany Marsha Fowler		Persona como un sistema en un cambio: nacimiento crecimiento, madures y muerte
TEORÍAS Y SISTEMAS			
Newman	Betty Newman	1970	1-lineas de defensa Normal u homeostasis. Flexible :cambia ante tensores biológicos, psicológicos socioculturales y de desarrollo. Resistencia :enfrenta un tener para estabilizar el sistema 2.- tres niveles de prevención 3.- en la practica, el modelo puede ser usado por cualquier profesional de salud.
adaptación callis' a roy		1970	zona de adaptación :cuando un estimulo cae dentro de la zona de adaptación, la respuesta es positiva. es negativa cuando cae fuera de dicha zona . subsistemas del sistema de adaptación : fisiológico, auto concepto, función e interdependencia métodos de intervención : focal: necesidades fisiológicas básicas modal: prevención o tratamiento de los problemas identificados

MODELO	AUTORA	AÑO	SUPUESTO TEÓRICO
autocuidado	dorothea orem	1959	<p>durante la intervención focal</p> <p>basado en el pensamiento de kuan-tzer: "si el hombre se le da un pescado, podrá comer un día. si se le enseña como pescar podrá comer durante toda su vida ".</p> <p>autocuidado universal :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- aire, agua y alimentos 2.- eliminación 3.-actividad y descanso 4.- privacidad e interacción social 5.-prevención de daños ala vida funcionamiento humano y bienestar 6.- estándares de vida que implican los estadios de normalidad con base en teorías científicas <p>autocuidado de desarrollo : mantenimiento de las condiciones para apoyar los procesos de vida y de desarrollo humano</p> <p>Autocuidado durante la enfermedad</p>

clasificación de los modelos de enfermería según la teoría fuente

4.3.1 CONCEPTO OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado

Los modelos en general presentan visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero representan solo una aproximación o simplificación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Son representaciones de la realidad de la practica y representan los factores implicados y la relación que guardan entre si. Se convierten en un instrumento que permanentemente recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería y la

relación entre los factores físicos, psicológicas que se debe tener en cuenta al brindar estos cuidados.

La diferencia entre un modelo y una teoría consiste en el nivel de desarrollo alcanzado; las teorías muestran un ámbito menos extenso que los modelos y son más concretas en su nivel de abstracción, se centran en el desarrollo de enunciados teóricos para responder a cuestiones específicas de enfermería.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman, Estresores.⁵

4.3.2 RELACIÓN DE LA TEORÍA CON EL PROCESO DE ENFERMERÍA PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Los paradigmas tienen origen en el siglo XIX y principios del siglo XX, el cual se cubrió de epistemología y del pensamiento filosófico. En la medida que la formación del hombre dependía del desarrollo de la razón y de las matemáticas, estas actuarían como una nueva lógica de la enseñanza, ocupando el lugar que tenía la gramática en el humanismo clásico, ya que la relación causal la sacaba de las ciencias experimentales.

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

⁵ <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

evolución de la teoría de Enfermería, mediante modelos paradigmáticos de la ciencia, que ha hecho no sea ajena a los momentos histórico-sociales y culturales al generarse dichos paradigmas.

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

- Paradigma de categorización (1850- 1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad.
- Paradigma de integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona
- Paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible. ⁶

Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. Esto es que presente un conjunto de problemas definidos, junto con algunos métodos que se consideran adecuados para conseguir los objetivos establecidos.

En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a alguna de estas. Sin embargo el paradigma de la transformación, se considera ser el más innovador y desarrollado, se piensa que “es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera”. Enfermería, no pudo quedar ajena a esa inquietud reformista. ⁷

⁶ Thomas Kuhn: Portal mi+d “Un Lugar para la Ciencia y la Tecnología” (Sitio Web) La Filosofía de la Ciencia de Las teorías como Estructuras Paradigmáticas. Mayo 2007. [Fecha de Consulta, 05-06-2015]. Disponible en : <http://www.madrimasd.org/blogs/universo/2007/05/19/65903>

⁷ Orem, D. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Masson Salvat. Barcelona 1993

Paradigma de la Categorización

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Paradigma de la Integración

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería.

Los trabajos de enfermería de Henderson, Peplau y Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería⁸

Paradigma de la transformación

La evolución que había tenido la enfermería al pasar de un oficio o trabajo artesanal con labores de cuidado basadas en el espíritu de servicio, no fue sencillo para pensarse como el inicio de un pensamiento científico en su disciplina.

Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:

- 1) Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- 2) Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente.
- 3) Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- 4) Promueve el análisis más de la descripción de detalles completos.
- 5) Permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Con lo anterior se reafirma que los cuidados no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, más bien están basados en un conocimiento científico, que permite la indagación en escenarios naturales de manera lógica y con mayor calidad en el cuidado y proceso salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional. Se ha insistido en que el viejo paradigma se ha tornado obsoleto y contrario a los verdaderos intereses de la humanidad. Por lo que, un nuevo paradigma va orientado hacia la demanda del conocimiento, especialmente en el

⁸ Tazon Ansola M, García Campayo J, Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2010.

área de la salud. De no poderse resolver, este será finalmente rechazado y reemplazado por otro nuevo que no es compatible con el anterior.⁹

IMPORTANCIA DEL METODO

Para evitar el error, no basta la inteligencia ni el conocimiento si no que es necesario aplicarlo adecuadamente es decir se requiere de un método racional que por principio libere al hombre de la fácil caída en el error (Descartes,1596-1650).

El método se diferencia del procedimiento y de la técnica. El término procedimiento se deriva del latín procedo marchar adelante es el modo de hacer algo, de resolver un asunto mercantil o penal, de tener una cama o una receta de cocina.

El vocablo técnico proviene del latín technicus y del griego thnikos es el conjunto de reglas para aplicar la ciencia y el arte .

La palabra método se deriva del griego "meta" con, y "odon" camino. Es el arte de encontrar la verdad de construir enunciados de relación. El método es el camino hacia el desarrollo del conocimiento científico. El proceso del cuidado es el proceso de enfermería en adelante se llamara proceso de enfermería siendo este el método para enlazar la teoría-nivel abstracto- aun plano más concreto y precisar al máximo el significado que se le otorga a la práctica.

El método científico simplificado que se caracteriza por la sistematización lógica que permite predecir el resultado de la intervención de enfermería en el cuidado en las respuestas de la persona familia y comunidad ante problemas de salud reales o potenciales.

Implica la integración de todos los conocimientos y las experiencias adquiridas por el o la enfermera, para utilizarlos en cada una de las 5 etapas del proceso del cuidado de enfermería, el cual requirió muchos años de evidencia empírica.¹⁰

⁹ Andrades Barrientos L, Valenzuela Suazo S: (Sitio Web) Rev Latino-am Enfermera Factores asociados a calidad de vida de enfermeras. Rev Latino-am Enferma en 2013. [Fecha de Consulta, 09-06-2015]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.

¹⁰ Moran A. V. Mendoza R.A. proceso de enfermería .Edith TRILLAS.3 era edición 2010 pp 79,80

La aplicación del método científico en la asistencia enfermera es el método conocido como proceso atención enfermería (PAE)

Este método permite a las enfermeras presentar cuidados de una forma racional lógica y sistemática

En este sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación como todo método el proceso configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado solo tiene un carácter metodológico por lo tanto Virginia Henderson desarrollo su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración el eje principal de su modelo son las 14 necesidades básicas.

Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (Maslow, Erikson y Piaget) para conceptualizar la persona y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras

Mediante el paradigma es el primer nivel de especificidad y perspectiva enfermero lleva cuatro conceptos que son persona entorno salud y enfermedad concepto global que identifican los fenómenos particulares de intereses para una disciplina

Las ventajas demostradas de la utilización del proceso atención enfermería en la práctica asistencial.

Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.

- Delimita el ámbito de actuación de enfermería.
- Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermería.

- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
- Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.
- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, manteniendo siempre vigente el factor humano en los cuidados.
- Implica de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el auto cuidado y autonomía.

Disponemos de herramientas que vertebran la aplicación del proceso atención de enfermería, así como el los conocimientos y lenguaje común de la profesión, tanto para la formulación diagnóstica como para el establecimiento de Resultados (Objetivos) e identificación de las Intervenciones adecuadas para alcanzarlos.

- **Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association)
- **Clasificación de Resultados Enfermeros-NOC** (Nursing Outcomes Classification). Clasificación global y estandarizada de los resultados del individuo, definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera.
- **Clasificación de Intervenciones Enfermeras-NIC** (Nursing Interventions Classification) . Clasificación global y estandarizada de las intervenciones enfermeras, definidas como las acciones llevadas a cabo por enfermería para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados.

4.3.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, valores, conceptos.

a) Postulados.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

* **Necesidad fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

* **Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.

* **Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

* **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza:** Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores.

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

* **Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

* **Cliente/paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de beber y comer.
3. Necesidad de eliminar.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad según sus creencias y sus valores.
12. Necesidad de ocuparse para realizarse.
13. Necesidad de recrearse.
14. Necesidad de aprender.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

* **Rol de la enfermera:** Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

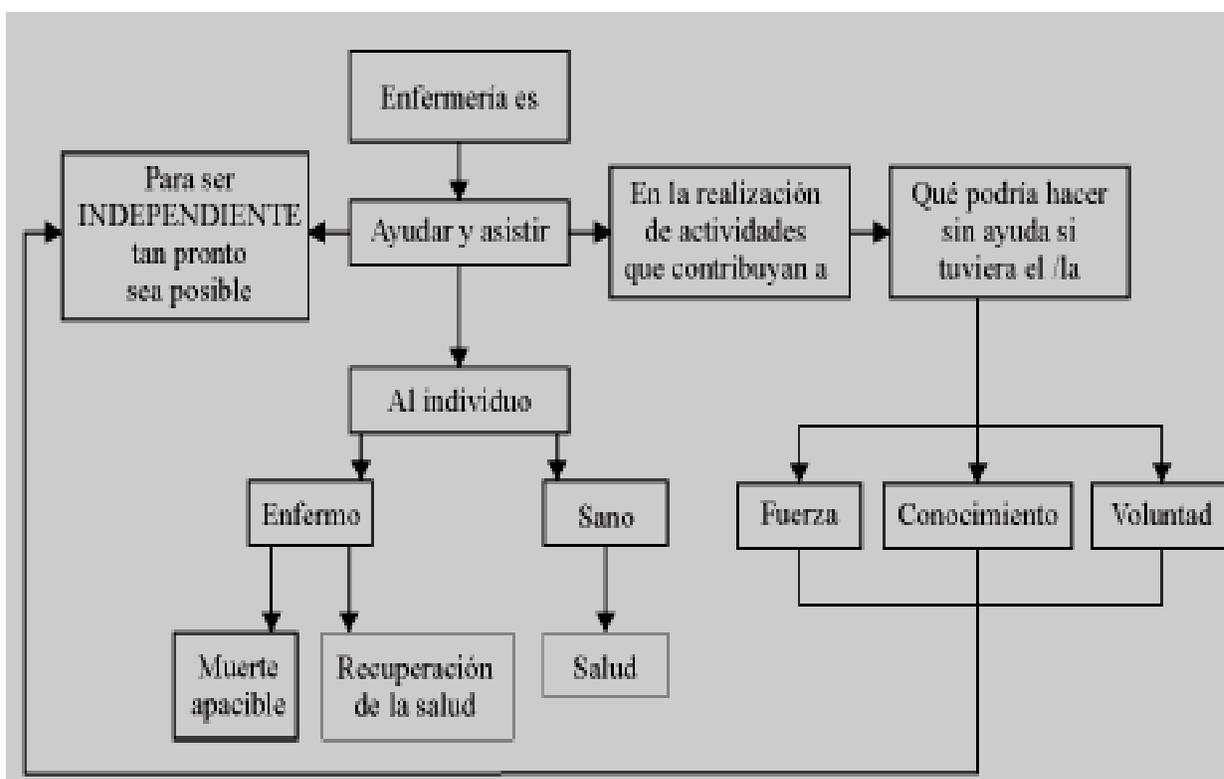
* **Fuentes de dificultad:** Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.

* **Intervenciones:** El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

* **Consecuencias deseadas:** son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma.



Esquema del modelo de Henderson de cuidados de enfermería.

META PARADIGMA

El meta paradigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud.

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno.

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona.

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería.

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.¹¹

4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO A LA PERSONA SANA O ENFERMA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.¹²

4.4.1 CONCEPTO

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo

4.4.2 OBJETIVO

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad

¹¹ Andrades Barrientos L, Valenzuela Suazo S: (Sitio Web) Rev Latino-am Enfermera Factores asociados a calidad de vida de enfermeras. Rev Latino-am Enferma en 2013. [Fecha de Consulta, 09-06-2015]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.

¹² (<http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=61914>)

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

4.4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS

Fases del proceso de enfermería

Las fases constituyen las etapas de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas.

1. Valoración:

Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades y problemas y las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc., que se producen ante ellos. También incluye la validación y la organización de los datos.

2. Diagnóstico:

En esta etapa se produce la identificación de los Diagnósticos de enfermería y de los problemas interdependientes.

3. Planificación:

Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado con base en los diagnósticos de enfermería.

4. Ejecución:

Es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados.

5. Evaluación:

Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.

VALORACIÓN

La valoración es la obtención, organización, validación y registro sistemáticos y continuos de los datos. Así, la valoración es un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, se realiza una valoración para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y para evaluar la consecución de los objetivos. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios. Existen cuatro tipos diferentes de valoraciones:

- valoración inicial
- valoración focalizada
- valoración urgente y,
- nueva valoración después de un tiempo

Valoración inicial: Se Realiza en un plazo específico tras el ingreso en un centro de asistencia sanitaria su propósito es establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y comparaciones futuras.

comprende las fases siguientes :recolección y análisis de datos para la percepción del paciente clasificación categorización característica de la categoría hipótesis y realización.

con los mismos datos recolectados por medio de la entrevista socioemocional o no estructurada se realiza el análisis de datos para la percepción de enfermera categorización y característica de las olas categorías de mas alta frecuencia

Valoración focalizada: Es el proceso continuado integrado en los cuidados de enfermería. Su propósito es determinar el estado de un problema específico determinado en una valoración previa e identificar problemas específicos reales o potenciales que pasaron desapercibidos.

para llevarla a cabo se utiliza un método lógico de razonamiento deductivo como su nombre lo indica va de lo general a lo particular es decir de los datos unidos durante la entrevista socioemocional u otra fuente a las claves etiquetas

diagnosticas o problemas interdependientes del ámbito fisiológico, técnico directivo o instrumental.

Las dos fases de la valoración focal, recolección y análisis de datos se realizan simultáneamente en algunos momentos del proceso .por esta razón ambas etapas se incluyen en un mismo título.

FUENTE DE DATOS

la fuente de datos para la valoración focal son : la información del paciente obtenida mediante la entrevista no estructurada su historia de salud y las personas de su entorno. a partir de estas fuentes es posible identificar claves para el diagnostico de enfermería

ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Esta entrevista tiene como propósito recoger los datos para el ámbito socioemocional. es aquellas en la que no solo se lleva un formulario preparado con antelación. la técnica de la entrevista implica una mejor comprensión del paciente como persona humana y entidad privada y obtener datos pertinentes para el diagnostico y planificación del cuidado.

Valoración urgente: Se realiza durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del paciente y su propósito es identificar problemas que pongan en peligro la vida.

Nueva valoración después de un tiempo: Se realiza varios meses después de la valoración inicial y se utiliza para comparar el estado actual del paciente respecto de los datos iniciales obtenidos con anterioridad.

Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades, los problemas sanitarios, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y los estilos de vida percibidos del paciente. Para que su utilidad sea máxima, los datos obtenidos deben ser relevantes en relación con un problema de salud específico.

La valoración es el punto de partida del Proceso de Enfermería. Es la base de todas las fases siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del

paciente, estos datos han de ser confirmados y organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería.

La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida.

RECOGIDA DE DATOS. Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas. La obtención de los datos se realizará:

Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física)

Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Los métodos para la recogida de datos son la entrevista, la Observación, y la Exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

1. Obtención de la información.

En la fase de valoración, la enfermera evalúa a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería. Tan pronto se evalúa el primer componente, la enfermera pasara al siguiente, y así sucesivamente hasta que las 14 áreas queden cubiertas. Para recoger la información, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de valoración, la enfermera debe analizar los datos reunidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad.

Según Virginia Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma

que la enfermera debe "meterse en la piel" de cada uno de sus pacientes para saber qué necesita. Las necesidades deben entonces ser ratificadas con el paciente (validación de los datos).

Siguiendo el modelo de Henderson la recogida de datos sería:

1. Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar entre otros: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo y enfermedades asociadas.

2. Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar entre otros: Alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, estatus socioeconómico, religión, cultura.

3. Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar entre otros : defecación, diuresis, micción, heces, sudor.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5. Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, estatus social, empleo, cultura.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Términos que debemos valorar: Temperatura, ambiente, abrigo.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social.

9. Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, estatus socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10. Necesidad de comunicar:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13. Necesidad de recrearse:

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14. Necesidad de aprender:

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

Para analizar y valorar todos los datos obtenidos, se pueden recoger los datos en el siguiente esquema:

** Información general:*

Nombre, Edad, Sexo, Estado civil, Diagnóstico, Ocupación, Nacionalidad, Lugar donde se encuentra el cliente.

Una vez recogido todos los datos es importante valorar las manifestaciones de independencia y de dependencia de cada necesidad así como de las fuentes de dificultad que producen esas manifestaciones de dependencia.

Conductas (datos objetivos) o Indicadores de conducta (datos subjetivos).

Datos a considerar (aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados, Ej. Recursos –personales, familiares, económicos de los que dispone la persona, preferencias, limitaciones o características personales) y que repercuten en la satisfacción de las necesidades. Manifestaciones de Independencia. Satisfacción de la necesidad evaluada mediante la realización de las acciones adecuadas por la persona misma o por otros, en función de la edad, etapa de desarrollo y situación de salud en la que la persona se encuentre.

Manifestaciones de Dependencia. Insatisfacción de la necesidad evaluada como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes realizadas por la propia persona u otros en función de su edad, etapa del desarrollo y situación de salud. Se debe asociar a las fuentes de dificultad (Fuerza, Conocimiento y Voluntad) sobre las que se deberá trabajar con Intervenciones enfermeras para normalizar la situación.

Validación o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

Organización de los datos agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de

independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.¹³



PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON Y LOS LENGUAJES NNN DIAGNÓSTICO

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende varias acciones:

Análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes.

* Análisis de datos.

Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos.

¹³ Virginia Henderson. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. 1ª Edición. Suiza 1971. Pág. 45-78

Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son tenidas en cuenta, porque requieren intervenciones por parte de la enfermera aquí y ahora. Hay que separar lo que la enfermera puede resolver con su función autónoma y lo que no puede resolver.

* A partir de estas manifestaciones de dependencia se propone el diagnóstico de enfermería.

* Valorar como incide el problema en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Problema de Colaboración. Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.

Diagnóstico de Enfermería. Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Problema de Autonomía. Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias.

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser Reales o Potenciales/de Riesgo.

Diagnóstico de enfermería Real. Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su

identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.

Diagnóstico de enfermería de Riesgo. Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.

Diagnostico. Síndrome. juicio clínico que describe una agrupación específica de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se acordar mejor juntos a través de intervenciones parecidas ¹⁴

Nombre o etiqueta

Elemento esencial y fundamental, raíz de la formulación diagnóstica. Puede incluir modificadores. Junto a ella () año en el que se aprobó el diagnóstico, () año en el que se revisó.

Definición

Descripción clara y precisa del problema. Matiza su significado y pone de manifiesto las diferencias entre diagnósticos.

Factores Relacionados/de Riesgo (relacionado con R/C)

Factores y circunstancias que causan el problema o contribuyen a que se desarrolle. Deben ser resueltas mediante acciones puramente enfermeras, encaminadas a corregir los posibles déficits de fuerza, conocimiento o voluntad. Sobre estos factores se enfocarán las intervenciones enfermeras y actividades derivadas de éstas. Si sospechamos que los objetivos que nos planteamos (criterios de resultado: NOC) no pueden ser alcanzados con las intervenciones, porque con ellas no llegamos a tratar la causa del problema, estaríamos ante un Problema de Colaboración, o ante un problema de autonomía

¹⁴ Nanda internacional nursing diagnoses :definitions clasificacin 2012-2014, first edition .Edited byt. Heather herdman.C() 2013 elsevier España,s.i reservados todos los derechos pag 515

Características Definitivas

Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de esta etiqueta diagnóstica, en forma de signos, síntomas y/o verbalizaciones por parte del individuo/familia. Son concretas y mensurables mediante la observación o los informes de la persona/grupo. Al menos una de estas características ha de estar presente para formular un diagnóstico. Excepción: en los diagnósticos de riesgo, los signos y síntomas no están presentes, son aquellos que la persona puede desarrollar, como consecuencia de la presencia de factores de riesgo, de no intervenir adecuadamente.

PASOS PARA UN DIAGNÓSTICO

1. Priorizar Pedir al individuo/familia que identifique su principal preocupación
2. Verificar que la valoración ha sido realizada de forma sistemática y global, para lo que se deben haber cubierto las fases de la valoración y los datos han debido ser agrupados siguiendo el modelo enfermero y por sistema corporales.
3. Realizar una lista de problemas reales y potenciales identificando los aspectos y funcionamientos normales, deteriorados o en riesgo de deterioro, centrándose así el esfuerzo en las áreas problemáticas.
4. Buscar las evidencias (claves) para asegurar la corrección del diagnóstico, considerar cada problema buscando la presencia de las características definitivas asociadas.
5. Nombrar los problemas con las etiquetas diagnósticas que mejor se ajusten a las evidencias encontradas.
6. Determinar las causas del problema (r/c) es clave, puesto que serán los factores relacionados presentes en el diagnóstico lo que oriente a las intervenciones específicas.

7. Si se detectan factores de riesgo sin evidencias del problema se debe identificar como diagnóstico de riesgo (potencial), e intervenir sobre ellos para evitar la aparición del problema.
8. Involucrar al individuo/familia en los problemas detectados informando sobre ellos, deben ser parte fundamental en su resolución y tienen el derecho legal a esta información.
9. Evaluar los recursos con los que cuenta el individuo/familia, físicos, cognitivos, emocionales y materiales, es una información que influirá notablemente en el diseño del plan de cuidados.
10. Considerar y evaluar el estilo de vida y los patrones de afrontamiento de la persona (forma en que se enfrenta habitualmente a los problemas).

PLANIFICACIÓN

Henderson, en la fase de planificación sugiere, que el plan de cuidados debe responder a las necesidades de la persona, actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud. En esta etapa hay que pensar por adelantado lo que vamos a hacer.

* Fijación de prioridades.

"En la etapa diagnóstica puede detectarse en la persona más de un problema para intervenir que no siempre es posible abordarlos todos a la vez, entonces será necesario dar prioridad a alguno (os). Para facilitar esta tarea, se pueden aplicar algunos criterios como:"

- Problemas que amenacen la vida de la persona.
- Problemas que para la persona/familia sean prioritarios porque pueden impedir la atención de problemas más urgentes que no son percibidos como tales.
- "Problemas que coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas"

- "Problemas que por tener una misma causa pueden abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia enfermera"
- Problemas que tienen una solución sencilla y su solución sirve de base para resolver otros más complejos.

Consiste en colocar el orden en el que vamos a resolver el problema, esto se hará según:

Amenaza de muerte.

La persona (cliente).

El impacto del problema (el que más influye en las 14 necesidades) .

* Establecimiento de los objetivos.

Estos pueden ser a corto o a largo plazo siempre que se pueda deberán concertarse con el paciente.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica. Una meta de la enfermera debe ser lograr que la cotidianidad del paciente transcurra dentro de la normalidad posible. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

* Determinación de las actividades de enfermería.

Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia.

Los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería.

Estos pueden ser:

Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.

Ayudarlo a realizar la actividad: completar.

Enseñarlo a realizar la actividad: asesorar.

Supervisar la actividad: reforzar.

Establecimiento de Resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.

¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo?

Los objetivos se establecen utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Selección de Intervenciones y Actividades

En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

Registro del Plan de Cuidados, elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional).

Las intervenciones enfermeras se establecen utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

EJECUCIÓN

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un

principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial: lo no escrito no forma parte de la realidad.

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos

Preparación revisando las intervenciones propuestas para

Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).

Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.

Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.

Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad.

Registro de las Intervenciones y respuesta del individuo

EVALUACIÓN

Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la evaluación; por tanto, es la etapa final del proceso de enfermería.

En esta fase la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Según Henderson los objetivos se han conseguido, si se ha mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se ha recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible.

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

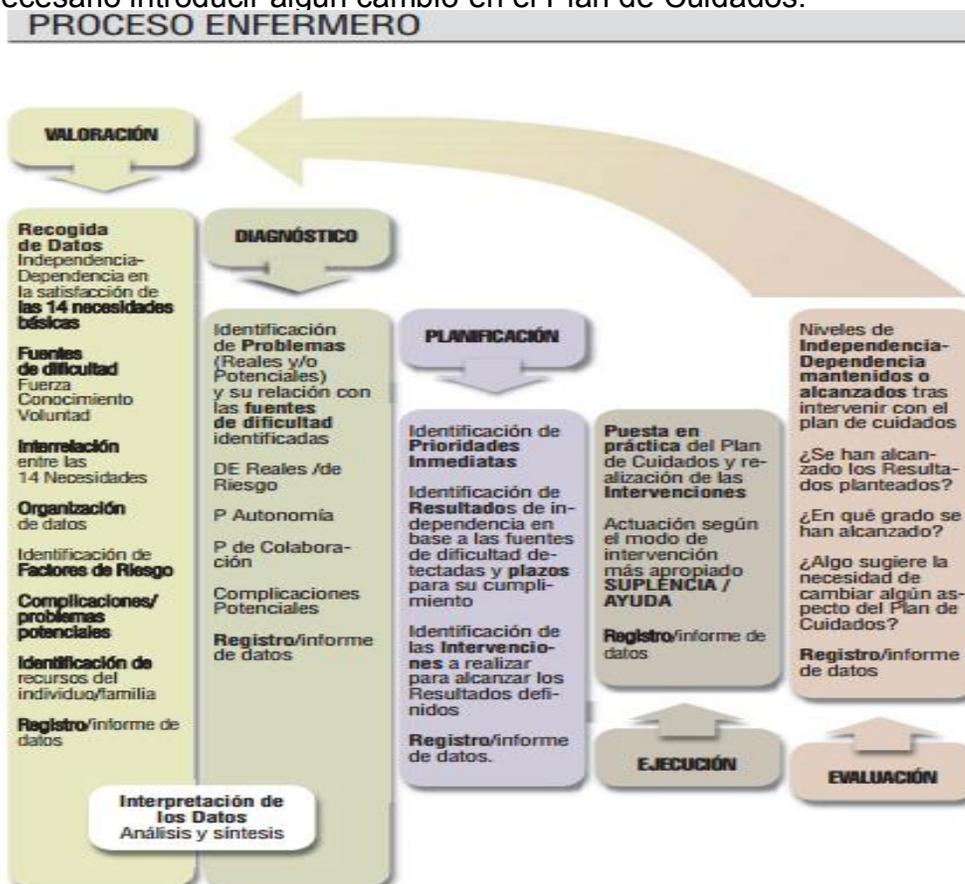
Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del DE.

Diagnóstico: el DE es exacto y adecuado.

Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.

Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.



PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON Y LOS LENGUAJES NNN

4.5 LA PERSONA

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.

El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Elementos

Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

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

Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Enfermera como sustituta. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma. Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

Fuente de dificultad. También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera. El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- De acuerdo a Orem la persona se concibe como un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente . esta en permanente interacción consigo misma y con su entorno al intercambia continuamente materia y energía en un proceso optativo que es indescriptible para la vida.
- Para Henderson se concibe como un individuo con necesidades básicas la satisfacción de estas necesidades le permite mantener su integridad, promover su desarrollo y crecimiento
- Para King se caracteriza por ser social sensible y racional. Un ser que percibe y controla es útil y está orientado a la acción y al tiempo.
- Tiene derecho ante a conocerse a si mismo a participar en decisiones que influyan en su vida, salud y servicio a la comunidad como a aceptar o rechazar la atención de salud .
- Por o tanto se conciben diferentes enfoques de los cuales es importante considerar para implementar al mismo un proceso de atención.¹⁵

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales,

Características biológicas:

Testículo no descendido

- Antecedentes familiares de cáncer testicular
- Infección por VIH
- Carcinoma in situ del testículo
- Haber tenido cáncer de testículo antes
- Pertenecer a determinada raza o grupo étnico
- Tamaño corporal

¹⁵ Virginia Henderson. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. 1ª Edición. Suiza 1971. Pág. 45-78

Características sociales:

El riesgo del cáncer testicular entre los hombres de raza blanca es aproximadamente de cuatro a cinco veces mayor que el de los de raza negra y que el de los hombres asiático-americanos. El riesgo para los indios americanos se encuentra entre el de los hombres asiáticos y los de raza blanca. Se desconoce la razón de esta diferencia. En el mundo, el mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad lo tienen los hombres que viven en los Estados Unidos y Europa, mientras que el menor riesgo lo tienen los hombres que viven en África y Asia.

Tamaño corporal

Características psicosociales:

La ansiedad en el paciente con cáncer puede ser situacional; también puede ser producto del dolor físico, por condiciones médicas, medicamentos o por los efectos adversos de los mismos. La incertidumbre y los miedos asociados con el cáncer por una posible muerte, desfiguramiento, dependencia de otras personas, incapacidad y la ruptura de relaciones con otras personas son muy comunes.

La mayoría de los sobrevivientes de cáncer testicular informaron la presencia de miedo a la recurrencia del cáncer, siendo propensos a atribuir cualquier tipo de síntoma o malestar físico a la posibilidad de recurrencia de la enfermedad a pesar de conocer su buen pronóstico en la mayoría de los casos.

Depresión: Durante el proceso de enfermedad principalmente en el periodo de tratamiento, la presencia de depresión constituye una constante en la vida del paciente con cáncer testicular. La depresión contribuye de forma importante al incumplimiento de los tratamientos del proceso oncológico, incrementando los síntomas y la estancia hospitalaria, afectando las habilidades de autocuidado, deteriorando la calidad de vida y reduciendo la sobrevida del paciente.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

4.5.2 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES DE CÁNCER EN MÉXICO

El cáncer es la tercera causa de muerte en México y según estimaciones de la Unión Internacional contra el Cáncer, cada año se suman más de 128,000 casos de mexicanos. Desde el 2008, es la principal causa de muerte en el mundo. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) La mayor parte de la mortalidad anual por cáncer obedece a cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. Las muertes debidas al cáncer a nivel mundial siguen aumentando, se calcula que serán 12 millones para el año 2030

Existen 100 tipos de cáncer, la mayoría son curables si se detectan en etapas tempranas la mayor incidencia de cáncer en México son las siguientes:

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata afecta más a los adultos mayores. En el 2009, el 9.3% de los pacientes con dicho padecimiento tenía entre 70 a 74 años de edad, mientras que el 19.7% era mayor de 80 años, según el INEGI.

Cáncer de mama

En 2008, el 10.9% de los casos de cáncer en México estaban relacionados con tumores en las mamas. Este tipo de cáncer ocupa el segundo lugar en prevalencia a nivel nacional y es el primero si se toma en cuenta únicamente a la población femenina, según Globocan.(proyecto de salud llevado a cabo por la IARC (International Agency for Research on Cancer) que tiene como objetivo proporcionar las estimaciones actuales de incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional, para todos los países del mundo.)

Casi el 70% de los casos de cáncer de mama se presenta en mujeres de entre 30 y 59 años de edad, según el INEGI. Sin embargo, la tasa de mortalidad más alta se da en las mujeres mayores de 60 años. En el 2009, se registraron 25.5 muertes por cada 100,000 habitantes, mientras que para las mujeres de 30 a 59 años, la mortalidad fue de siete por cada 100,000 habitantes.

Cáncer cervicouterino

La presencia de tumores malignos en el cuello del útero, es el tercer tipo de cáncer con mayor prevalencia en México. En 2008, según Globocan, (Es un proyecto que proporciona estimaciones contemporáneas de la incidencia de la mortalidad y la prevalencia de los principales tipos de cáncer a nivel nacional para 184 países del mundo) el 8% de las pacientes presentaba este tipo de cáncer. Según el INEGI, el porcentaje más alto de prevalencia en este tipo de padecimiento se concentra en la población de entre 45 a 49 años, que representa el 15.1% de las pacientes con tumores malignos. Las mujeres de entre 40 y 44 años y las de 50 a 54 años alcanzan una proporción de 14% y 13.2% respectivamente.

Cáncer de pulmón

En México, el 7.2% de los pacientes con cáncer tienen tumores malignos en los pulmones, según estimaciones de Globocan. El cáncer de pulmón es el segundo más mortal para los hombres, con el 14% de las muertes por tumores malignos, después del de próstata, según el INEGI.

Cáncer de estómago

En México el 6.2% de los enfermos de cáncer presenta tumores en el estómago, según las cifras de Globocan.

Cuando se toma en cuenta a ambos sexos, el cáncer con la mayor tasa de mortalidad es el de los órganos digestivos, al ocasionar 15 decesos por cada 100,000 habitantes en adultos de 30 a 59 años, según cifras del INEGI.¹⁶

4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO

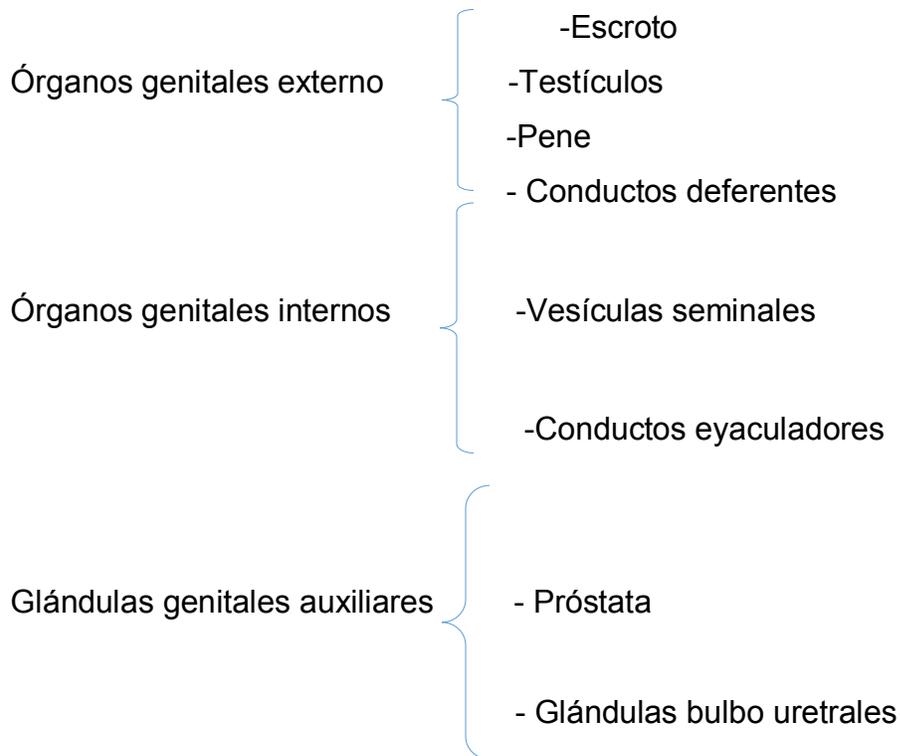
ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

El aparato genital o sistema reproductivo es una red de órganos internos y externos que funcionan en conjunto para producir, apoyar transportar y entregar espermatozoides viables para la reproducción. Es la parte del cuerpo involucrada en la función sexual.¹⁷

¹⁶<http://www.spps.gob.mx/noticias/1445-5-tipos-cancer-mas-afectan-mexicanos.html>

¹⁷ <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/104/Sistema%20reproductor%20masculino.pdf?1358605633>

Los órganos genitales masculinos comprenden:



TESTÍCULOS

Los testículos son dos glándulas ovoides, una a cada lado del pene, de unos 5 cm de largo y 2,5 cm de diámetro y con un peso de 10-15 gramos, que están suspendidas dentro del escroto por el cordón espermático. Producen las células germinales masculinas o espermatozoides y las hormonas sexuales masculinas o andrógenos

HISTOLOGIA

los testículos tienen 2 componentes funcionales. En primer lugar, los túbulos, con pared de varias células de espesor y longitud total de casi 800 metros; están apelotonadas en los dos testículos.

Se trata de los túbulos seminíferos (semen =semilla; ferre =llevar) sus paredes están formadas por varias capas de células epiteliales; las internas se van transformando mas o menos continuamente en espermatozoos.

El segundo componente funcional importante de los testículos está formado por acúmulos de células endocrinas, las llamadas células intersticiales. Se hayan en el tejido conectivo entre los túbulos.

Producen el andrógeno que es secretado por los testículos,cada testículo e un cuerpo ovoide, de 4 a 5 cm de largo. Está cubierto de una capsula gruesa denominada albugínea porque es muy rica en tejido fibroso blando.

A nivel del borde posterior de cada testículo la capsula se engruesa considerablemente y penetra en la sustancia de la glándula para formar un tabique vertical incompleto. Como tiende a hallarse en el centro de la glándula, este tabique incompleto y la porción engruesada de la capsula que le ha dado origen recibe el nombre de mediastino (mediastinum=situado en la mitad) del testículo.

El mediastino de cada testículo esta acribillado de conductos revestidos de epitelio. Constituye el denominado rete (rete=red) testis todos los túbulos seminíferos del testículo se vacían en los espacios del rete.

Se han propuesto varias teorías sobre el origen de las células germinativas primordiales. Las células germinativas no se forman en la gónada las de los varones emigran hacia el testículo y penetran en el durante la 5 semana de gestación, incorporándose a los cordones de células de tipo epitelial que suelen admitirse representan crecimientos hacia el interior del epitelio superficial y que se denominan cordones sexuales.

Las células germinativas primordiales se transformas en gonocitos del testículo del niño, y acaban transformándose en ezpermatogonias de los túbulos seminíferos que después de la pubertad produce células germinativas masculinas o espermatozoos. Las otras células de los cordones sexuales originan lo que se llama las células de sertoli de los túbulos seminíferos.

DISPOSICIÓN GENERAL DE LOS TUBOS Y TÚBULOS CONDUCTORES

Los espermatozoos que hay en el testículo o en el rete testis no son adecuados para fertilizar huevos se ha comprobado que completan su maduración fuera del testículos espacios del rete testis, en la parte alta del mediastino se vacían en 15 a 20 túbulos denominados conductillos eferentes (effere=sacar fuera) que se originan a este nivel. Estos atraviesan la albugínea de los testículos y salen en su parte posterior.

Paredes celulares de los túbulos seminíferos: están rodeados de una membrana basal de tipo urinario pero inmediatamente por fuera de esta hay otra membrana de tipo general de las envolturas de tejido conectivo ordinario, que se cree tiene una capa de células mioideas (contráctiles) unidas entre sí por uniones estrechas (tipo oclúyete) que en general se continúan, pero algunas no lo hacen así este último tipo desde luego, no proporciona un sello continuo entre las células que conecta y permite así que existan diferentes espacios entre las membranas de las células contiguas para que penetren en la membrana basal el líquido tisular y las sustancias que contiene estas en solución. Desde aquí el líquido tisular puede bañar la parte basal de la pared celular del túbulo.

Este líquido tisular desde luego se deriva de los capilares que se encuentran en el tejido intersticial entre los túbulos.

En el interior de cada testículo, los espermatozoides se forman en varios cientos de túbulos seminíferos que se unen para formar una red de canales que recibe el nombre de rete testis. Pequeños conductos conectan la rete testis con el epidídimo. Los túbulos seminíferos contienen dos tipos de células, las células espermátogénicas, que darán lugar a los espermatozoides y las células de Sertoli encargadas del mantenimiento del proceso de formación de espermatozoides o espermátogénesis. En el tejido conjuntivo situado en los espacios que separan a los túbulos seminíferos adyacentes hay grupos de células llamadas células de Leydig que secretan testosterona, el andrógeno más importante

.ESCROTO

El escroto es un saco cutáneo exterior que contiene los testículos y está situado postero-inferiormente en relación al pene e inferiormente en relación a la sínfisis del pubis. Consta de:

- **Piel:** rugosa, de color oscuro
- **Fascia superficial** o lámina de tejido conjuntivo que contiene una hoja de músculo liso con el nombre de músculo dartos cuyas fibras musculares están unidas a la piel y cuya contracción produce arrugas en la piel del escroto. La fascia superficial forma un tabique incompleto que divide al escroto en una mitad derecha y otra izquierda y cada una de ellas contiene un testículo

Asociado a cada testículo dentro del escroto, se encuentra el músculo cremaster que es una pequeña banda de músculo estriado esquelético que continúa al músculo oblicuo menor o interno del abdomen. La localización exterior del escroto y la contracción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos porque la producción normal de espermatozoides requiere una temperatura inferior en unos 2-3 grados a la temperatura corporal. En respuesta a las bajas temperaturas el músculo dartos se contrae con lo que se arruga la piel del escroto y se reduce la pérdida de calor y el músculo cremáster en cada lado también se contrae con lo que los testículos son acercados al cuerpo para estar cerca del calor corporal es el rafe el que hace esta acción.

PENE

Es el órgano de la copulación en el hombre. Sirve de salida común para la orina y el semen o líquido seminal. Consiste en un cuerpo y una raíz.

- **Cuerpo del pene:** es la parte pendular libre, cubierta por piel muy fina, de color oscuro y poco adherida. Está compuesto por tres cuerpos cilíndricos de tejido cavernoso eréctil, encerrados en una cápsula fibrosa. Dos de los cuerpos eréctiles que son los cuerpos cavernosos, están situados a ambos lados del pene, en la parte posterior del órgano. El otro cuerpo eréctil que es el cuerpo esponjoso, se

encuentra anteriormente en el pene, en el plano medio, contiene la uretra esponjosa y la mantiene abierta durante la eyaculación

- **Raíz del pene:** es la parte superior, de sujeción del pene y contiene los dos pilares que se insertan a cada lado del arco púbico. Cada pilar del pene está rodeado por el músculo isquiocavernoso. El bulbo del pene es la porción ensanchada de la base del cuerpo esponjoso por donde penetra la uretra esponjosa en el cuerpo esponjoso, y está unido a los músculos profundos del periné. La contracción de todos estos músculos esqueléticos permite la eyaculación.

En la punta del pene, el cuerpo esponjoso forma el glande que cubre los extremos libres de los cuerpos cavernosos. Cerca del extremo final del glande se encuentra el orificio de la uretra esponjosa u orificio externo de la uretra. La piel y las fascias del pene se prolongan como una doble capa de piel dando lugar al prepucio, que cubre el glande en una extensión variable.

EPIDIDIMOS

Los epidídimos son dos estructuras en forma de coma de unos 4 cm de longitud, cada una de las cuales se encuentra adosada a las superficies superior y posterior-lateral de cada testículo. Cada epidídimo tiene un cuerpo que consiste en el conducto del epidídimo que está muy contorneado y en donde los espermatozoides son almacenados para pasar las etapas finales de su maduración, y una cola o cola del epidídimo que se continúa con el conducto deferente que transporta el esperma hacia el conducto eyaculador para su expulsión hacia la uretra. El epidídimo ayuda a expulsar los espermatozoides hacia el conducto deferente durante la excitación sexual por medio de contracciones peristálticas del músculo liso de su pared. Los espermatozoides pueden permanecer almacenados y viables en el epidídimo durante meses

CONDUCTOS DEFERENTES

Los conductos deferentes son 2 tubos musculares de pared gruesa que comienzan en la cola del epidídimo de cada lado y terminan en el conducto eyaculador. Transportan espermatozoides desde el epidídimo al conducto eyaculador de su lado.

El conducto deferente de cada lado asciende dentro del cordón espermático o estructura de sostén del aparato reproductor masculino que asciende desde el escroto, pasa al interior de la pelvis a través del conducto inguinal y contiene el conducto deferente, arterias, venas, linfáticos, nervios y el músculo cremáster. Una vez en el interior de la pelvis, el conducto deferente cruza el uréter y viaja entre el uréter y el peritoneo, después se une con el conducto de la vesícula seminal de su lado para formar el conducto eyaculador.

El conducto deferente transporta los espermatozoides durante la excitación sexual, desde el epidídimo hasta el conducto eyaculador, en su camino hacia la uretra, por medio de contracciones peristálticas de su pared de músculo liso. Igual que sucede con el epidídimo, el conducto deferente puede almacenar espermatozoides durante meses.

CONDUCTOS EYACULADORES

Cada uno de los dos conductos eyaculadores es un tubo delgado, mide de 2 a 2,5 cm. de longitud y se forma cerca del cuello de la vejiga por la unión del conducto de la vesícula seminal y el conducto deferente de su lado. Ambos conductos eyaculadores viajan juntos a medida que pasan a través de la próstata y van a desembocar en la uretra prostática en donde expulsan el semen inmediatamente antes de que sea expulsado al exterior desde la uretra.

VESICULAS SEMINALES

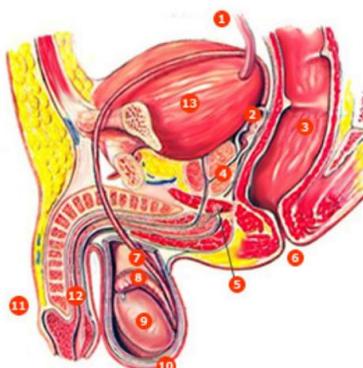
Las vesículas seminales son 2 largos tubos de unos 15 cm. de longitud que están enrollados y forman unas estructuras ovaladas en la base de la vejiga, por delante del recto.

Sería más apropiado llamarlas glándulas seminales ya que producen una secreción espesa y alcalina que contiene fructosa, prostaglandinas y diversas proteínas, que se mezcla con el espermatozoides a medida que éste pasa a lo largo de los conductos eyaculadores. El conducto de cada vesícula seminal se une con el conducto deferente de su lado para formar el conducto eyaculador.

PRÓSTATA

La próstata es la mayor glándula accesoria del sistema reproductor masculino con un tamaño similar al de una pelota de golf. Se sitúa en la pelvis por debajo de la vejiga urinaria y detrás de la sínfisis del pubis y rodea la primera porción de la uretra que, por ello, se llama uretra prostática. Crece lentamente desde el

- 1 uréter
- 2 vesícula seminal
- 3 recto
- 4 glándula prostática
- 5 glándula bulbouretral (de Cowper)
- 6 ano
- 7 conducto deferente
- 8 epididimo
- 9 testículo
- 10 escroto
- 11 pene
- 12 uretra
- 13 vejiga urinaria



nacimiento hasta la pubertad, luego se expande hasta los 30 años y permanece estable hasta los 45 años. A partir de esa edad, puede agrandarse y ocasionar molestias. La uretra prostática y los conductos eyaculadores pasan a través de la próstata dividiéndola en lóbulos.

Existen de 20 - 30 conductillos prostáticos que desembocan en la pared posterior de la uretra prostática, ya que la mayor parte del tejido glandular se localiza posterior y lateral a la uretra prostática y por esos conductos se descarga la secreción prostática hacia la uretra y se añade al líquido seminal. El líquido prostático es lechoso y levemente ácido y contiene ácido cítrico, enzimas proteolíticos y sustancias antibióticas que contribuyen a disminuir el crecimiento de bacterias en el semen y el aparato reproductor femenino.

GLÁNDULAS BULBOURETRALES

Las glándulas bulbo uretrales son 2 y tienen el tamaño de un guisante, también reciben el nombre de glándulas de Cowper. Se encuentran debajo de la próstata, póstero - laterales en relación a la uretra membranosa. Sus conductos (2 - 3 cm.) se abren en la porción superior de la uretra esponjosa. Durante la excitación sexual secretan un líquido alcalino al interior de la uretra que protege a los espermatozoides, neutralizando la acidez de la uretra y moco que lubrica el extremo del pene y las paredes de la uretra, disminuyendo el número de espermatozoides que resultan dañados por la eyaculación.¹⁸

CÁNCER TESTICULAR

CONCEPTO

Los tumores testiculares de células germinales representan un grupo heterogéneo de neoplasias de histología compleja, que derivan de la célula germinal primordial. Esta multi-potencialidad puede dar origen a diversas neoplasias según sea la etapa de diferenciación en que se produzca la transformación maligna.

Dado su origen común, los tumores de células germinales pueden presentar dos ó más patrones histológicos, y representan el 95% de los tumores malignos del testículo.

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer sin control, En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor y en ocasiones estas células pueden invadir o propagarse a tejidos lo que las células normales no pueden hacer las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN.

El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades en una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara la alteración o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN alterado no se repara, y la célula no muere como debería.

¹⁸ principios de anatomía y fisiología Gerard J. tortora, Bryan Derrickson 11° Edición editorial medica panamericana pag 1064-1076

En lugar de esto, esta célula persiste en producir nuevas células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN alterado que tuvo la primera célula anormal

ETIOLOGIA

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Algunos factores de riesgo, como el fumar, pueden cambiarse. Otros, como la edad de la persona o sus antecedentes familiares, no se pueden cambiar

Los científicos han descubierto pocos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que alguien padezca cáncer de testículo. Incluso si alguien tiene uno o más factores de riesgo de esta enfermedad, es imposible saber con seguridad hasta qué punto esto contribuye al origen del cáncer. Además, la mayoría de los niños y hombres con cáncer testicular no presentan ninguno de los factores de riesgo conocidos. Los factores de riesgo para el cáncer de testículo incluyen:

- Testículo no descendido
- Antecedentes familiares de cáncer testicular
- Infección por VIH
- Carcinoma in situ del testículo
- Haber tenido cáncer de testículo antes
- Pertenecer a determinada raza o grupo étnico
- Tamaño corporal

Testículo no descendido

Uno de los factores de riesgo principales para el cáncer testicular es una afección llamada criptorquidia, o testículo(s) que no ha(n) descendido al escroto. Esto significa que uno o ambos testículos no bajaron del abdomen hasta el escroto antes del nacimiento. Los hombres con criptorquidia son varias veces más

propensos a padecer cáncer de testículo que aquellos cuyos testículos han descendido normalmente.

En un feto, los testículos normalmente se desarrollan dentro del abdomen y descienden al escroto antes del nacimiento. Sin embargo, en alrededor de 3% de los niños los testículos no descienden totalmente antes que el niño nazca. A veces, el testículo permanece en el abdomen. En otros casos, el testículo comienza a descender pero se atora en la región de la ingle(*criptorquidia*).

La mayoría de las veces, los testículos que no han descendido continúan bajando hasta el escroto durante el primer año de vida de un niño. Si el testículo no ha descendido cuando el niño ha cumplido un año de edad, probablemente no bajará por sí solo. A veces es necesario un procedimiento quirúrgico conocido como orquiopexia para bajar el testículo hasta dentro del escroto.

El riesgo de cáncer testicular podría ser un poco más alto para el hombre cuyo testículo se quedó en el abdomen, que para uno que descendió al menos en parte. Si hay cáncer, por lo general se descubre en el testículo que no descendió, pero alrededor de uno de cada cuatro casos ocurre en el testículo que descendió normalmente. Debido a esto, algunos médicos concluyen que la criptorquidia en realidad no causa el cáncer testicular, pero que existe algo más que conduce a cáncer testicular y a posiciones anormales de uno o ambos testículos.

La orquiopexia puede reducir el riesgo de cáncer testicular si se hace cuando el niño es más joven, pero no está tan claro si este procedimiento es útil si el niño tiene más edad. No está claro cuál es el mejor momento para realizar esta cirugía. Los expertos en los Estados Unidos recomiendan que la orquiopexia se lleve a cabo poco después del primer año del niño por razones (por ejemplo, la fertilidad) que no están relacionadas con el cáncer.

Antecedentes familiares

Tener un pariente consanguíneo cercano (padre o hermano) con cáncer testicular aumenta el riesgo de que usted también lo padezca. No obstante, un pequeño número de cánceres de testículo ocurre entre las familias. La mayoría de los

hombres con cáncer testicular no tiene antecedentes familiares de esta enfermedad.

Infección por VIH

Cierta evidencia ha demostrado que los hombres infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en especial los que tienen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), tienen un mayor riesgo. No se ha demostrado que otras infecciones aumenten el riesgo de cáncer testicular.

Carcinoma in situ

Esta afección, que se describió en la sección “¿Qué es el cáncer de testículo?”, a menudo no se manifiesta con una masa en los testículos ni provoca síntomas. No está claro con cuánta frecuencia el carcinoma in situ (CIS) en los testículos progresa a cáncer. En algunos casos, el carcinoma in situ se detecta en hombres que se han sometido a una biopsia testicular para evaluar infertilidad, o en los que se les ha extirpado un testículo por criptorquidia. Hay más probabilidad de que los médicos en Europa busquen el carcinoma in situ que los doctores en este país. Esta pudiera ser la razón por la cual los números para este diagnóstico y su progresión de CIS a cáncer son más bajas en los EE.UU. que en partes de Europa.

Debido a que no sabemos cuán a menudo el CIS se convierte en un verdadero cáncer (invasivo), no está claro si es buena idea tratar el CIS. Algunos expertos creen que pudiera ser mejor esperar para ver si la enfermedad empeora o se convierte en un verdadero cáncer. Esto podría permitir que muchos hombres con CIS eviten los riesgos y efectos secundarios del tratamiento. Cuando se trata el CIS, se emplea radiación o cirugía (para extirpar el testículo).

Cáncer en el otro testículo

Un historial personal de cáncer testicular es otro factor de riesgo. Alrededor del 3% o 4% de los hombres que se han curado de cáncer en un testículo padecerán en un futuro de cáncer en el otro testículo.

Edad

Alrededor de la mitad de los tumores cancerosos de los testículos se presentan entre los 20 y 34 años de edad Sin embargo, este cáncer puede afectar a hombres de cualquier edad, incluyendo bebés y ancianos.

Raza y origen étnico

El riesgo del cáncer testicular entre los hombres de raza blanca es aproximadamente de cuatro a cinco veces mayor que el de los de raza negra y que el de los hombres asiático-americanos. El riesgo para los indios americanos se encuentra entre el de los hombres asiáticos y los de raza blanca. Se desconoce la razón de esta diferencia. En el mundo, el mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad lo tienen los hombres que viven en los Estados Unidos y Europa, mientras que el menor riesgo lo tienen los hombres que viven en África y Asia.

Tamaño corporal

Varios estudios han encontrado que los hombres de alta estatura presentan un riesgo un poco mayor de cáncer de testículo, aunque algunos otros estudios no han demostrado esto. La mayoría de los estudios no han reportado una relación entre el cáncer testicular y el peso corporal.¹⁹

FISIOPATOLOGÍA

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las principales manifestaciones de la enfermedad son:

- Detectar un bulto en el testículo que, en general, no duele. Si existe dolor, éste suele aparecer progresivamente. En las circunstancias en las que el tumor se ha complicado debido a una infección, por ejemplo, el dolor puede manifestarse de repente.
- Aumento del tamaño del testículo.
- Tener la sensación de que el testículo pesa más.
- En algunos casos más raros, el tumor puede provocar el crecimiento de las mamas(ginecomastia). Esto se debe a que se produce el aumento de los niveles de la hormona gonadotropiina coriónica humana, que afecta al desarrollo de las mamas.
- Dolor en la espalda o en el abdomen.

¹⁹ <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002323-pdf.pdf>

DIAGNOSTICO

Exploración clínica

El cáncer de testículo afecta generalmente a varones jóvenes que se encuentran en el tercer o cuarto decenio de vida. Normalmente aparece como una masa unilateral indolora en el escroto o como el hallazgo casual de una masa intraescrotal. En el 20 % de los casos aproximadamente, el primer síntoma consiste en dolor escrotal y hasta el 27 % de los pacientes con cáncer de testículo manifiesta dolor local.

En ocasiones, un traumatismo en el escroto revela la presencia de una masa testicular. En el 7 % de los casos aparece ginecomastia, que es más frecuente en los tumores no seminomatosos. Hay dolor de espalda y en el flanco en cerca del 11 % de los casos. Una reducción del tamaño testicular puede preceder a un tumor testicular .

En cerca del 10 % de los casos, un tumor testicular remeda una orquiepididimitis, con la demora consiguiente del diagnóstico correcto. Ha de realizarse una ecografía en todo caso dudoso. La exploración física revela las características de la masa y siempre debe llevarse a cabo junto con una exploración general a fin de detectar posibles metástasis a distancia (supraclaviculares), una masa abdominal palpable o ginecomastia. En todos los pacientes con una masa intraescrotal debe efectuarse un diagnóstico correcto .

Estudio por imagen del testículo

En la actualidad, la ecografía diagnóstica sirve para confirmar la presencia de una masa testicular y para explorar el testículo contralateral. Su sensibilidad en la detección de un tumor testicular es prácticamente del 100 % y desempeña una función importante a la hora de determinar si la masa es intra o extratesticular .

La ecografía es una prueba económica, pero resulta innecesaria cuando la presencia de un tumor testicular es clínicamente evidente . Ha de realizarse una ecografía testicular en los varones jóvenes sin una masa testicular palpable que presentan masas viscerales o retroperitoneales o una concentración sérica

elevada de gonadotropina coriónica humana (hCG) o AFP . La ecografía se recomienda para controlar el testículo contralateral en el seguimiento de los pacientes con riesgo .

La resonancia magnética (RM) ofrece una mayor sensibilidad y especificidad que la ecografía para diagnosticar tumores y puede diferenciar tumores seminomatosos de no seminomatosos.

La RM del escroto ofrece una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 95 %- 100 % , pero su coste elevado no justifica su uso con fines diagnósticos.

Marcadores tumorales séricos en el momento del diagnóstico

Los marcadores tumorales séricos son factores pronósticos y contribuyen al diagnóstico y la estadificación. Han de determinarse los siguientes marcadores:

- AFP (producida por las células del saco vitelino)
- hCG (expresión de los trofoblastos).

En los pacientes con enfermedad metastásica se recomienda determinar la lactato deshidrogenasa (LDH) (marcador de destrucción tisular). En general, se observa un incremento de estos marcadores en el 51 % de los casos de cáncer de testículo . La AFP aumenta en el 50 %- 70 % de los pacientes con tumores de células germinativas no seminomatosos (TCGNS) y se observa un incremento de la hCG en el 40 %- 60 % de los pacientes con TCGNS. Alrededor del 90 % de los tumores no seminomatosos cursa con una elevación de uno o ambos marcadores. Hasta el 30 % de las seminimas debuta o presenta una concentración elevada de hCG durante la evolución de la enfermedad. La LDH es un marcador menos específico y su concentración es proporcional al volumen tumoral.

Su concentración puede estar elevada en el 80 % de los pacientes con cáncer de testículo avanzado. Hay que señalar que las concentraciones negativas de marcadores no descartan el diagnóstico de un tumor de células germinativas. Otro marcador estudiado es la fosfatasa alcalina placentaria (FAP), que podría resultar útil para controlar a los pacientes con seminima puro. En centros concretos se

dispone de marcadores citogenéticos y moleculares, aunque actualmente solo se emplean en estudios de investigación. La determinación de las concentraciones séricas de AFP, hCG y LDH (en tumores avanzados) es obligatoria, mientras que la de FAP es opcional.²⁰

EXPLORACIÓN INGUINAL Y ORQUIECTOMIA

Todo paciente con una posible masa testicular debe someterse a una exploración inguinal con exteriorización del testículo dentro de sus túnicas. Si se detecta un tumor, ha de practicarse una orquiectomía inmediata con sección del cordón espermático a la altura del anillo inguinal interno. Cuando el diagnóstico no está claro, se obtiene una biopsia testicular para efectuar un examen histológico de cortes congelados.

En caso de enfermedad diseminada y metástasis potencialmente mortales, la práctica actual consiste en empezar con quimioterapia inicial, de modo que puede retrasarse la orquiectomía hasta que se haya logrado la estabilización clínica.

Tomografía computarizada

Las tomografías computarizadas (*computed tomography*, CT) se pueden usar para ayudar a determinar la etapa (extensión) del cáncer al mostrar si se ha propagado a los ganglios linfáticos, los pulmones, el hígado u otros órganos.

La tomografía computarizada (CT scan) usa rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. En vez de tomar una fotografía, como lo hace la radiografía convencional, una tomografía computarizada toma muchas fotografías de la parte de su cuerpo que se está estudiando mientras rota a su alrededor. Luego, una computadora combina estas imágenes en una imagen de una sección de su cuerpo. Antes del estudio, podrían pedirle que tome una solución de contraste y/o que reciba una inyección intravenosa (IV) de un material de contraste que ayude a delinear mejor las estructuras del cuerpo. Es posible que requiera una línea intravenosa (IV) para inyectarle el material de contraste. La

²⁰ <http://uroweb.org/wp-content/uploads/06-GUIA-CLINICA-SOBRE-EL-CANCER-DE-TESTICULO.pdf>

inyección puede causar rubor (enrojecimiento y sensación de calor que a menudo dura segundos).

Algunas personas son alérgicas al colorante y desarrollan urticaria. Rara vez, pueden presentarse reacciones más graves, como problemas para respirar y baja presión arterial. Se pueden administrar medicamentos para prevenir y tratar las reacciones alérgicas. Asegúrese de decirle al médico si alguna vez ha tenido alergias o una reacción a cualquier material de contraste utilizado para los rayos x. El tomógrafo que se utiliza para este estudio consiste en un anillo grande similar a una rosca (dona) grande, con una camilla estrecha que se desliza hacia adentro y afuera de la abertura central. Será necesario que se acueste inmóvil sobre una mesa mientras se realiza el examen.

Las tomografías computarizadas toman más tiempo que las radiografías convencionales, y usted podría sentirse un poco confinado por el anillo en el que tiene que acostarse mientras se toman las fotografías.

Biopsia con aguja guiada por CT: algunas veces, las tomografías computarizadas se pueden usar para guiar con precisión la aguja de una biopsia hacia un área donde se sospecha propagación del cáncer. Para este procedimiento, usted permanece en la camilla de la CT, mientras un médico mueve una aguja de biopsia a través de la piel y hacia la masa. La exploración por CT continúa hasta que el médico pueda ver que la aguja se encuentra dentro de la masa. Luego se extrae una muestra mediante una biopsia con aguja fina (un fragmento diminuto de tejido) o una biopsia por punción con aguja gruesa (un cilindro delgado de tejido) y se observa con un microscopio.²¹

TRATAMIENTO

Aun cuando los tumores de células germinales en etapa III se han propagado al momento de ser detectados, la mayoría de ellos aún se pueden curar.

²¹ <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002323-pdf.pdf>

Tanto los seminomas como los no seminomas en etapa III se tratan con orquiectomía inguinal radical seguida de quimioterapia, ya sea con EP (etopósido y cisplatino) durante cuatro ciclos o BEP (bleomicina, etopósido, y cisplatino) durante tres a cuatro ciclos. Se necesitan cuatro ciclos de BEP para pacientes con un pronóstico desfavorable de no seminomas (por lo general debido a que se han propagado a áreas distantes distintas de los pulmones o debido a niveles muy elevados de marcadores tumorales). Si el paciente tiene razones médicas que hacen que el tratamiento con bleomicina sea inseguro, entonces él puede ser tratado con VIP (vinblastina, ifosfamida y cisplatino).

En los casos en que se detecten niveles muy altos del marcador tumoral HCG en un hombre, se observa propagación a distancia del cáncer en los estudios por imágenes, y hay una alta sospecha que pueda tener un coriocarcinoma testicular, se puede iniciar quimioterapia sin una biopsia o extirpación inicial de un testículo.

Si el cáncer se ha propagado al cerebro, será tratado con cirugía (si sólo hay uno o dos tumores en el cerebro), o radioterapia dirigida al cerebro, o ambas. Si los tumores en el cerebro no están sangrando o causando síntomas, algunos médicos podrían optar por comenzar la quimioterapia primero.

Una vez que concluye la quimioterapia, el médico determina si quedó algo del cáncer. Los pacientes con estudios normales y niveles de marcadores normales por lo general son observados minuciosamente después de esto, y puede que no necesiten tratamiento adicional.

A veces puede que permanezcan algunos tumores, generalmente en los pulmones o en los ganglios linfáticos retroperitoneales. El tratamiento adicional en este momento depende del tipo de cáncer.

Seminomas: los tumores pequeños que están todavía allí después de la quimioterapia o que no se iluminan al realizar una PET, a menudo se observaban con una tomografía computarizada para ver si crecen. En caso de que los tumores crezcan, se necesita tratamiento adicional. Si los tumores se iluminan en una PET,

podrían ser cánceres, y se necesita tratamiento. El tratamiento puede consistir en cirugía (como una disección de ganglios linfáticos retroperitoneales) o quimioterapia (uso de una combinación diferente de medicamentos).

No seminomas: por lo general, los tumores remanentes son extirpados quirúrgicamente y esto puede conformar una cura. Si se descubre cáncer en los tumores extirpados, más quimioterapia (usualmente por dos ciclos, a menudo con diferentes medicamentos) podría ser necesario. Otra opción podría ser comenzar con quimioterapia adicional de diferentes medicamentos. Después de esto, es posible que se realice una cirugía si queda cualquier tumor. Si el cáncer es resistente a la quimioterapia o se ha propagado a muchos órganos, la dosis de quimioterapia usual puede que no siempre sea suficiente. Algunas veces el médico podría recomendar altas dosis de quimioterapia seguidas de un trasplante de células madre. Además, los pacientes pudieran considerar la participación en un estudio clínico de e regímenes de quimioterapia más nuevos.

Cirugía

Se puede realizar una cirugía para extirpar el testículo (orquiectomía inguinal) y algunos de los ganglios linfáticos en el momento del diagnóstico y la estadificación. Los tumores que se diseminaron a otros lugares del cuerpo se pueden extirpar parcial o totalmente mediante cirugía.

Incluso si el médico extirpa todo el cáncer que se puede observar en el momento de la cirugía, es posible que se administre quimioterapia o radioterapia a algunos pacientes después de la cirugía para destruir cualquier célula cancerosa que haya quedado. El tratamiento administrado después de la cirugía para disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva se llama terapia adyuvante.

Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer en el que se utilizan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas. Hay dos tipos de radioterapia. Para la radioterapia externa(Tele terapia), se utiliza una máquina afuera del cuerpo para enviar la radiación hacia el cáncer. Para

la radioterapia interna (Braquiterapia), se utiliza una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, cables o catéteres que se colocan directamente en el cáncer o cerca del mismo. La forma de administración de la radioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento para el cáncer en el que se utilizan medicamentos para interrumpir el crecimiento de células cancerosas, mediante su destrucción o evitando su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra oralmente o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan en el torrente sanguíneo y pueden llegar a células cancerosas en todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas de esas áreas (quimioterapia regional). La forma de administración de la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando.

Vigilancia

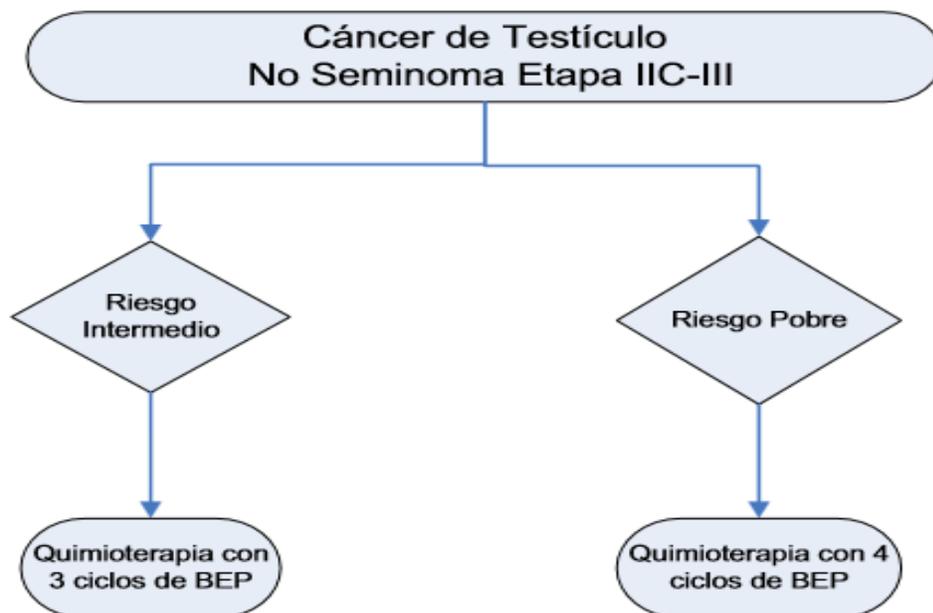
La vigilancia es el seguimiento minucioso de la afección de un paciente sin administrar tratamiento, a menos que se presenten cambios en los resultados de las pruebas. Se usa para encontrar signos tempranos de que el cáncer recidivó (volvió). Durante la vigilancia, los pacientes se someten regularmente a ciertas pruebas y exámenes.

Quimioterapia de dosis altas con trasplante de células madre

La quimioterapia de dosis alta con trasplante de células madre es una forma de administrar dosis altas de quimioterapia y reemplazar las células generadoras de sangre que fueron destruidas por el tratamiento del cáncer. Las células madre (células sanguíneas inmaduras) se extraen de la sangre o la médula ósea del paciente mismo o de un donante, se congelan y almacenan. Después de finalizar la quimioterapia, las células madre guardadas se descongelan y se

reinyectan en el paciente mediante una infusión. Estas células madre reinyectadas se convierten en células sanguíneas crecen (y restauran) los glóbulos rojos del cuerpo²²

Algoritmo 4. Tratamiento de Cáncer No Seminoma Etapa II C y III

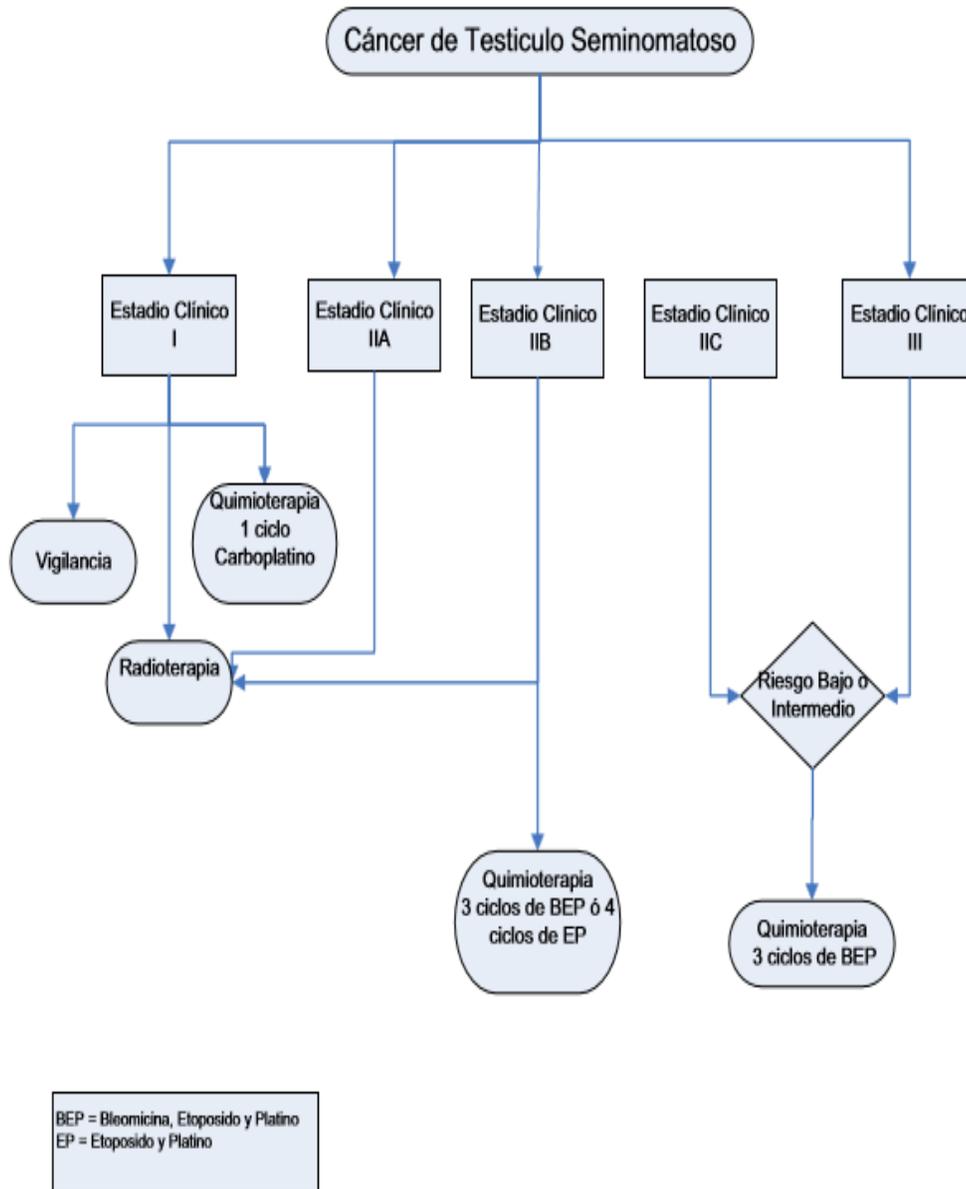


BEP = Bleomicina, Etoposido y Platino

²² <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002323-pdf.pdf>

Algoritmos

Algoritmo 1. Tratamiento de Cáncer Seminomatoso



algoritmo de tratamiento de cáncer seminomatosos²³

²³http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/184_GPC_TUMOR_MALIGNO_DE_TESTICULO/Grr_cancertesticulo.pdf

SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Después del tratamiento del cáncer de testículo es muy importante realizar revisiones periódicas. Las revisiones son más intensas en los pacientes con estadio I en los que se no se administra tratamiento complementario después de la cirugía, porque su riesgo de recurrencia es mayor. En estos pacientes, es frecuente que se realicen controles cada 1 ó 2 meses durante el primer año y segundo año del diagnóstico.

En las revisiones, además de preguntar por los síntomas y de llevar a cabo una exploración física, suele realizarse una determinación de los marcadores tumorales de los tumores de testículo. Además de forma periódica suele realizarse radiografía de tórax, TAC abdominal y una ecografía de testículo. Según la extensión de la enfermedad al diagnóstico y los síntomas que presente el paciente se pueden añadir otras pruebas distintas.

La frecuencia de las revisiones suele ser variable y su duración es aun tema de debate. No hay consenso. La realidad es que los mayores riesgos de que la enfermedad pueda reaparecer se dan en los primeros 2 años tras el diagnóstico. Transcurridos los 5 años [que hoy en día se consideran un punto de referencia muy común en oncología] puede parecer lógico referir al médico para control anual solo con exploración física y analítica. Otros investigadores estiman que se deberían seguir hasta 10 y algunos grupos los siguen de por vida.

v

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino 18 años de edad

Estado: Civil soltero

Escolaridad :Preparatoria

Religión: Católico

Antecedentes personales no patológicos

Alergias: negadas

Quirúrgicos: recesión tumoral

Transfusionales: se transfunde en dos ocasiones por tener bajos los niveles de hemoglobina

Enfermedades de la infancia: cuadros gripales, varicela

No presentando enfermedades de transmisión sexual

Inicio de vida sexual a los 14 años

Número de parejas sexuales 1

Métodos anticonceptivos: condón

Practicaba antes del padecimiento atletismo y jugaba en un equipo de futbol

Asistía habitual mente a la escuela preparatoria

Su alimentación suele combinar alimentos le gustan la verduras leguminosas y carnes tolera en poca cantidad el pescado y los marisco

Alimentos que le ocasiona agrado enchiladas y pechugas rellenas

Alimentos que ocasionan desagrado: frijoles habas brócoli betabel

Frecuencia con la que consume carne: 3 veces a la semana

Frecuencia con la que se baña diario por las noches cambio de ropa diario

Tipos de prendas de vestir: mezclilla holgada y ropa interior de algodón

Consumo de drogas legales: en ocasiones cigarro y tomaba en fiestas antes del padecimiento

Cada cuando se lava las manos antes y después de ir al baño y antes de comer

Ocupación actual mente: hogar

Antecedentes heredofamiliares

No presentan hipertensión por parte de ambos padres no hay presencia de diabetes mellitus

Abuelo materno fallece de cáncer de colon no detectado ni en tratamiento a la edad de 70 años hace aproximadamente 8 años.

Inicio de padecimientos con dolor en la región testicular y aumento de un testículo así como inflamación abdominal durante el proceso de quimioterapia tubo presencia de hipertermia

Padecimiento actual

Inicia paciente con el padecimiento actual a mediados de enero, caracterizado por el aumento progresivo del tamaño de testículo izquierdo asociado al aumento de la consistencia ,valorado y protocolar izado en urología se le realiza una arquitectónica radical izquierda de 20 de febrero del 2015 y por hallazgo de tumoración a nivel de vejiga fue sometido a una resección transuretral etapificado como IIIC se aplica primer ciclo de quimioterapia con esquema bep incompleto inicio el 12 de marzo del 2015 no se administra bleomicina correspondiente al día 15 el paciente presento neutropenia febril una vez recuperado sometido a una laparoscopia diagnostica por la sospecha de abdomen agudo con una recuperación prolongada se hospitaliza para una segunda aplicación del ciclo de quimioterapia que es adaptada a el peso actual con un ajuste al 90% de la dosis y se aplicó factor estimulante de colonias 7

Interrogatorio: Refiere presencia de nausea y en ocasiones llegar al vómito, Hiporexia acentuada.

Exploración física

Complexión delgada, actitud relajada, con pérdida de cabello en su totalidad consciente orientado en tiempo y espacio, se aprecia deprimido, ansioso, temeroso, adinámico , palidez de tegumentos mucosas orales semihidratada, en cavidad oral la presencia de queilosis dolorosa e impresión quemante, leve

glositis con enrojecimiento, piezas dentales completas y cuello sin adenomegalias presentes a la exploración campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire catéter puerto heparinizado en región clavicular en proceso de cicatrización cubierta y limpia sin datos de infección, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depreciable no doloroso a la palpación cicatriz umbilical integra sin alteración aparente, región inguinal derecha herida quirúrgica en región de púberica cicatrizada con una longitud aproximada de de 3 cm bien definida, genitales íntegros, bolsa escrotal rugosa con ausencia del testículo izquierdo a la palpación no doloroso miembros pélvicos sin alteraciones aparentes.

Somatometria.

Peso: 57700 La pérdida de peso fue de 10.700 kg

Signos Vitales.

Frecuencia cardiaca :89

Frecuencia respiratoria :18

Temperatura :36.7

Presión arterial:110/70

Estudios realizados

Marcadores tumorales prequirurgicos: b-hcg 45 dhl :200afp 44.14

Marcadores tumorales post quirúrgicos: b.hcg 1.2 dhl:200 afp:5.2

Tomografía 19-02-15 tumoración vesical: sin adenopatías

Tomografía: 8-05-15 : sin reporte escrito con hallazgo de persistencia de actividad tumoral a nivel de piso de vejiga sin adenopatías.

Reporte de patología de orquitectomia :20-02-15 tumor mixto de células germinales compuesto de teroma maduro con inmadurez focal de bajo grado en un 95 % y carcinoma embrionario en un 5%

Reporte de patología de tumoración vesical :23-02-15 tejido fibromuscular con metástasis de teroma al 100% de la muestra
Rx de tórax dentro de lo normal

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Día 4 de mayo 2015

Medicación

Dexametazona 8 mg iv .

Bleomicina 30ui diluidas en 100 ml de solución fisiológica para 30 minutos

Día 11 de mayo del 2015

Dexametazona 8 mg iv

Bleomicina 30 uidiluidas en 100 ml de solución fisiológica para 30 minutos

18 mayo 2015

Solución salina 1000 ml + 20 Meqkcl

Ranitidina 50 mg cada 8 horas

Metoclopramida 10 mg cada 8 horas

Pre medicación

Aprepitant 125 mg vo 30 min antes de iniciar quimio

Palonocetron 0.25 iv30 min antes de iniciar quimio

Dexametazona 16 mg 30 min antes de iniciar quimio

Quimioterapia

Bleomicina 30 ui diluidas en 100 ml de solución fisiológica para 30 minutos

Etoposido 135 mg diluidos en 500 ml de solución fisiológica para una hora

Cisplatino 27 mg diluido en 500 ml de solución fisiológica para dos horas

ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL D.F. CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M

instrumento de valoración de enfermería (Virginia Henderson)

1.- ficha de identificación

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS:					
edad:	<input type="text" value="18"/>	sexo:	<input type="text" value="masculino"/>	escolaridad:	<input type="text" value="preparatoria"/>
ocupación:	<input type="text" value="estudiante"/>	estado civil:	<input type="text" value="soltero"/>	religión:	<input type="text" value="catolico"/>
casa :	propia:	<input type="text" value="propia"/>		prestada	<input type="text"/>
	rentada:	<input type="text"/>			<input type="text"/>

ANTECEDENTES PERSONALES	
alergias:	si: <input type="text"/> no: <input type="text" value="ninguna"/>
especificas:	<input type="text"/>

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES:	
NECESIDAD DE OXIGENACIÓN	
área pulmonar frecuencia respiratoria: <input type="text" value="18"/> x min:	dificultad resp. <input type="text"/> disnea: <input type="text"/> en esfuerzo: <input type="text"/>
tos frecuente: <input type="text"/>	apnea: <input type="text"/>
secreciones bronquiales: si: <input type="text"/> no: <input checked="" type="text"/>	productiva: <input type="text"/> seca: <input type="text"/>
color de piel y mucosas : palidez: <input checked="" type="text"/>	cianosis distal: <input type="text"/> cianosis peri bucal: <input type="text"/>
datos subjetivo: PACIENTE NO REFIERE COMPROMISO RESPIRATORIO	

ÁREA CARDIOVASCULAR	
frecuencia cardiaca:	<input type="text" value="89"/> latidos x min.
pulso normal:	<input checked="" type="text"/> débil: <input type="text"/> paradogico: <input type="text"/>
llenado capilar	<input type="text" value="3"/> seg.
edema: si:	<input checked="" type="text"/> no: <input type="text"/> sitio:TESTICULO__ + <input type="text"/> ++ <input checked="" type="text"/> +++ <input type="text"/> ++++ <input type="text"/>
datos subjetivos:PACIENTE PRECENTA EDEMA A NIVEL TESTICULAR TRAS PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

peso:	47	talla:	1.67 KG				
dieta habitual (tipo):	normal:	<input checked="" type="checkbox"/>	blanda:	<input type="checkbox"/>	liquida:	<input type="checkbox"/>	
numero de comidas diarias:	3						
bebidas frecuentes diarias:	agua:	<input checked="" type="checkbox"/>	café:	<input type="checkbox"/>	refresco:	<input checked="" type="checkbox"/>	
ingesta de líquidos 24 horas:	menos de 1 litro	<input type="checkbox"/>	1-2 litros	<input checked="" type="checkbox"/>	>2 litros	<input type="checkbox"/>	
apetito	disminuido	<input checked="" type="checkbox"/>	aumentado:	<input type="checkbox"/>	suplementos alimenticios:	si	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
cavidad oral:	hidratada:	<input checked="" type="checkbox"/>	semihidratada:	<input type="checkbox"/>	deshidratada:	<input type="checkbox"/>	
	sin caries:	<input checked="" type="checkbox"/>	caries	<input type="checkbox"/>	faltan piezas dentales	si	<input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
problemas	masticación:	<input type="checkbox"/>	deglución:	<input type="checkbox"/>	intolerancia:	<input type="checkbox"/>	
	nausea	<input checked="" type="checkbox"/>	vomito	<input type="checkbox"/>			
datos subjetivos: PACIENTE A PRESENTADO NAUSEAS Y VOMITOS DESPUES DE CADA QUIMIOTERAPIA Y UNA PERDIDA DE PESO DURANTE EL TIEMPO DE TRATAMIENTO							

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

URINARIA

frecuencia:	4-5	veces al día	características normales:	si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
anuria	<input type="checkbox"/>	oliguria	<input type="checkbox"/>	poliuria	<input type="checkbox"/>	disuria	<input type="checkbox"/>
		nocturia	<input type="checkbox"/>	tenesmo	<input type="checkbox"/>		
incontinencia urinaria:	NO orina intermitente: <input type="checkbox"/>						
color:	normal	<input checked="" type="checkbox"/>	hematuria	<input type="checkbox"/>	coluria	otro: <input type="checkbox"/>	
dependencia total:	sonda vesical	<input type="checkbox"/>	diálisis peritoneal	<input type="checkbox"/>	hemodiálisis	<input type="checkbox"/>	
datos subjetivos: PACIENTE NO PRESENTA PROBLEMAS AL MICCIONAR							

INTESTINAL

frecuencia:	2	veces al día	características normales	si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
estreñimiento:	diarrea:	<input checked="" type="checkbox"/>	incontinencia:	<input type="checkbox"/>			
características:	melena	<input type="checkbox"/>	acolia	<input type="checkbox"/>	mucosa	<input checked="" type="checkbox"/>	pastosa <input type="checkbox"/>
	con sangre fresca	<input type="checkbox"/>	fétida	<input type="checkbox"/>	liquida	<input type="checkbox"/>	
dependencia parcial:	acompañante sanitario	<input type="checkbox"/>	facilitador cómodo	<input type="checkbox"/>	pañal:	<input type="checkbox"/>	
dependencia total:	colostomía:	<input type="checkbox"/>					
datos subjetivos: PACIENTE NO PRESENTA ALTERACION SOLO EN UNA OCACION AL INGERIR ALIMENTOS EN LA CALLEQUE LE OCACIONO DIARREA EN MAS DE 4 OCACIONES DE CONSISTENCIA LIQUIDA							

NECESIDAD DE TERMOREGULACION

temperatura: °c
 normotermia: hipertermia: hipotermia
 diaforesis: no si
 datos subjetivos: PACIENTE PRESENTO FIEBRE CUANDO PRESENTO DIARREA

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

realiza actividad física si no
 sistema musculoesqueletico: fuerza movilidad actividad pasiva
 capacidad tonos muscular: resistencia flexibilidad
 muscular: dolor edema
 postura: coordinación seguridad activo
 uso de dispositivo de ayuda: andador bastón silla de ruedas muletas
 escala del dolor:



NADA 1 POCO 2 BASTANTE 4 FUERTE 5 MUY FUERTE 6

datos subjetivos: PACIENTE PUEDE DESPALSARCE ADECUADAMENTE PRESENTA DOLOR GENERAL CUANDO SE LE PASA TRATAMIENTO QUIMIOTERAPEUTICO TOLERABLE

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

horas de descanso al día:
 tipo de sueño fisiológico inducido insomnio
 horas de sueño
 facilitadores de sueño masaje relajación música FISIOLÓGICO
 lectura medicamentos
 datos subjetivos: PACIENTE REFIERE QUE NO DESCANSA ADECUADAMENTE CUANDO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR QUE NO LE GUSTA EL AMBIENTE HOSPITALARIO

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

distingue, relación entre higiene y salud si no
 capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse si no
 vestido: completo incompleto sucio
 datos subjetivos: NO PRESENTA PROBLEMAS PARA VESTIRSE

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

características de la piel
 coloración: palidez cianosis rubicunda ictericia
 estado de la piel hidratado deshidratado integra lesionada

tipo de lesión :

marque la ubicación en el esquema

independencia para el baño= baño de regadera BAÑO REGADERA

independencia para el baño= baño de esponja

baño(frecuencia) DIARIO

higiene oral(frecuencia) 3 VECES AL DIA

datos subjetivos:

	herida quirúrgica en región clavicular catéter puerto heparinizado cubierto sin datos de infección herida quirúrgica en región inguinal derecha integra limpia		
--	---	---	--

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

alteración y/o deformidades congénitas auditivas: si no

toxicomanías tabaco alcohol otras drogas

identifica las medidas para prevenir accidentes:

hogar si no trabajo si no escuela si no

efectúa controles médicos periódicos: si no

prácticas para mejorar su salud:

manejo del estrés: LECTURA técnicas de relajación LECTURA

datos subjetivos PACIENTE NO PRESENTA ALTERACION EN ESTA NECESIDAD

NECESIDAD DE COMUNICARSE

vive con : familia solo

rol estructura familiar:
tipo de familia: nuclear mono parental extensa

limitaciones físicas que interfieran con la comunicación
si visual auditiva motora verbal
no NINGUNA

cuanto tiempo pasa solo(a) horas

utiliza mecanismos de defensa:
agresividad hostilidad desplazamiento

facilitadores de relación:
confianza confianza receptividad simpatía responsabilidad

datos subjetivos :PACEINTE NO PASA TOIEMPO SOLO PUES SIEMPRE HAY ALGUIEN EN CASA

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

creencias religiosas significativas:
 practica algún rito de acuerdo a su religión:
 si no cual:

su creencia religiosa le genera conflictos personales:
 si no

presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:
 si no

principales valores personales:

datos subjetivos: PACIENTE SE MUESTRA TRANQUILO CON SUSU CREENCIAS

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

estado emocional:
calmado ansioso enfadado retraído
temeroso irritable inquieto eufórico

trabaja actualmente: si no

tipo de trabajo:

tipo de riesgo a los que esta sometido en su trabajo:
biológicos psicosociales físicos químicos

está satisfecho con su trabajo: si no

su salario le permite cubrir sus necesidades básicas: si no

datos subjetivos:PACIENTE SE MUESTRA INQUIETO CUANDO SE LE REALIZA ALGUN

PROCEDIMIENTO Y MANIFIESTA QUE NO LE GUSTA QUE CUALQUIER ENFERMERO ESTE CON EL SI NO UN SERVIDOR

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

integridad del sistema neurovascular: si no
realiza alguna actividad lúdica o recreativa si no ¿cual? LECTURA
cuenta con recursos en su comunidad para la recreación: si no
la distribución del tiempo es utilizado entre el trabajo y la distracción: si no
estado de ánimo: apático aburrido participativo
datos subjetivos: PACIENTE LE GUSTA LA LECTURA Y DEPORTE NO REALIZA PUES TIENE MIEDO QUE SE LSTIME

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

conocimientos sobre su desarrollo de acuerdo a su Ciclo vital si no
necesidades básicas: si no
estado de salud actual: si no
su tratamiento y el auto cuidado que necesita si no
situación que altera su capacidad de aprendizaje ansiedad dolor pensamiento sentimiento angustia
memoria reciente: identifica los hechos recientes de una semana a la si no
fecha: memoria remota: recuerda el pasado si no
datos subjetivos: PACIENTE REFIERE QUE LE GUSTARIA SABER MAS SOBRE SU PADEIMIENTO ASI COMO DE SUS CUIDADOS QUE DEVE DE TENER

5.2 RESULTADOS DE VALORACIÓN

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.-Oxigenacion	estado de salud	dependiente	<input type="checkbox"/>	parcialmente dependiente	<input checked="" type="checkbox"/>	independiente	<input type="checkbox"/>
	nivel de dependencia	falta de fuerza	<input checked="" type="checkbox"/>	falta de voluntad	<input type="checkbox"/>	falta de conocimiento	<input type="checkbox"/>
	relación enf/pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	orientación compañía	<input type="checkbox"/>
diagnostico de enfermería	Nauseas r/c (tratamiento)fármacos citotoxicos m/p Expresa tener nauseas.						
2.-Higiene y protección de la piel	estado de salud	dependiente	<input type="checkbox"/>	parcialmente dependiente	<input checked="" type="checkbox"/>	independiente	<input type="checkbox"/>
	nivel de dependencia	falta de fuerza	<input checked="" type="checkbox"/>	falta de voluntad	<input type="checkbox"/>	falta de conocimiento	<input checked="" type="checkbox"/>
	relación enf/pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	ayuda	<input type="checkbox"/>	orientación compañía	<input type="checkbox"/>
diagnostico de enfermería	Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunitario m/p destrucción de las capas de la piel						
3.- Evitar peligros	estado de salud	dependiente	<input type="checkbox"/>	parcialmente dependiente	<input checked="" type="checkbox"/>	independiente	<input type="checkbox"/>
	nivel de dependencia	falta de fuerza	<input type="checkbox"/>	falta de voluntad	<input checked="" type="checkbox"/>	falta de conocimiento	<input type="checkbox"/>
	relación enf/pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	orientación compañía	<input type="checkbox"/>
diagnostico de enfermería	Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel (colocación de catéter) Riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas: inmunosupresión (fármacos citotoxicos)						

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

4.- Trabajar y realizarse	estado de salud	dependiente	<input checked="" type="checkbox"/>	parcialmente dependiente	<input type="checkbox"/>	independiente	<input type="checkbox"/>
	nivel de dependencia	falta de fuerza	<input type="checkbox"/>	falta de voluntad	<input type="checkbox"/>	falta de conocimiento	<input checked="" type="checkbox"/>
	relación enf/pte.	sustituta	<input type="checkbox"/>	ayuda	<input type="checkbox"/>	orientación compañía	<input checked="" type="checkbox"/>
diagnóstico de enfermería	Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p expresa inutilidad Ansiedad ante la muerte r/c experiencia cercana a la muerte m/p expresa temor a una muerte prematura						
5.-Uso de prendas de vestir adecuadas	estado de salud	dependiente	<input type="checkbox"/>	parcialmente dependiente	<input type="checkbox"/>	independiente	<input checked="" type="checkbox"/>
	nivel de dependencia	falta de fuerza	<input checked="" type="checkbox"/>	falta de voluntad	<input type="checkbox"/>	falta de conocimiento	<input type="checkbox"/>
	relación enf/pte.	sustituta	<input type="checkbox"/>	ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	orientación compañía	<input type="checkbox"/>
diagnóstico de enfermería	Perturbación del campo de energía r/c quimioterapia m/p cambios visuales (imagen y color)						
6.-Necesidad de aprendizaje	estado de salud	dependiente	<input type="checkbox"/>	parcialmente dependiente	<input checked="" type="checkbox"/>	independiente	<input type="checkbox"/>
	nivel de dependencia	falta de fuerza	<input type="checkbox"/>	falta de voluntad	<input type="checkbox"/>	falta de conocimiento	<input checked="" type="checkbox"/>
	relación enf/pte.	sustituta	<input type="checkbox"/>	ayuda	<input type="checkbox"/>	orientación compañía	<input checked="" type="checkbox"/>
diagnóstico de enfermería	Riesgo de impotencia r/c conocimientos deficientes.						

5.3PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON)

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE RIESGO	DIAGNOSTICO REAL	DIAGNOSTICO POTENCIAL	DIAGNOSTICO DE PROMOCIÓN A LA SALUD
1.- Trabajar y realizarse		Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p expresa inutilidad Ansiedad ante la muerte r/c experiencia cercana a la muerte m/p expresa temor a una muerte prematura		
2.-Uso de prendas de vestir adecuadas		Perturbación del campo de energía r/c quimioterapia m/p cambios visuales (imagen y color)		

PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON)

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE RIESGO	DIAGNOSTICO REAL	DIAGNOSTICO POTENCIAL	DIAGNOSTICO DE PROMOCIÓN A LA SALUD
3.-Necesidad de aprendizaje	Riesgo de impotencia r/c conocimientos deficientes.			
4.- Nutrición e Hidratación		nauseas r/c (tratamiento)fármacos citotoxicos m/p Expresa tener nauseas		
5.- Higiene y protección de la piel		Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunitario m/p destrucción de las capas de la piel		

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE RIESGO	DIAGNOSTICO REAL	DIAGNOSTICO POTENCIAL	DIAGNOSTICO DE PROMOCIÓN A LA SALUD
6.- Evitar peligros	<p>Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel (colocación de catéter)</p> <p>Riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas: inmunosupresión (fármacos citotoxicos)</p>			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	9 afrontamiento /tolerancia al estrés	DOMINIO:	salud psicosocial (III)	
CLASE:	2 respuestas de afrontamiento	CLASE:	bienestar psicosocial(M)	
CÓDIGO:		RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		nivel de ansiedad 1211	preocupación exagerada por eventos vitales 121118	grave 1 sustancial 2 moderado 3 leve 4 ninguno 5
	Ansiedad ante la muerte r/c experiencia cercana a la muerte m/p expresa temor a una muerte prematura	PUNTUACIÓN DIANA :MANTENER A: 3 AUMENTAR: 4		
definición:	sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO : fisiológico complejo	CLASE: ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
INTERVENCIÓN: apoyo emocional 5270	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN
Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo	Consiste en un acto por el cual consta nuestro asentimiento intelectual y compromiso social respecto a una creencia expresando lingüísticamente un enunciado
Abrazar tocar al paciente para proporcionar el apoyo	El abrazo y el contacto físico alivian el dolor, la depresión y la ansiedad y aumentan las ganas de vivir
Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias	Los sentimientos son sensaciones, incluso molestias, algo que nos oprime o nos llena de energía
Proporcionar ayuda para la toma de decisiones	es el proceso mediante el cual la persona debe escoger entre dos o más alternativas
Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad	La ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes que aparece en la práctica clínica. Es considerada como una sensación subjetiva de inquietud o temor de algo malo y puede ser la consecuencia de otra enfermedad orgánica o indicar un proceso primitivo psiquiátrico

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	6 auto percepción	DOMINIO:	salud psicosocial(III)	
CLASE:	2 autoestima	CLASE:	bienestar psicosocial	
CÓDIGO:	00120	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		nivel de depresión(1208)	120802 perdida de interés por actividades 120831perdida de peso 1200819 baja autoestima	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno
baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p expresa inutilidad				
definición:				
desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual				
		PUNTUACIÓN DIANA :MANTENER A:	4	AUMENTAR:
				5

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: 3 conductual	CLASE: r ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
INTERVENCIÓN: apoyo emocional	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN
Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias	Con el fin de obtener y mantener el equilibrio psicológico una persona debe de tener relaciones satisfactorias con otros seres humanos tanto de manera individual como en grupos
Abrazar tocar al paciente para proporcionar apoyo	Utilizar sus conocimientos sobre la necesidad como una motivación para el comportamiento para llevar a cabo metas terapéuticas
Animar al paciente a que exprese sentimientos de ansiedad ira o tristeza	Puede lograrse una sensación de bienestar y de seguridad a través de relaciones con los demás que realmente indiquen con el individuo no será lastimado
Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo	Puede darse apoyo o ayuda psicológica a través de actitudes y comportamiento de los otros en la situación
Tratar al individuo con dignidad y respeto	Cualquier persona en una relación necesita y quiere ser tratado con respeto

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	4 actividad y reposo	DOMINIO:	salud funcional (I)	
CLASE:	3 equilibrio de la energía	CLASE:	auto cuidado(D)	
CÓDIGO:	00050	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		auto cuidado :higiene (0305)	030517 mantiene la imagen corporal	1 gravemente comprometido 2 sustancialmente comprometido 3 moderadamente comprometido 4 levemente comprometido 5 no comprometido
Perturbación del campo de energía r/c quimioterapia m/p cambios visuales (imagen y color)				
definición:		PUNTUACION DIANA :MANTENER A: 3 AUMENTAR: 4		
desorganización del flujo de energía que rodea a una persona, lo que ocasiona una falta de armonía del cuerpo, la mente y/o el espíritu				

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico: básico	CLASE: facilitación de los auto cuidados
INTERVENCIÓN: ayuda al auto cuidado 1800	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION
Establecer una rutina de actividades de auto cuidados	Quando se realizan este tipo de actividades varias veces a lo largo del día, el ser humano tiene la habilidad de convertirlas en rutinas.
Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad	Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada	Las características del ambiente físico pueden influenciar directamente en el comportamiento y el bienestar del usuario
Ayudar al paciente a aceptar s las necesidades de dependencia	La actitud del paciente ante la vida, así como el apoyo familiar y social es fundamental para convivir con una enfermedad incurable

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	9 afrontamiento /tolerancia al estrés	DOMINIO:	conocimiento y conducta de salud(IV)	
CLASE:	2 respuestas de afrontamiento	CLASE:	conocimientos sobre la salud (S)	
CÓDIGO:	00152	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)	signos y síntomas de la enfermedad 180306	1 ningún conocimiento 2 conocimiento escaso 3 conocimiento moderado 4 conocimiento sustancial 5 conocimiento extenso
Riesgo de impotencia r/c conocimientos deficientes.				
definición:		PUNTUACIÓN DIANA :MANTENER A: 2 AUMENTAR: 4		
riesgo de presidir una experiencia de falta de control sobre una situación incluyendo la percepción de las propias acciones no afectan significativamente al resultado				

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico complejo	CLASE: educación de los pacientes (S)
INTERVENCIÓN: enseñanza :proceso de la enfermedad	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN
<p>Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad</p> <p>Explicar la fisiopatología de la enfermedad y la relación con la anatomía y fisiología</p> <p>Describir signos y síntomas mas comunes de la enfermedad</p> <p>Identificar cambios físicos en el estado físico del paciente</p> <p>Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas</p> <p>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones</p>	<p>Ayudar a la paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico. La educación de cada paciente debe ser específica, individualizada para su problema particular, y oportuna según el momento de evolución de la enfermedad: la presentación gradual de la realidad de su dolencia y sus consecuencias facilitará el aprendizaje por parte del paciente.</p> <p>Este tema en la actualidad se trata mucho más abiertamente que antes. Es de resaltar la gran responsabilidad de las enfermeras en su prevención, ya que se tiene gran conocimiento del problema y un mayor contacto con el público, en el Hospital y en otros lugares. Es responsabilidad de la enfermera detectar casos clínicos, y debe ser capaz de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aconsejar y dirigir a los pacientes al sitio adecuado. 2) Tener información sobre aquellos estados que predisponen a los individuos al desarrollo de la enfermedad. 3) Educar al público acerca de estos factores, (charlas, coloquios, demostraciones). 4) Sensibilizarse ante las necesidades del paciente, (temor, desconcierto, ansiedad, estrés)..

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	11 seguridad /protección	DOMINIO:	salud fisiológica (II)	
CLASE:	2 lesión física	CLASE:	integridad tisular(L)	
CÓDIGO:	00046	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		curación de la herida ;por primera intención 1102	110201 aproximación cutánea 110213 aproximación de los bordes de la herida 110214 formación de cicatriz	1 ninguno 2 escaso 3 moderado 4 sustancial 5 extenso
Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunitario m/p destrucción de las capas de la piel				
definición:				
alteración de la epidermis o epidermis				
		PUNTUACIÓN DIANA :MANTENER A:	3	AUMENTAR:
				2

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico complejo	CLASE: control de la piel/heridas
INTERVENCIÓN: vigilancia de la piel 3590	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN
<p>Observar si hay enrojecimiento , calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas</p> <p>Valorar el estado de la zona de inserción. Vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>Instruir al miembro de la familia /cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel .</p> <p>Cambio de circuitos y/o curación de catéteres acorde a la normatividad institucional establecida</p>	<p>La piel es el órgano que cubre toda la superficie corporal y al examinarla se deben evaluar Color.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humedad. 2. elasticidad. 3. Temperatura. 4. Lesiones <p>La continuidad de la atención del paciente en el servicio o en su domicilio esta determinados por el tipo de intervención quirúrgica, instrucciones específicas (actividades que pongan en riesgo la herida o la recuperación cuidados a la zona intervenida, dieta, manifestaciones clínicas</p> <p>Mantener en adecuadas condiciones de permeabilidad y asepsia los acceso vascular del paciente, descendiendo y minimizando las incidencias y complicaciones que pudieran aparecer como consecuencia de ser portador de un acceso venoso</p>

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	11 seguridad/protección	DOMINIO:	conocimiento y conducta de salud (4)	
CLASE:	1 infección	CLASE:	control del riesgo y seguridad (T)	
CÓDIGO:	00004	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		control del riesgo 1902	190201 reconoce factores de riesgo 190204 desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas	1 nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 a veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 siempre demostrado
riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel (colocación de catéter)				
definición:		PUNTUACIÓN DIANA :MANTENER A: 2 AUMENTAR: 1		
riesgo de ser invadido por organismos patógenos				

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico complejo	CLASE: control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN: cuidados del catéter central insertado periféricamente	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN
Preparar el sitio de inserción de acuerdo al protocolo del centro	La importancia del lavado de manos y antisepsia en la prevención de infecciones hospitalarias, disminuyendo los casos de muerte. Elevar los niveles de calidad en el cuidado
Conectar del sistema y aspirar para conseguir retorno de sangre	Si se extravasan soluciones o medicamentos irritantes, pueden causar una lesión hística y grave. Los medicamentos más lesivos son los fármacos antineoplásicos llamados vesicantes. Al primer signo de quemazón, dolor o inflamación durante la perfusión de uno de estos fármacos, interrumpir inmediatamente
Fijar el catéter y aplicar vendaje estéril transparente	Proporcionar una fijación del acceso venoso que sea cómoda y segura para el paciente, permitiendo, hacer un seguimiento del estado del punto de punción.
Poner fecha y hora	Colocar el membrete de identificación, con la fecha y hora de colocación, número de catéter y nombre de la enfermera que realizó el procedimiento.
Insertar el catéter de utilizando técnica estéril de acuerdo con las instrucciones del fabricante	Es el procedimiento por medio del cual, se introduce un catéter en una vena periférica, para la administración directa al torrente sanguíneo de fluidos, componentes sanguíneos o medicamentos, que permitan restablecer o conservar el equilibrio hidroelectrolítico y hemodinámico del paciente

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico complejo	CLASE: control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN: cuidados del catéter central insertado periféricamente	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN
Observar signos y síntomas de flebitis	Es el procedimiento por medio del cual, se introduce un catéter en una vena periférica, para la administración directa al torrente sanguíneo de fluidos, componentes sanguíneos o medicamentos, que permitan restablecer o conservar el equilibrio hidroelectrolítico y hemodinámico del paciente

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	riesgo de infección	DOMINIO:	conocimiento y conducta de salud (IV)	
CLASE:	1 infección	CLASE:	conducta de salud (Q)	
CÓDIGO:	00004	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		conducta terapéutica :enfermedad o lesión(1609)	supervisa efectos secundarios del tratamiento 160909 cumple las precauciones recomendadas160901	1 nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 a veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 siempre demostrado
riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas: inmunosupresión (fármacos citotóxicos)				
definición:		PUNTUACIÓN DIANA :MANTENER A: 1 AUMENTAR: 1		
riesgo de ser invadido por organismos patógenos				

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico complejo	CLASE: H control de los fármacos
INTERVENCIÓN: manejo de la quimioterapia	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN
asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios electrolíticos	El agua es esencial para la vida y mantener la hidratación es importante para la salud física y mental. El cuerpo humano está constituido en gran medida por agua.
Seguir las normas recomendada para que la manipulación de fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación y administración de los medicamentos sea segura	Con el fin de trabajar en condiciones asépticas y proteger al trabajador y al ambiente, las preparaciones de agentes citostáticos se realizan en cabinas de seguridad.
Instruir al paciente para que evite comidas calientes y picantes	La primera zona afectada cuando llevamos un alimento caliente en exceso a nuestra boca son las membranas bucales, que se verán más afectadas e inflamadas cuanto más caliente esté el plato degustado. De la misma forma, las papilas gustativas de la lengua también se pueden inflamar o enrojecer.
Monitorizar el estado emocional y el peso	Cuando una persona se siente insegura o amenazada por algo, entonces empieza a generar una necesidad de protección, la persona siente que debe de estar a la defensiva, que tiene que esconderse o protegerse

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico complejo		CLASE: H control de los fármacos	
INTERVENCIÓN: manejo de la quimioterapia			
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN	
<p>Fomentar una buena higiene bucal mediante el uso de dispositivos de limpieza dental, como hilo dental sincera, cepillos dentales sónicos o irrigador de agua según corresponda</p> <p>Instaurar actividades de restablecimientos como uso de saliva artificial estimulantes de la salivación ,aerosoles sin alcohol caramelos sin azúcar y tratamientos con flúor según corresponda</p> <p>Enseñar al paciente a auto examinarse la cavidad bucal incluidos los signos y síntomas que debe de identificar para su identificación dolor quemazón sensibilidad dolorosa</p> <p>Instruir al, paciente sobre a necesidad de seguir un seguimiento dental frecuente por que la caries dental se forma frecuentemente</p> <p>Enseñar al paciente a utilizar la suspensión de nistatina oral para controlar infecciones fúngicas según corresponda</p> <p>Ayudar al paciente a planificar la caída del pelos según corresponda enseñándole alternativas disponibles como pelucas pañuelos sombreros o turbantes .</p> <p>Enseñar al paciente y a la familia a monitorizar la toxicidad de órganos, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado</p> <p>Monitorizar el nivel de fatiga pidiendo al paciente que la describa .</p> <p>Enseñar al paciente y a la familia técnicas para el manejo de la energía según corresponda .</p>		<p>La higiene bucal, ayuda a llevar una vida sana y limpia para poder evitar diversas enfermedades.</p> <p>La boca participa como parte del sistema de protección del cuerpo, pues al masticar fragmenta los alimentos, los mezcla con la saliva, sustancia rica en lipasa lingual, amilasa-alfa salival y mucinas que facilitan la deglución y comienzan con el proceso de digestión de los alimentos, fragmentando los ácidos grasos. La saliva también contiene inmunoglobulina (Ig) A, que es la primera línea de defensa del sistema inmune contra el ataque de virus y bacterias.</p> <p>Al tener una buena higiene bucal se tiene una salud general de toda la cavidad oral, por tanto es importante tomar en cuenta cada uno de los pasos y métodos aplicables para la prevención de las enfermedades y así mantener la salud bucal.</p> <p>Los exámenes de rutina son importantes debido a que la boca puede reflejar signos de algunas enfermedades y condiciones médicas.</p> <p>La nistatina se usa para tratar las infecciones fúngicas en la piel, boca, vagina e intestinos. Los medicamentos fúngicos no tienen ningún efecto sobre los resfríos, la gripe u otras infecciones virales.</p> <p>La autoestima de los pacientes se ve menos afectada si su imagen cambia lo menos posible durante el proceso de su enfermedad</p> <p>Los citostáticos administrados como medicamentos, debido a su mecanismo de acción, resultan por sí mismos carcinógenos, mutágenos y/o tóxicos para la reproducción, porque además de afectar a las células cancerosas, pueden afectar a las células normales sobre todo de tejidos de rápida renovación.</p> <p>La fatiga relacionada con el cáncer es una fatiga crónica, persistente, prolongada, recidivante, y debilitante, lo que la diferencia de la fatiga aguda o cansancio normal, de instauración rápida, corta duración y que se resuelve con el descanso</p> <p>La disminución de la actividad física a la que se ve obligado el paciente debido a su enfermedad provoca un desequilibrio entre reposo y actividad que puede incrementar la sensación de fatiga.</p>	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico complejo		CLASE: H control de los fármacos
INTERVENCIÓN: manejo de la quimioterapia		
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN	
<p>Proporcionar información concreta objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre ,el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento</p> <p>Observar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos derivados del tratamiento</p> <p>Informar al paciente que se espera la caída de cabello</p> <p>Informar al paciente que notifique si hay presencia de fiebre escalofríos epistaxis hematomas excesivos y heces de color negras</p> <p>Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de periodos frecuentes . Distanciar las actividades e imitar las actividades según corresponda</p>	<p>Los citostáticos administrados como medicamentos, debido a su mecanismo de acción, resultan por sí mismos carcinógenos, mutágenos y/o tóxicos para la reproducción, porque además de afectar a las células cancerosas, pueden afectar a las células normales sobre todo de tejidos de rápida renovación. Otras acciones adversas que pueden presentar estos agentes son: alteración corneal, cardiotoxica,</p> <p>La mayor parte de los fármacos disponibles para el tratamiento del cáncer no son específicos para un tipo de tumor, esta in especificidad es las responsable del riesgo citotóxico al que están sometidas las células normales del organismo, provocando la aparición de los efectos secundarios en el paciente con cáncer.</p> <p>La caída del cabello (y del vello) puede suceder en todo el cuerpo, incluida la cabeza, el rostro, los brazos, las piernas, las axilas y el área púbica. El cabello puede caerse por completo, gradualmente o por partes</p> <p>La presencia de patologías concomitantes además del cáncer ó como consecuencia del mismo, pueden agravar la sintomatología del paciente oncológico.</p> <p>La disminución de la actividad física a la que se ve obligado el paciente debido a su enfermedad provoca un desequilibrio entre reposo y actividad que puede incrementar la sensación de fatiga.</p>	

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
DOMINIO:	12 confort
CLASE:	confort físico
CÓDIGO: 00134	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:	
nauseas r/c (tratamiento)fármacos citotoxicos m/p Expresa tener nauseas	
definición:	
sensación subjetiva desagradable en la parte posterior de la garganta y el estomago que puede dar o no dar lugar a vómitos	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	salud percibida (v)	
CLASE:	estado de los síntomas(V)	
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
nivel de malestares 2109	nauseas 210928 ansiedad 210902 tensión facial 210929 inquietud 210914	grave 1 sustancial 2 moderado 3 leve 4 ninguno 5
PUNTUACION DIANA :MANTENER A: 3 AUMENTAR: 5		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico básico	CLASE: E fomento a la comodidad física
INTERVENCIÓN: manejo de las nauseas 1450	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION:
Realizar una valoración completa de las nauseas , incluyendo la frecuencia la duración, la intensidad y los factores desencadenantes	La nausea es una sensación física en la que hay un malestar gástrico, repulsión hacia la comida y sensación de vomito inminente
Identificar factores que puedan causar contribuir a las nauseas	Puede haber nauseas por la estimulación mecánica de la faringe o de la ovula e incluso puede producir vomito
Asegurase que se administren antieméticos eficaces para evitar las nauseas siempre que haya sido posible	Los antieméticos actúan por medio de una gran variedad de mecanismos y pertenecen a clases distintas de medicamentos.
Administrar alimentos fríos líquidos transparentes, sin olor y sin color según sea conveniente	Los líquidos claros son mucho más fáciles de digerir que otros alimentos, por lo cual no causan tanto daño al estómago.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA(NOC)		
DOMINIO:	11 seguridad /protección	DOMINIO:	salud fisiológica (II)	
CLASE:	2 lesión física	CLASE:	integridad tisular(L)	
CÓDIGO:	00046	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		Curación de la herida :por primera intención 1102	110201 Aproximación cutánea 110213 Aproximación de los bordes de la herida 110214 formación de cicatriz	1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancial 5 Extenso
Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunitario m/p destrucción de las capas de la piel				
definición:				
Alteración de la epidermis o epidermis				
		PUNTUACIÓN DIANA :MANTENER A:	2	AUMENTAR:
				1

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)

CAMPO: fisiológico complejo	CLASE: control de la piel/heridas
INTERVENCIÓN: vigilancia de la piel 3590	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN
<p>Observar si hay enrojecimiento , calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas</p> <p>Valorar el estado de la zona de inserción. vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>Instruir al miembro de la familia /cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel .</p> <p>Cambio de circuitos y/o curación de catéteres acorde a la normatividad institucional establecida</p>	<p>La pigmentación anormal de la piel y de las membranas mucosas puede ser causada por: un aporte sanguíneo inadecuado</p> <p>El estado de la piel y de las membranas mucosas debe evaluarse en base a : cualquier medicamento en el paciente que esta usando o empleado ya sea por vía parenteral</p> <p>Los signos y síntomas de la respuesta inflamatoria del organismo hacia una lesión son rubor calor edema dolor y perdida de la función</p>

CONCLUSIONES

La meta de cualquier profesión es mejorar la práctica de sus miembros y para enfermería brindar servicios a la persona con mayor eficacia (aumentar la imagen, fomentando el compromiso y la responsabilidad hacia las personas integrándolos como seres biopsicosociales); por eso, como profesionales de enfermería debemos preocuparnos por adquirir o tener una mejor preparación para corregir casi todas las deficiencias, a fin de estar a la altura de las necesidades y así visualizar las alteraciones de la persona, familia o comunidad para poder brindar una atención de excelencia.

Sin duda, una de las satisfacciones del personal de enfermería es la adquisición de experiencias que se obtienen a lo largo de la profesión y de la práctica día a día donde siempre mis profesores, jefas de servicio, personal operativo entre otros realizaron mi formación adquiriendo valores entre ellos el respeto tanto a mi persona a los que me rodean y a mis pacientes, la igualdad entre cada uno de ellos, la honestidad ante mí y la tolerancia ante situaciones.

Cabe mencionar que esta patología tomada es una diferente a todas pues en ocasiones nuestros esfuerzos para preservar la vida no nos arrojan los resultados que pretendemos encontrar pues no solamente es dar cuidados enfermeros si no que también involucráramos con el paciente en sus diferentes esferas ser el paciente para entenderlo y saber que acción debemos tomar .

Continuar brindando una atención integral al paciente oncológico logrando cubrir todas y cada una de sus necesidades durante la estancia hospitalaria a fin de llegar a su mejoría de igual forma brindar una educación al paciente y familiar en cuanto al tratamiento de la quimioterapia.

Me gustaría que este tema se profundicen mas darle seguimiento a este proceso participar concientizar al personal sanitario sobre ellos así mismo prevenir dando sesiones a la población masculina de autoexploración prevención de el cáncer no solo de este tipo si no de todos los tipos por que una buena prevención no solo es en el hospital o centro de salud si no comienza en la casa.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.html.
2. Diario Oficial de la Federación: NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para La Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 13 de agosto de 2012. Apartado 4.6 – 4.7. [Fecha de Consulta, 02-06-2015]. Disponible:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
3. Virginia Henderson. 1971. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. 1ª Edición. Suiza.
4. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
5. Thomas Kuhn: Portal mi+d “Un Lugar para la Ciencia y la Tecnología” (Sitio Web) La Filosofía de la Ciencia de Las teorías como Estructuras Paradigmáticas. Mayo 2007. [Fecha de Consulta, 05-06-2015]. Disponible en :
<http://www.madrimasd.org/blogs/universo/2007/05/19/65903>
6. Orem, D. Modelo de Orem. 1993 Conceptos de Enfermería en la práctica. Masson Salvat. Barcelona
7. TazonAnsola, M., García Campayo, J., AsequinolazaChopitea L. 2010. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería;
8. Andrades Barrientos L., Valenzuela, Suazo S: Rev Latino-am Enfermera Factores asociados a calidad de vida de enfermeras. Rev Latino-am Enferma en 2013. [Fecha de Consulta, 09-06-2015]. Disponible en:
www.eerp.usp.br/rlae.
9. Moran A. V. Mendoza R.A. 2010 Proceso de Enfermería .Edith TRILLAS.3 era edición.
10. <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=61914>
11. Virginia Henderson 1971. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. 1ª Edición. Suiza.

12. Nanda internacional nursingdiagnoses :definitionsclasificacin 2012-2014, firstedition .Editedbyt. Heatherherdman.editorial :elsevierEspaña,s.i reservados todos los derechos
13. <http://www.spps.gob.mx/noticias/1445-5-tipos-cancer-mas-afectan-mexicanos.html>
14. <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/104/Sistema%20reproductor%20masculino.pdf?1358605633>
15. principios de anatomía y fisiología Gerard J. tortora, Bryan Derrickson 11° Edicion editorial medica panamericana
16. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002323-pdf.pdf>
17. <http://uroweb.org/wp-content/uploads/06-GUIA-CLINICA-SOBRE-EL-CANCER-DE-TESTICULO.pdf>
18. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/184_GPC_TUMOR_MALIGNO_DE_TESTICULO/Grr_cancertesticulo.pdf