



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

TITULO

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA ADULTO JOVEN, CON
CÁNCER DE LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO, CON EL ENFOQUE DE
LA FILOSOFÍA CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.**

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

PRESENTA
CUAUHTÉMOC JUÁREZ QUINTERO.

ASESOR ACADÉMICO:
LIC. ENF. FCO. ROGELIO RODRÍGUEZ DÍAZ



□ 2017
CD.MX.



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.

AGRADECIMIENTOS.

Primeramente a Dios por darme la oportunidad día a día de estar superándome cada instante para realizar mi profesión de la mejor manera.

Al Instituto Nacional de Cancerología por haber sido participe en mi crecimiento profesional ya que es una institución muy dedicada a sus labores y nos brindó la oportunidad de aprender por qué la importancia del tratamiento y el cuidado del paciente oncológico.

Al Lic. Enf. Francisco Rogelio Rodríguez por su apoyo y asesoría en la estructura de este proyecto.

DEDICATORIA.

La concepción de este proyecto está dedicada a **Dios**, a mi **madre Ana María Quintero Saláis**, a mis **abuelos Carmen Saláis Covarrubias (†) y José de Jesús Quintero Guzmán (†)**. **A Dios** porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi madre, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. A mis abuelos que en vida me demostraron e inculcaron a siempre culminar cada uno de los proyectos que iniciaba tratando de ser alguien en la vida y cumplir con mi trabajo de la mejor manera y de ser siempre el mejor.

También dedico este proyecto a mi **esposa Claudia Chávez Pacheco** quien es, fue y será mi compañera inseparable de cada jornada. Ella representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio.

A mis enanos **Daniela y Osvaldo** al igual que a mis suegros **Hilda Pacheco y Bernardo Chávez** quienes tuvieron la paciencia para aguantarnos cada momento que los olvidamos al no brindarles tiempo la culminación del proyecto.

A ellos dedico este proyecto, que sin ellos, no hubiese podido ser. Los amo.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	5
2.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	8
2.1 General	
2.2 Especifico	
3.- FUNDAMENTACIÓN	9
4.- MARCO CONCEPTUAL	10
4.1 Conceptualización de enfermería	
4.2 Paradigmas	14
4.3 Teoría de enfermería (Virginia Henderson)	19
4.4 Teoría de otras disciplinas	28
4.5 Proceso de atención de enfermería	30
4.6 Tipos de valoraciones de enfermería	33
5.- MARCO REFERENCIAL	39
5.1 Anatomía de la cavidad abdominal	
5.2 Signos y síntomas	
5.3 Tratamiento	
6.- METODOLOGÍA	45
6.1 Selección del caso y fuentes de información	46
6.2 Consideraciones éticas	46
6.3 Código de ética	46
6.4 Código internacional de enfermería	47
6.5 Declaración de principios	48
6.6 Consentimiento informado	49
6.7 Carta de los derechos de los pacientes	51
7.- PRESENTACIÓN DEL CASO	53
7.1 Antecedentes generales de la persona	
7.2 Descripción del caso	
8.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	55
8.1 Valoración por necesidades	
8.2 Planes de cuidados de enfermería	58
9.- CONCLUSIONES	65
10.- BIBLIOGRAFÍA	66
11.- ANEXOS	68
12.- PLAN DE ALTA	69
13.- VALORACION EXHAUSTIVA	71

1. INTRODUCCIÓN.

El proceso de atención es una parte imprescindible de los cuidados de enfermería, insertos en el plan de cuidados de manera que es de suma importancia la preparación de quién los da, cómo y dónde se dan. Según Rosalinda Alfaro (2003), define el proceso de atención de enfermería como un "método sistemático y organizado que brinda cuidados de enfermería individualizados, de acuerdo con el concepto básico de que cada persona responde de forma diferente ante una situación real o potencial de salud". Es por tanto, "un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza con un orden específico y con la finalidad de asegurar que la persona recibe atención de calidad".

Ahora bien la práctica de la enfermería oncológica es definida como la prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes al individuo, familia o comunidad y su función en el proceso multidisciplinar, abarcando desde la administración segura de la terapia antineoplásica y de soporte, al cuidado integral de la persona.

Las enfermeras/os oncológicas tenemos la responsabilidad de desarrollar esta práctica a través de un conocimiento que promueva el dominio de la comunicación, capacidad de empatía, honestidad y coherencia, evitando emitir juicios de valor y transmitir y alimentar la esperanza como cualidades que sustenten la interrelación profesional durante todo el proceso. Es así como identificaremos las necesidades de los enfermos con cáncer consultando con ellos y respetando sus elecciones, pues es la manera más efectiva de garantizar una atención de calidad y de preservar la autonomía del individuo.

Por lo que a través del presente estudio de caso se desarrollan funciones de cuidados, asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual de la persona. Este estudio de caso se realiza en el Instituto Nacional de Cancerología. México (INCan) en el área de cirugía 2º piso de hospitalización, a una persona adulta joven con diagnóstico de liposarcoma bien diferenciado y en el cual se aplicó una valoración de enfermería basada en la filosofía conceptual de Virginia Henderson y las 14 necesidades.

El sarcoma es un grupo heterogéneo de tumores muy raros que en su mayoría se originan de tejidos derivados del mesodermo embrionario.

Entre ellos figuran los sarcomas óseos (osteosarcoma y condrosarcomas), sarcomas de Ewing, tumores neuroectodérmicos primitivos periféricos y sarcomas de tejidos blandos.

Los sarcomas de tejidos blandos (STB) son neoplasias inusuales, calculándose una incidencia de 2.4 casos/100,000 habitantes en hombres, y 1.6 casos/100,000 habitantes en mujeres, por año.

Entre los adultos, alcanzan un pico de incidencia entre los 50 y 60 años de edad, y exhiben una tasa de mortalidad a 5 años de 50% a 60%, la cual representa al 1.1% de toda la mortalidad por cáncer. En México, la información sobre la casuística de STB es más bien pobre. El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM 2003) nos habla de una tasa de incidencia del 1.64% y de una mortalidad de ~0.6%. En un reciente estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Cancerología de México, así como en los reportes del Hospital General de México, los datos son muy similares a los del RHNM-2003.

Se han descrito más de 50 tipos histopatológicos de tejidos blandos, pero las más frecuentes son histiocitoma fibroso maligno (28%), leiomioma (12%), liposarcoma (15%), sarcoma sinovial (5%), tumor maligno de la vaina nerviosa periférica (6%) y el rhabdomioma, que es el tumor más frecuente en niños.

El liposarcoma es un tumor producido mayormente por células de grasa que también podría tener otros tipos de células como las que se encuentran en los huesos, cartílagos, y otros tejidos, comúnmente se encuentra en las piernas y muslos. Estos tumores de igual forma podrían encontrarse en el Retroperitoneo (RP) (espacio detrás de sus órganos abdominales), brazos, pecho, y cuello. El liposarcoma raramente crece en otras áreas del cuerpo.

El liposarcoma representa el 40-50% de este tipo de cáncer y es la patología que afecta a la persona, de la cual se está llevando a cabo este estudio de caso. Se presenta habitualmente en adultos de edad media-avanzada (máxima incidencia en la 6.ª década de la vida) y sin diferencias sexuales. Por orden de frecuencia, las localizaciones preferenciales son: extremidades (70%) –especialmente el muslo–, RP (20%), área testicular y mediastino (10%), excepcionalmente se han descrito casos en órganos (mama y laringe) y tejidos superficiales, incluida la piel, en las extremidades, generalmente se manifiestan como masas no dolorosas de crecimiento lento que se hacen particularmente visibles durante la contracción muscular, en el RP suelen pasar desapercibidos hasta llegar a alcanzar grandes dimensiones (>20 cm) o bien causar síntomas compresivos o distensión abdominal, en el cordón espermático se presentan como hernias inguinales.¹

Este estudio de caso se realiza a una persona con diagnóstico de liposarcoma bien diferenciado. El marco conceptual hace referencia de los diversos conceptos de enfermería que tenían las diferentes teóricas. Así mismo habla de los paradigmas y sus diferentes representantes, el proceso de enfermería y sus tipos de valoraciones.

Dentro del marco referencial se toma en cuenta la anatomía y fisiopatología del liposarcoma, así como sus signos y síntomas y el tratamiento.

¹ Granados, G, Martín Herrera, G, A. (2010) Manual De Oncología Procedimientos Médicos Quirúrgicos. (4ª edición) Edit. Mc. Graw Hill México.: pág. 931,932.

Tomando como referencia la metodología se describirá la selección del caso e información del mismo, las consideraciones éticas, la declaración de principios y la carta de los derechos de los pacientes.

En el caso clínico, la valoración de enfermería que se realizó en base a las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson, las cuales describen los diagnósticos de enfermería y las posibles intervenciones a realizar para mantener en equilibrio las necesidades de la persona.

Se realiza una conclusión del caso clínico y se anexa la bibliografía de investigación, así como los anexos que complementan este caso.

2. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo general.

Asignar un plan de atención de enfermería que a través de la identificación y tratamiento de respuestas humanas sobre problemas de salud, reales, potenciales y de bienestar, permita promover, mantener y recuperar la independencia sobre el estado de salud actual en un adulto joven con cáncer de liposarcoma bien diferenciado recurrente, aplicando la filosofía conceptual de Virginia Henderson.

2.2 Objetivos específicos.

- Emplear la filosofía conceptual de Virginia Henderson, a través de la aplicación de un instrumento de valoración que permita identificar necesidades humanas alteradas sobre problemas de salud, reales, potenciales y de bienestar.
- Jerarquizar las necesidades alteradas y formular diagnósticos de enfermería que permitan planificar intervenciones especializadas, donde la persona y los miembros de la familia, participen en la promoción, mantenimiento y recuperación del estado de salud.
- Ejecutar un plan de cuidados que ayude a potenciar en la persona al máximo sus capacidades de salud para alcanzar su independencia, al mismo tiempo realizar la evaluación del mismo para medir el logro de los objetivos y la finalización o modificación del plan.

3. FUNDAMENTACIÓN.

Se realizó una revisión exhaustiva de diferentes fuentes de información como libros, revistas, medios electrónicos y páginas web, en la búsqueda de estudios de caso que permitieran sustentar esta información, sin embargo no existen en la actualidad artículos o planes de cuidados de enfermería dedicados al cuidado de las personas que cursan con esta enfermedad.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de la enfermería.

La enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de las tareas y técnicas (subordinadas a la medicina) como un ser amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida, y más recientemente como una disciplina del área de salud y el comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.

Mucho se ha discutido y escrito sobre la conceptualización de enfermería y su definición. Algunos han llegado a definirla por sus acciones o por el área de especialidad, es decir por lo que se hace. Este tipo de definiciones son confusas como guía orientadora para la disciplina y la práctica porque enfermería ha llegado a ejecutar un sinfín de acciones profesionales y no profesionales adicionales y colaterales. Otros la definen de acuerdo con lo que creen debería ser. Esta forma de conceptualización es la que ha adoptado algunas teóricas y según la experiencia pueden llevar a cierto grado de confusión y desconcierto cuando se discuten sin el suficiente conocimiento y dominio de su significado e implicaciones. Otros simplemente no la definen, lo que hace mucho más incierta y difícil su ubicación dentro del concierto de los profesionales de la salud (Fuller, 1978).²

Después de Florencia Nightingale quien primero definió enfermería y la diferenció como profesión independiente de la medicina, así mismo enfermería duro casi setenta años en el oscurantismo conceptual. Durante este periodo su definición se transformó en algo metafórico asimilado a la imagen de la maternidad que se caracteriza por acciones tales como nutrir, cuidar, consolar, reconfortar, otras formas maternas de comportamiento que influyen en la imagen misma de la enfermera y su forma de actuar y pensar; al mismo tiempo que en la manera como la sociedad percibe y deduce cual debe ser el comportamiento de enfermería. En la actualidad se mencionan algunas de las definiciones emitidas por diversas teóricas he aquí algunas de estas:

Martha E. Rogers.

La enfermería es una profesión aprendida, y se considera tanto como una ciencia como un arte. Por una parte, es una ciencia empírica y, como otras disciplinas de su clase, basa su desarrollo en el estudio de los fenómenos de su interés.

Dorothy E. Johnson.

La enfermería es una fuerza externa que actúa para preservar la organización de la conducta del paciente cuando este se siente sometido a estrés.

² Balan G. C, Franco O. M. Antología (2011) Teorías y Modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina de Enfermería" Editorial UNAM ENEO, 2ª Edición México DF, pág. 7,8.

Imogene King.

La enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción por el cual la enfermera y el paciente comparten informaciones sobre sus maneras de percibir las situaciones propias de la enfermería.³

Ciencia en enfermería.

La respuesta de cuáles son los tipos de conocimiento esenciales y sustantivos es una de las tareas más importantes a deducir en la explicación de enfermería como ciencia. La ciencia es vista como una actividad o como una actividad crítica, sistemática, controlada, y empírica que resulta en generar y testear teorías. No obstante, el término ciencia de enfermería no ha sido fácil de asimilar en muchas enfermeras/os, ya sea por la dificultad desde las definiciones de enfermería o porque las definiciones de ciencia han sido realizadas entre dos posiciones, ya sea como científica y/o como humanista. Dado esto, es importante exponer qué se entiende por el concepto y definición de enfermería y, posteriormente qué es ciencia.

De los tiempos de Nightingale (1820-1910), en su libro notas enfermería asumía el tomar cargo de la salud de la persona o individuo y situarlo “lo mejor posible”, y permitir que la naturaleza actúe. Esta descripción sirvió para clarificar el concepto de salud y ambiente, dos conceptos centrales en enfermería. Posteriormente, otras definiciones fueron hechas; asociando el único rol de enfermería y pacientes con el rol del cuidado, y cuando los pacientes no son capaces de cuidarse por sí mismos debido a problemas de salud, las enfermeras proporcionan ese cuidado.

La enfermería es una ciencia y un arte, tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y el bienestar del paciente. La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de las personas y no solo el proceso médico diagnosticado en el paciente, por ende se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno.

La ciencia se encuentra estrechamente ligada a la sociedad y es en ella que aparece el arte como actividad social que refleja los fenómenos estéticos que se encargan de expresar lo que hay de bello, de armónico en la naturaleza y en la sociedad.

Por tanto, ciencia, en su acepción original y más general, equivale a toda clase de saber. Sin embargo, históricamente ciencia vino a significar de modo más preciso, un conjunto de conocimientos sistematizados sobre una materia. Esta noción coincide con lo que hoy entendemos por disciplina y así, en este sentido, se puede

³ Téllez O Bernal. (2003). Teorías y modelos. “para la atención de enfermería”. Editorial Mc Gran Hill 2ª Edición. México D.F. pág. 203,217, 257.

decir que en la edad media, las ciencias o disciplinas por antonomasia fueron la filosofía y la teología.

Con el desarrollo del saber experimental y la insistencia en el método inductivo, el concepto de ciencia ha quedado reservado para el conocimiento teórico, inductivo y sistemático sobre la realidad, derivado de la observación y experimentación metódica.

La ciencia se puede definir, pues en sentido estricto como un conjunto de conocimiento sobre la realidad observable, obtenido mediante el método científico. El conocimiento científico es, por definición, el resultado de la investigación realizada con el método y el objetivo de la ciencia. Bunge, 1972).

La ciencia entendida así, como resultado, es producto de un complejo y dilatado proceso o conjunto de actuaciones muy elaboradas, que se engloban normalmente bajo la rúbrica del término de investigación científica, como se deriva de la definición de Bunge antes transcrita, y que, de hecho, constituye la ciencia considerada como actividad. Por ello se puede aplicar para definir la ciencia en este sentido la misma definición de investigación científica, como proceso de aplicación del método y técnicas científicas, a situaciones y problemas concretos en el área de la realidad observable para buscar respuestas a ellos y obtener nuevos conocimientos.

En comparación con otras ciencias en fase de desarrollo, la enfermería se halla en las primeras etapas de la evolución científica. Hasta las postrimerías de la década de 1950, la utilización del término ciencia de la enfermería en la bibliografía especializada era bastante poco frecuente. Entonces se generalizó la idea de que la base de conocimientos para el ejercicio de la enfermería era “inadecuada e incompleta” y que el desarrollo de una base científica para la práctica profesional en este campo era una prioridad de máxima importancia.

Actualmente, la ciencia de enfermería se encuentra avocada en buscar las diferencias en las conceptualizaciones sobre qué es y no es. en una indagación de su significado en que revisó la producción de las principales teoristas, y de los resultados empíricos del uso de ciencia y la relación con definiciones de ellas, se pesquisó una clara dificultad en sus definiciones y su uso en la investigación .por ejemplo, una de ellas dice que “la ciencia de enfermería es un cuerpo de conocimientos discreto e identificable que comprende paradigmas, marcos conceptuales y teorías... esta estructura se cubre por los paradigmas de la totalidad y simultaneidad. Estos paradigmas compiten mutuamente con perspectivas exclusivas de la interrelación de universo humano, salud, y del fenómeno central de enfermería”. Otro autor menciona que “la ciencia de enfermería es el conocimiento sustantivo, abstracto descrito del único fenómeno de enfermería que le concierne, la naturaleza integral de los seres humanos unitarios y sus ambientes. La creación de este conocimiento ocurre a través de la síntesis así como de los modos de indagación cuantitativo y cualitativo...” la ciencia de enfermería basada en la práctica es el uso del conocimiento de

enfermería imaginativo y creativo para promocionar la salud y el bienestar de toda la gente.

La disciplina de enfermería requiere de conocimientos y métodos además de la ciencia de enfermería, pero la ciencia de enfermería es la esencia de enfermería como disciplina académica, sin ella, no habría enfermería, sólo cuidados...”como una ciencia, la riqueza de la enfermería se manifiesta en la disponibilidad de las más relevantes filosofías y teorías que proporcionan la guía para la práctica y de un creciente cuerpo de la literatura que describe la teoría de enfermería basada en la práctica. En otras palabras, el concepto y determinación de qué es ciencia de enfermería sigue en elaboración, y se puede sintetizar que es el conocimiento creado delimitado en la disciplina, valorado y aplicado por enfermeras para producir un beneficio en la práctica, que resuelva las preguntas relevantes de la práctica, y que guíe la investigación en el campo propio de los cuidados de enfermería y de salud de las personas, familias y comunidades.

Las ciencias se benefician de la filosofía esencialmente porque la filosofía rige sus métodos a través de la lógica y la ética. Si bien es cierto que existen diferencias entre los fines específicos de la filosofía y los de las distintas ciencias, ambos comparten la meta de incrementar los conocimientos de la humanidad. (Silva 1977).

El concepto y determinación de qué es ciencia de enfermería sigue en elaboración, y se puede sintetizar que es el conocimiento creado y delimitado en la disciplina, valorado y aplicado por enfermeras para producir un beneficio en la práctica, que resuelva las preguntas relevantes de la práctica, y que guíe la investigación en el campo propio de los cuidados de enfermería y de salud de las personas, familias y comunidades.

Enfermería es a su vez una disciplina y una profesión, como profesión toma parte de los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos.

La disciplina de enfermería ha surgido desde la perspectiva que enfatiza el manejo del cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesual, enfocada desde el espectro de las respuestas humanas hacia los problemas reales y potenciales de salud.⁴

⁴ Urra. M .Eugenia. (2009), Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Ciencs. Enferm. [Revista de internet]. 2009 recuperado. "23 de Noviembre 2011". Disponible en <http://www.Cielo.cl/cielo.php?escript=sciarttext&pid=so717>.

4.2 Paradigmas.

Las corrientes de pensamiento o maneras de comprender el mundo, han sido llamadas **paradigmas** (Kuhn, Capra, Sime, Newman, Corcoran-Perry, los principales representantes).

Existen tres paradigmas: el de la categorización, el de la integración y el de la transformación. Estos paradigmas desarrollan cuatro orientaciones generales sobre la disciplina enfermera y que van dirigidas al ámbito de la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura al mundo. Estas orientaciones se elaboran en relación a cuatro conceptos: **persona, entorno, salud/enfermedad.**

1.- Paradigma de la categorización:

Un cambio en un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. Así los elementos y las manifestaciones conservan entre si las condiciones lineales y causales. Bajo el ángulo de este paradigma y el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicando en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo el aislamiento diferenciado de las bacterias ha permitido clasificar y asociar estas bacterias a los signos y síntomas de la enfermedad en el ser humano. Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles. Pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones centradas en la salud pública que se interesan tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde se logra una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública.

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y el control de las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad del siglo XIX, la mayoría de la población no sabe nada acerca de infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad e ignoran la precaución mal elemental. Son las motivaciones espirituales y humanistas las que influyen profundamente los cuidados enfermeros.

Ahora bien, Florencia Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares. Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de

higiene más elementales. Instruida en matemáticas recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y tasas de mortalidad

Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Estas ideas guían a Nightingale hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes y está dispuesta a dar a las enfermeras una formación basada tanto en el mantenimiento y recuperación de la salud, la prevención de las infecciones y heridas, así como en el control del entorno, como en la promoción de la salud.

Según Florencia Nightingale, son las personas que han recibido una formación de enfermera las que deben administrar los cuidados. Solo las enfermeras, que son clínicas excelentes y que comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados tienen la competencia de cumplir con este trabajo.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Orientación hacia la enfermedad.

En él se habla de que los cuidados enfermeros en el ámbito de la salud pública, están basados en la compasión pero también en la observación, tan o más importante, y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas (Nightingale f., 1859-1969).

Así pues hay que proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. Este punto de vista es muy interesante ya que hoy en día es evidente que por sí solas, las personas no se rehabilitan, pero hablamos del siglo XVIII-XIX en que, las creencias y la opinión mayoritaria influían mucho. Se creía en la recuperación de la salud sin la intervención humana sobre el enfermo sin ningún tipo de implicación, sobre todo emocional. No obstante los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.

Desde el punto de vista de este paradigma y como también Nightingale opina, la persona es considerada según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual. Pero cada parte es independiente de la otra (en realidad sabemos que el cuerpo humano es un conjunto de muchos componentes directa o indirectamente relacionados). Para ella el entorno también condiciona la salud, pero en parte, de las personas. Mientras que del cuidado se piensa que es un arte

y una ciencia y que requiere una formación formal y que va dirigido a personas con problemas, déficits o incapacidades.

Tener salud es sinónimo de no tener enfermedad, es decir su ausencia. Pero no solo eso sino que la enfermedad se reducen a una causa única y se dejan de lado los demás factores relacionados con la enfermedad. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. En lo que concierne al entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. En general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado. Por ejemplo, las técnicas de asepsia van dirigidas a controlar los microorganismos nocivos para el ser humano.

2.- Paradigma de la integración:

Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona y este se sitúa entre 1950 y 1975. Esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación.

Esta orientación hace referencia a que el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (meléis, 1991). Intervenir significa <<actuar con>> la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

En la medida que la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Según esta perspectiva, la persona puede influenciar los factores preponderantes de salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para poder obtener una salud y un bienestar óptimos.

Según esta orientación a la persona, salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud. Por otra parte, la salud es menos satisfactoria cuando hay enfermedad o cuando muy pocos de los elementos que constituyen la salud están presentes.

El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. Estas interacciones son circulares. Por ejemplo, la limpieza en una casa y el apoyo familiar pueden constituir un entorno positivo que favorece el desarrollo de un niño. Igualmente un niño nacido en un medio donde reina la suciedad o la violencia creara entornos que dependerán de sus reacciones de adaptación.

La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este período, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera. Han elaborado concepciones diferentes del modelo biomédico, según el cual se considera a la persona como una entidad divisible en sus sistemas biológicos independientes los unos de los otros (Rogers, 1992).

Siguiendo la evolución de disciplinas afines e inspirándose en los modelos conceptuales propios de la disciplina, la enfermera modifica su lenguaje y su actitud: el paciente se vuelve el cliente de quien se espera una colaboración en el tratamiento. Además, el hecho de adoptar un proceso sistemático (recogida de datos clínicos, análisis e interpretación de estos datos, intervención de la enfermera y evaluación) basado en un modelo conceptual, transforma la actividad de la enfermera, que, desde entonces, centra su interés hacia el ser humano considerado como un todo integrado en su contexto.

3.- Paradigma de la transformación:

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de la interacción.

De igual forma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera (Newman, 1983; Parse, 1981; Rogers, 1970; Watson, 1985; 1988).

Apertura hacia el mundo.

De amplitud internacional, esta apertura hacia el mundo tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70. Quedo marcada por los siguientes hechos: se abren las fronteras, al principio en los aspectos culturales, después en la economía y finalmente en la política: la cultura occidental influye sobre la cultura oriental y viceversa; grandes movimientos de población y de dinero transforman, a la vez, la composición étnica original de un país y los mercados económicos (Huffman-Splane, 1984); las comunicaciones se intensifican y dan lugar a una proliferación de experiencias (Ferguson, 1981).

Es desde esta perspectiva que en 1978 la conferencia internacional sobre los cuidados de salud primarios destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), autora de la declaración de Alma-Ata, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS (1978) propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en que <<los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas>>. La población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de salud.

La persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es inseparable de su universo (Martin, 1984). La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella. La salud es concebida como una experiencia que engloba la unidad del ser humano-entorno. La salud es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de la enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud <<se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular>>.

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver a la persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable. Intervenir significa <<estar con>> la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado. En una atmosfera de mutuo respeto, la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

La persona es así un todo inseparable, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella: la una y el otro generan las situaciones en que se encuentran. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La salud, por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

Para concluir, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.⁵

4.3 Teoría de enfermería.

Virginia Henderson.

Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación propia de la enfermería. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse lo que debería hacer la enfermera que no pudiera hacer otro profesional de la salud. El modelo absolutamente basado en la estructura médica de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara de cual eran sus funciones y sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se establece en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing* en el que define la función principal de la enfermera en la siguiente forma.

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza conocimiento o voluntad necesaria “todo ello que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.”

Fuentes teóricas.

Tres factores la llevaron a realizar su propia definición de enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Bertha Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del comité de la conferencia regional de la National Nursing Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio

⁵ Balan C, Franco M. Op cit pág. 6

interés en el resultado de cinco años de investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

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

Tendencia y modelo.

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

Principales conceptos y definiciones.

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

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

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

Supuestos principales.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología

como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

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

Virginia Henderson, desde una fisiología humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales en este sentido buscan y tratan de lograr su independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades en forma continua, con el fin de mantener un estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifico como:

Fuentes 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 motiva.

La independencia.

Puede ser definido como la capacidad de las personas para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, lleva a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La dependencia.

Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no

resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

A partir de estas definiciones, se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

Salud.

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

Entorno.

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

Persona (paciente).

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.⁶

Las afirmaciones teóricas son relación enfermera – paciente y se establecen tres niveles:

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

Relación enfermera – médico:

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

⁶ Fernández C, Nobel M. (1193) proceso atención de enfermería "estudio de casos". Editorial Elsevier 1ra Edición. Barcelona pág. 4-7.

Relación enfermera – equipo de salud:

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

Metodológico.

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

Virginia Henderson no adoptó afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrolló una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrolló un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señaló que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor aunado a esto es inspirada por el Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductistas miden los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia). También se podría decir que es Biologista ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano.

Henderson planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición. Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera hace hincapié en que esta debe tener preparación en el área de la biología y en sociología. Aquí podemos evidenciar la puesta en práctica de uno de los fundamentos de Taylor como es el fomento de la especialidad, los hospitales de la época tenían como orientación el aumento de la productividad y este se medía a través de la atención al paciente.

Su definición se ubica en el modelo de las necesidades humanas y en la tendencia de suplencia y ayuda, por tal motivo es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, la se ubicaría desde el punto de vista filosófico en la filosofía existencialista, ya que Henderson estudia al ser desde el punto de vista del cuidado, este fomenta la independencia del paciente.

El concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas, su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería.⁷

Hay factores que influyen en la satisfacción de las necesidades. Estos factores son por una parte biofisiológicos que hacen referencia a las condiciones genéticas de las personas, los psicosociales se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, etc. y finalmente los socioculturales se refieren al entorno físico de la persona. Por lo que al valorar las diferentes necesidades debemos tomar en cuenta los siguientes criterios:

1.- Necesidad de oxigenación.

- **Biofisiológicos:** Edad, alineación corporal, talla corporal, nutrición e hidratación, sueño, reposo, ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de red vascular (arterial y venosa).
- **psicológicos:** Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría etc.) ansiedad/estrés, inquietud irritabilidad, etc.
- **socioculturales:** Influencia familiar y sociales (hábitos y aprendizaje tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico próximo (trabajo casa, habitación hospitalización), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima contaminación ambiental).

2.- Necesidad de nutrición e hidratación.

- **Biofisiológicos:** Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- **Psicológicos:** emociones, sentimientos y pensamiento respeto a la comida /bebida
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes) status socioeconómicos, entorno físico próximo (casa comedor olores), entorno físico ajeno (clima temperatura), religión, trabajo (horarios tiempo disponible, tiempo entre comidas, comer solo o acompañado).

3.- Necesidad de eliminación.

- **Biofisiológicos:** Edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.
- **Psicológicos:** Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.
- **Sociocultural:** Organización social (servicios públicos, cumplimiento de normas de salubridad), estilo de vida, entorno adecuado, influencia familiar y sociales (hábitos aprendizaje, aspectos culturales condicionamiento), clima.

⁷ Ann Marriner Tomey, Martha Ruile Alligood; (1999) "Modelos y Teorías de Enfermería". Editorial, Harcourt Brace, 4ta edición, España, pág. 99-100.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

- **Biofisiológicos:** Constitución y capacidad física (nivel de energía individual; edad, crecimiento y desarrollo físico).
- **psicológicos:** Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- **socioculturales:** Influencia familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, raza, valores, creencias y costumbres, rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad, ejercicio hábitos de ocio/trabajo entorno físico, entorno físico próximo (temperatura, movilidad, barreras ambientales).

5.- Necesidad de descanso y sueño.

- **Biofisiológicos:** Edad, ejercicio, alimentación/hidratación.
- **Psicológicos:** Estados emocionales, ansiedad, estrés estado de ánimo, (características del sueño de la persona).
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales (hábitos aprendizajes familiares, normas sociales, prácticas culturales siestas), trabajo o entorno próximo (iluminación, ruidos, colores, mobiliario) entorno lejano (clima, altitud, temperatura) creencias, valores, estilo de vida (horarios de trabajo).

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

- **Biofisiológicos:** Edad desarrollo psicomotor, talla corporal y tipo de actividad.
- **Psicológica:** Emociones (alegría, tristeza, ira) personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.
- **Socioculturales:** Influencia familiar (hábitos, aprendizaje), status social trabajo, cultura (moda, pertenencia a un determinado grupo social, actitud de reserva y pudor) creencias (uso de color negro para expresar el duelo) religión significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura del hábitat). entorno lejano (clima, temperatura, medio rural / urbano).

7.- Necesidad de termorregulación.

- **Biofisiológicos:** Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmo cardiaco.
- **Psicológicos:** Ansiedad, emociones.
- **Socioculturales:** Entorno físico próximo (casas, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, altitud. temperatura, raza o procedencia étnica/geografía).

8.- Necesidad de la higiene y de la piel.

- **Biofisiológicos:** Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal.

- **Psicológico:** Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.
- **Socioculturales:** Cultura, educación, corrientes sociales, modas(productos de belleza) organización social (casa lugar de trabajo) influencias familiares (Hábitos y aprendizajes), ambiente lejano (clima; temperatura ambiente).

9.- Necesidad de evitar peligros.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapas de desarrollo, mecanismo de defensa fisiológico (termorregulación sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- **Psicológicas:** Mecanismo de defensa, método de afrontamiento y/o competencia personal) estrés estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferente estados de ánimo.
- **Socioculturales:** Sistema de apoyo familiar y social, cultural, religión, educación, status socioeconómicos, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima temperatura, humedad ruidos etc.). entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos).

10.- Necesidad de comunicarse.

- **Biofisiológicos:** Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa de desarrollo.
- **Psicológicos:** Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter estado de ánimo, humor de base, auto concepto, pensamiento.
- **Socioculturales:** Entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso vivienda aislada), cultural, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales) hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia/ grupos sociales), profesión.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

- **Biofisiológicos:** Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular
- **Psicológicos:** Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes enfermedades).
- **Socioculturales:** Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

12.- Necesidad de trabajar y realizarse.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidad física.
- **Psicológicos:** Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo.
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizaje, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, estatus, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

13.- Necesidad de jugar participar en actividades recreativas.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- **Psicológicos:** Madurez personal, sensopercepcion, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, auto concepto.
- **Sociocultural:** Cultura, rol social (trabajo/ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructuras de recursos y servicios), estilo de vida.

14.- Necesidad de aprendizaje.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa, capacidad física
- **Psicológicos:** Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre sí mismo), carácter (activo, pasivo), estado de ánimo.
- **Sociocultural:** Educación, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales, raza religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino y femenino. de igual forma Virginia Henderson refiere que las necesidades básicas son comunes ante todas las personas aunque cada cultura y cada individuo las expresa de forma diferente.

De igual forma Virginia Henderson refiere que las necesidades básicas son comunes ante todas las personas aunque cada cultura y cada individuo las expresa de forma diferente. Estas necesidades se dividen:

Relacionadas con la fisiología.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.

Relacionadas con la seguridad.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros.

Relacionadas con la pertenencia.

10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus valores y creencias.

Relacionadas con autorrealización.

12. Necesidad de trabajo y realizarse.
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.⁸

4.4 Teorías de otras disciplinas.

Virginia Henderson desarrolla su filosofía conceptual apoyándose en otras teorías principalmente en la de Abraham Maslow⁹ el cual formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), se satisfacen las otras necesidades por si solas.

La escala de las necesidades de Maslow se describe a menudo como una pirámide que consta de cinco niveles: los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como « déficit de necesidades », (al nivel superior lo denominó «autorrealización», «motivación de crecimiento», o «necesidad de ser». «La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, la necesidad de ser es una fuerza de empuje continuo».

Ciclo de proceso.

Maslow definió en su pirámide las necesidades básicas del individuo de una manera jerárquica, colocando las necesidades más básicas o simples en la base de la pirámide y las más relevantes o fundamentales en la cima de la pirámide, a medida que las necesidades van siendo satisfechas o logradas surgen otras de un nivel superior o más complejo. En la última fase se encuentra con la «autorrealización» que no es más que un nivel de plena felicidad o armonía. (Figura 1).¹⁰

⁸ Fernández C, Nobel M. Op Cit. Pág. 18

⁹ Abraham M. (2005) Una visión humanística 2010, de Paidós ibérica recuperado (octubre 2014) Disponible en: web: <http://es.org/Abraham>.

¹⁰ Xavier Llop. (14 Julio 2011). Publicidad y Salud La alimentación según Maslow. 15 Marzo 2017, de Innuo Vivactis Groups Sitio web: <http://www.publicidadysalud.com/2011/07/la-alimentacion-segun-maslow/>.



Figura 1. Pirámide de Maslow.

La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía. Según la pirámide de Maslow tendríamos de:

Necesidades básicas.

Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (referente a la salud); dentro de estas, las más evidentes son:

- Necesidad de respirar, beber agua, y alimentarse.
- Necesidad de mantener el equilibrio del Ph y la temperatura corporal.
- Necesidad de dormir, descansar y eliminar los desechos.
- Necesidad de evitar el dolor y tener relaciones sexuales.

Necesidades de seguridad y protección.

Estas surgen cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas. Son las necesidades de sentirse seguro y protegido, incluso desarrollar ciertos límites en cuanto al orden. Dentro de ellas encontramos:

- Seguridad física y de salud.
- Seguridad de empleo, de ingresos y recursos.
- Seguridad moral, familiar y de propiedad privada.

Necesidades de afiliación y afecto.

Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de:

- Asociación.
- Participación.
- Aceptación.

Se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor. Estas se forman a partir del esquema social.

Necesidades de estima.

Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, un alta y otra baja.

- **La estima *alta*** concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.
- **La estima *baja*** concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio.

La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima y el complejo de inferioridad. El tener satisfecha esta necesidad apoya el sentido de vida y la valoración como individuo y profesional, que tranquilamente puede escalar y avanzar hacia la necesidad de la autorrealización.

La necesidad de autoestima, es la necesidad del equilibrio en el ser humano, dado que se constituye en el pilar fundamental para que el individuo se convierta en el hombre de éxito que siempre ha soñado, o en un hombre abocado hacia el fracaso, el cual no puede lograr nada por sus propios medios.

Autorrealización o autoactualización.

Este último nivel es algo diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: «motivación de crecimiento», «necesidad de ser» y «autorrealización».

Son las necesidades más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción, se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos, hasta cierto punto.¹¹

4.5 Proceso atención enfermería.

¹¹ Abraham M. (2005) una visión humanística 2010, de Paidós ibérica recuperado (Octubre 2014) Disponible en: web: <http://es.org/Abraham>.

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.¹²

⇒ **Primera etapa: Valoración.**

Es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias la persona y la familia (ellos constituyen la primera fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes indirectas secundarias porque aportan datos valiosos sobre la persona y su familia, otra fuente indirecta a la que se deben de recurrir es al expediente clínico.

Tipos de datos.

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge datos: subjetivos y objetivos.

Datos subjetivos.

Se describen como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional.

Datos objetivos.

Consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración

Generalmente, la obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y exploración física.

La observación.

¹² Rosales. B. S, Reyes. G. Eva (2004) Fundamentos de enfermería. "Procesos de Enfermería" Editorial el manual moderno. 3ª edición, México DF, 227.

Es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto), con esto se llega a un diagnóstico presuntivo o certero, y se iniciaría la planeación del proceso de enfermería. Esta herramienta que debe utilizarse desde el primer encuentro con la persona y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del individuo.

La entrevista

Puede ser formal a través de un interrogatorio dirigido donde se obtienen el mayor número de datos, tiene la finalidad de obtener información específica, facilita la relación enfermera paciente, permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas, existen dos tipos de entrevistas 1) formal: consiste en una comunicación con el propósito de realizar la historia de la persona, 2) informal: es la conversación entre la enfermera y la persona durante la atención y el cuidado.

La exploración física:

Consiste en recolectar datos a través del examen físico, su finalidad es determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad utilizando cuatro técnicas.

- **Inspección:**

Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído, el orden a seguir con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresión facial, características de la piel, movimientos realizados, olores o ruidos que emita la persona.

- **Palpación:**

Es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto es decir las yemas de los dedos. Para tener éxito en la palpación la persona debe estar relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo).

- **Percusión:**

Es un método en que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma del órgano, la presencia del líquido, aire o algo sólido.

- **Auscultación:**

Es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos.¹³

4.6 Tipos de valoraciones de enfermería.

Es similar a la valoración de necesidades básicas, es el modelo de Virginia Henderson y da un panorama general de datos de dependencia o independencia en la satisfacción de las necesidades.

Valoración focalizada.

Se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico real o potencial. La valoración focalizada marca el camino para la valoración continuada. Si se ha identificado un problema real o potencial, deberán realizarse valoraciones periódicas para actualizar los datos.

Valoración exhaustiva.

Es un proceso continuo, en ella se conjugan tanto los datos básicos, como los que se van presentando día a día, como respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.¹⁴

⇒ Segunda etapa: Diagnóstico.

Es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que puede modificarse por la intervención de la enfermera con el objeto de resolverlos o disminuirlos.

Los diagnósticos de enfermería reales se refieren a una situación que existen en el momento actual.

Problemas potenciales se refieren a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

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

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que debe realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

¹³ Rodríguez S. B. (2003) Proceso enfermero. Editorial Cuellar Aguirre. 1ª Edición Guadalajara Jal. Pág. 35-40.

¹⁴ Koziar B. (1990). "Enfermería Fundamental": Conceptos Proceso y Practica, tomo 1, Editorial Mc Gran Hill. 7ª Edición, México DF, pág. 112.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Existen tres tipos de diagnósticos que nos llevan a saber la necesidad o alteración que tiene la persona y poderle brindar los cuidados necesarios para llegar a su recuperación.

Diagnóstico enfermero.

Es un juicio sintético de la respuesta humana del individuo, de la familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de una persona y los problemas relativos al cuidado de la salud.

De los cuales se definen tres tipos de diagnósticos:

Diagnóstico real.

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principalmente identificable.

Diagnóstico potencial o de riesgo.

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables.

Diagnóstico interdependiente.

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatología del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en la colaboración con los equipos sanitarios.¹⁵

⇒ **Tercera etapa: Planificación de los cuidados de enfermería.**

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

Etapas en el plan de cuidados.

¹⁵ Rodríguez S. B Op Cit. Pág. 28

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

Pasos de la planeación.

- Estos consisten en establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería y documentar el plan de cuidados.

Para establecer las prioridades se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas porque presentan una amenaza para la vida de la persona. Por consiguiente se describen de la siguiente forma:

Prioridad 1: Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2: Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3: Problemas que interfieren en el amor y la pertenencia.

Prioridad 4: Problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5: Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.

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

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

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

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

Elaboración de las actuaciones de enfermería.

Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.¹⁶

⇒ **Cuarta etapa: Ejecución.**

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

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

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

⇒ **Quinta etapa: Evaluación.**

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

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

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

¹⁶ Rodríguez S. B Op Cit. Pág. 28

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

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

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

2.- Señales y síntomas específicos:

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

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente.
- Cuestionarios (test).

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad.

5.- Estado emocional:

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

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

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio.

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

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

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

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

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.¹⁷

¹⁷ Rosales. B. S, Reyes. G. Eva Op Cit 27.

5. MARCO REFERENCIAL

Anatomía y fisiopatología.

Cavidad abdominal

En la cavidad abdominal se encuentra un tubo intestinal central (el sistema gastrointestinal) suspendido de la pared intestinal posterior y en parte por la pared abdominal anterior por hojas delgadas de tejido (**mesenterio**).

- Un mesenterio ventral (anterior) para las regiones proximales del tubo digestivo.
- Un mesenterio dorsal (posterior) a lo largo de todo el sistema.

Las diferentes partes de estos dos mesenterios se diseminan en función de los órganos que suspenden o los que se asocian.

Las vísceras principales, como los riñones, que no están suspendidos por mesenterios en la cavidad abdominal, se relacionan con la pared del abdomen.

La cavidad abdominal está recubierta por **peritoneo**, que está formada por una capa única de célula epitelioideas (**el mesotelio**), junto con una capa de tejido conectivo. El peritoneo es similar a la pleura y al pericardio en el tórax.

El peritoneo se refleja en la pared abdominal para formar parte de los mesenterios que sostienen las vísceras.

- **El peritoneo parietal** recubre la pared abdominal.
- **El peritoneo visceral** cubre los órganos suspendidos.

El peritoneo parietal forma un saco que cubre de forma continua las paredes del abdomen. Este saco está cerrado en hombres, pero tiene dos orificios en mujeres donde las trompas uterinas se comunican con el exterior.

En condiciones normales, los elementos del aparato digestivo ocupan totalmente la cavidad abdominal, siendo la cavidad peritoneal un espacio virtual y el peritoneo visceral de los órganos y el peritoneo parietal de la pared abdominal adyacente se deslizan uno sobre otro libremente.

Las vísceras abdominales pueden ser intraperitoneales o retroperitoneales:

- Las estructuras **intraperitoneales**, como los elementos del aparato digestivo, están suspendidos de la pared abdominal por mesenterios.
- Las estructuras que no están suspendidas en la cavidad abdominal por mesenterios y que están situadas entre el peritoneo parietal y la pared abdominal están en posición **retroperitoneal**. Entre las estructuras

retroperitoneales están los riñones y los uréteres, que se desarrollan en la región entre el peritoneo y la pared abdominal y permanecen en esa situación en el adulto.

Durante el desarrollo, algunos órganos, como parte del intestino delgado y grueso, están inicialmente suspendidos en la cavidad abdominal por un mesenterio, y más tarde pasan a ser retroperitoneales uniéndose a la pared abdominal.

Los grandes vasos, nervios y linfáticos se relacionan con la pared posterior del abdomen a lo largo del eje longitudinal del cuerpo, en la región en donde durante el desarrollo se refleja el peritoneo en la pared como mesenterio dorsal que soporta el tubo intestinal en desarrollo. Como consecuencia, las ramas de las estructuras neurovasculares que pasan a partes del sistema gastrointestinal son impares, se originan en la cara anterior de las estructuras que las originan y van en los mesenterios o pasan a ser retroperitoneales en zonas donde los mesenterios se unen a la pared.

En general, los vasos, nervios y linfáticos de la pared abdominal y de los órganos que se forman como estructuras retroperitoneales, son ramas laterales de las estructuras neurovasculares centrales y habitualmente son pares, una a cada lado.

Peritoneo.

Por debajo de la fascia extra peritoneal está el peritoneo. Esta fina membrana serosa recubre las paredes de la cavidad abdominal y se refleja en las vísceras abdominales en algunos puntos proporcionando una envoltura total o parcial. La cavidad peritoneal, se subdivide en la cavidad mayor y la bolsa omental.

- La cavidad mayor supone la mayor parte del espacio en la cavidad peritoneal, se extiende desde el diafragma hasta la cavidad pélvica, entra en la cavidad después que el peritoneo parietal.
- La bolsa omental es una subdivisión más reducida de la cavidad peritoneal posterior al estómago y el hígado, y se comunica con el resto de una abertura, el orificio omental o epiploico.

Alrededor del orificio omental hay muchas estructuras cubiertas por peritoneo; en la parte anterior, la vena porta, la arteria hepática y el conducto biliar; en la parte posterior, la vena cava; en la parte superior, el lóbulo caudado del hígado; y en la parte inferior la primera porción del duodeno.¹⁸

Patología.

El sarcoma es un grupo heterogéneo de tumores muy raros que en su mayoría se originan de tejidos derivados del mesodermo embrionario.

¹⁸ Rancaño J, A. (2011) Master Atlas Comentado de Anatomía. Editorial Marbán, 3ª Edición. Madrid España, Pág. 430.

Entre ellos figuran los sarcomas óseos (osteosarcoma y condrosarcomas), sarcomas de Ewing, tumores neuroectodermicos primitivos periféricos y sarcomas de tejidos blandos.

Los sarcomas de tejidos blandos (STB) son neoplasias inusuales, calculándose una incidencia de 2.4 casos/100,000 habitantes en hombres, y 1.6 casos/100,000 habitantes en mujeres, por año.

Entre los adultos, alcanzan un pico de incidencia entre los 50 y 60 años de edad, y exhiben una tasa de mortalidad a 5 años de 50% a 60%, la cual representa al 1.1% de toda la mortalidad por cáncer. En México, la información sobre la casuística de STB es más bien pobre. El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM 2003) nos habla de una tasa de incidencia del 1.64% y de una mortalidad de ~0.6%. En un reciente estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Cancerología de México, así como en los reportes del Hospital General de México, los datos son muy similares a los del RHNM-2003.¹⁹

Se han descrito más de 50 tipos histopatológicos de tejidos blandos, pero las más frecuentes son histiocitoma fibroso maligno (28%), leiomioma (12%), liposarcoma (15%), sarcoma sinovial (5%), tumor maligno de la vaina nerviosa periférica (6%) y el rhabdomioma, que es el tumor más frecuente en niños.

El liposarcoma bien diferenciado (Lps Bd) es un tumor producido mayormente por células de grasa que también podría tener otros tipos de células como las que se encuentran en los huesos, cartílagos, y otros tejidos pero comúnmente se encuentra en las piernas y muslos. Estos tumores de igual forma podrían encontrarse en el retroperitoneo (espacio detrás de sus órganos abdominales), brazos, pecho, y cuello. El liposarcoma raramente crece en otras áreas del cuerpo.

Se define como un tumor de malignidad intermedia compuesto, totalmente o en parte, por adipocitos maduros que presentan variaciones significativas en su tamaño. Las células atípicas se reconocen porque destacan sobre las demás y muestran uno o varios núcleos hipercromáticos, grandes y con formas irregulares; su número es muy variable y pueden identificarse en el seno de los adipocitos, en los septos conectivos, o incluso en las paredes de vasos de mediano calibre; por lo general, el citoplasma es poco relevante pero a veces contiene gotas de triglicéridos que deforman el núcleo (lipoblastos atípicos). Por tanto, para realizar el diagnóstico histológico de Lps Bd no es necesaria la presencia de estos lipoblastos atípicos sino simplemente de células atípicas en su ambiente apropiado.

Los términos tumor lipomatoso atípico (TLA) y Lps Bd se utilizan indistintamente para denominar a una misma lesión morfológica. El término TLA hace referencia a neoplasias que por su localización superficial o intramuscular (extremidades y

¹⁹ Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Coeditora Dra. Guadalupe Cervantes Sánchez Coeditor Dr. Gregorio Quintero Beuló. (Diciembre 2013). Primer Consenso Nacional de Diagnostico y Tratamiento de sarcoma de Tejidos Blandos. Gaceta Mexicana de Oncología, 12, 4.

tronco) son potencialmente curables mediante cirugía. En cambio, el de Lps Bd se utiliza para lesiones profundas (retroperitoneo, mediastino e ingle) donde la cirugía difícilmente es curativa. Los tumores se denominan en base a sus características histológicas y no de acuerdo con el potencial maligno resultante de la localización y de las posibilidades quirúrgicas, en general, hay consenso entre terapeutas y patólogos para no denominar sarcomas a lesiones potencialmente curables, debido a las connotaciones psicológicas y sociales que este término conlleva.

El liposarcoma es uno de los sarcomas de partes blandas más comunes en adultos, que ocurren en el 15 al 20% de todos los pacientes con sarcoma. El sello distintivo de la fisiopatología del liposarcoma es las células de grasa inmaduras o lipoblastos. Esta enfermedad suele afectar a las extremidades, retroperitoneo y tronco. Las vísceras raramente están involucradas.²⁰

De esta manera el liposarcoma es el tipo de cáncer que es poco frecuente y estos representan el 40-50% de todos los liposarcomas. Se presentan habitualmente en adultos de edad media-avanzada (máxima incidencia en la 6.ª Década) y sin diferencias sexuales. por orden de frecuencia, las localizaciones preferenciales son: extremidades (70%) –especialmente el muslo–, Retroperitoneo (RP) (20%), área para testicular y mediastino (10%). excepcionalmente se han descrito casos en órganos (mama y laringe) y tejidos superficiales, incluida la piel. en las extremidades, generalmente se manifiestan como masas no dolorosas de crecimiento lento que se hacen particularmente visibles durante la contracción muscular. en el RP suelen pasar desapercibidos hasta llegar a alcanzar grandes dimensiones (>20 cm) o bien causar síntomas compresivos o distensión abdominal. en el cordón espermático se presentan como hernias inguinales.

Signos y síntomas.

El dolor abdominal es el síntoma de presentación más común en los pacientes con sarcomas retroperitoneales. Este dolor frecuentemente es inespecífico y se presenta 6 meses antes del diagnóstico. Los síntomas neurológicos se deben a invasión directa o compresión en aproximadamente 30% de los pacientes e incluye parestesias, disestesias y debilidad. Otros síntomas menos frecuentes son pérdida de peso (< 50%), saciedad temprana (< 10%), náusea y vómito (< 10%), edema y várices en las extremidades inferiores. aproximadamente el 45-75% de los pacientes tienen tumor palpable al momento del diagnóstico, muchos de estos pacientes también tienen aumento del perímetro abdominal.

Tratamiento.

El Liposarcoma es, como otros sarcomas de partes blandas, una neoplasia de tratamiento esencialmente quirúrgico. El objetivo principal de la cirugía es extirpar

²⁰ Jacques Matone, Samuel Okazaki, Gabriel Naman Maccapani. (Diciembre 2016). Giant gastric liposarcoma: case report and review of the literature. Scielo, vol.14, 4.

completamente el tumor y prevenir recaídas. Esto se consigue con mayor probabilidad realizando una resección de tipo amplio o radical. (Figura 2).

Resección quirúrgica	
Intralesional	Curettage extirpación parcial del tumor
Marginal	Puede dejar tumor microscópico residual
Amplia	Extirpación del tumor junto a un ribete de tejido sano circundante
Radical	Extirpación del compartimento completo incluye amputación

Figura 2. Principios quirúrgicos.

Estos sarcomas suelen alcanzar grandes volúmenes e infiltrar múltiples órganos y estructuras vitales antes de ser diagnosticados. En ellos, la quimioterapia y la radioterapia tienen poco que ofrecer. El cirujano debe obtener el margen más amplio y no dudar en resecar o remover órganos adyacentes para obtener márgenes más claros.

La resecabilidad no guarda relación directa con el tamaño tumoral, aunque ciertos factores impiden la resección completa, como el compromiso de estructuras vasculares; es el caso, por ejemplo, de la raíz del mesenterio, la presencia de sarcomatosis del peritoneo, la invasión extensa de raíces nerviosas, la medula espinal y la columna vertebral, la invasión de la pared lateral de la pelvis, la presencia de ascitis maligna y las metástasis a distancia.

La resección completa puede ser posible en 68% a 83% de los casos, con la remoción en bloque de las estructuras o vísceras unidas a la neoplasia y potencialmente invadidas; las vísceras con mayor involucro y que se incluyen durante la resección en bloque son riñón (32 a 46%), colon (25%), glándula suprarrenal (18%), páncreas (15%) y bazo (10%). de igual forma ofrece la posibilidad de una sobrevida significativamente mayor de 54 % a cinco años y de 45% a 10 años). por su partes, la sobrevida de los pacientes que se someten a resección parcial de 8 a 35% a cinco, es apenas superior a la que se observa en aquellos que solo se sometieron a biopsia 0 a 15%.

La quimioterapia no ha demostrado efecto significativo, aunque se realizan ensayos con la esperanza de obtener algún beneficio. La quimioterapia neoadyuvante basada en antraciclinas e ifosfamida puede estar justificada en paciente seleccionados con cuidado con tumores grandes y de alto grado para preservar el órgano al reducir el volumen tumoral.

La radioterapia externa no ha demostrado un efecto contundente en la sobrevida o en el control locorregional, lo que se debe a que la dosis es limitada por la tolerancia de los tejidos adyacentes. Para obviar estas dificultades, se ha ensayado la radioterapia intraoperatoria seguida de radioterapia externa, como

resultados prometedores. La radioterapia es un elemento de gran importancia para el control local de sarcomas de tejidos blandos, sobre todo para los que se ubican en las extremidades. Se administra en forma de teleterapia, braquiterapia, o una combinación de ambas.

La recaída local puede researse varias veces; esto es en particular cierto para los sarcomas del bajo grado, para los que la resección prolonga la sobrevida y el periodo libre de enfermedad.²¹

²¹ Granados, G, Martín Herrera, Op Cit Pág. 2

6. METODOLOGÍA.

6.1 Selección del caso y fuentes de información.

Este estudio de caso se realizó en el servicio de cirugía oncológica del segundo piso de hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México en el mes de octubre del 2011, se desarrolló dentro del marco de actividades de la práctica clínica de la materia de atención de enfermería de la especialidad de enfermería oncológica, desarrollado por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Para creación, seguimiento y estructura del presente estudio de caso se seleccionó al sr. Benjamín R. J. el cual es una persona adulto joven de 38 años de edad. Don Benjamín es un paciente que en el año 2010 fue diagnosticado con liposarcoma retroperitoneal, por lo que fue intervenido por primera vez de manera quirúrgica, obteniéndose una pieza de 50 x 50 cm y 5 kilogramos de peso, al paso de dos años nuevamente recurre la enfermedad, por lo que fue intervenido nuevamente.

Motivo por el cual me llamo la atención ya que durante el desarrollo profesional es poco frecuente este padecimiento, por lo cual se toma la decisión de realizar el presente estudio de caso que permitirá adquirir conocimientos de la patología y crear un plan de cuidados que permita a esta persona alcanzar cierto grado de independencia.

Se entablo comunicación y se dio a firmar el consentimiento informado al Sr. Benjamín y a su familia informándoles de la posibilidad de realizar un estudio de caso, por lo que el Sr. accede amablemente, es importante mencionar que esto no repercutiría en su tratamiento, que mucha de la información obtenida únicamente será para fines académicos y que el beneficio que el obtendrá es que a través del plan de cuidados que se plantee se realizaran intervenciones dirigidas a mejorar su actual estado de salud y que en el momento en que el así lo deseara podría retirarse sin ningún efecto en su tratamiento médico.

La información se obtuvo de fuente primaria (el paciente) y de forma secundaria se corroboró, con la esposa, se consultó también el expediente electrónico (INCanet), artículos, revistas, libros y bases de datos.²²

Se realizó una valoración exhaustiva en el servicio de cirugía del segundo piso de hospitalización, aplicando un instrumento de valoración basado en la filosofía conceptual de Virginia Henderson, realizado por los alumnos del posgrado de la especialidad de enfermería oncológica, además de una valoración focalizada. Finalmente se lleva a cabo la ejecución de dicho plan así como la evaluación de los logros obtenidos.

²² Información obtenida: Expediente electrónico INCanet Instituto Nacional de Cancerología. México.

6.2 Consideraciones éticas.

Para el desarrollo de este estudio de caso y la aplicación del proceso de atención enfermería, es importante mencionar que se deben considerar valores inherentes al ejercicio de una profesión que emanan de las relaciones que se establecen entre el profesionista, la persona y la sociedad. En este sentido es importante considerar el valor de la ética en el desarrollo de un trabajo de esta índole. Por lo que se consideran los siguientes postulados:

6.3 Código de ética.

La observancia de las normas éticas es una responsabilidad del personal, de conciencia y de voluntad, para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser, y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y las obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista, para que el ejercicio profesional se constituya en un ambiente de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

Con motivo de la cruzada nacional por los servicios de salud, que la Secretaría de Salud emprende en esta gestión, el código de ética se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios.

Principios:

- Beneficencia y no maleficencia (principio de bioética)
- Justicia (principio de bioética)
- Autonomía (principio de bioética)
- Valor fundamental de la vida humana (principio de bioética)
- Privacidad
- Fidelidad
- Veracidad
- Confiabilidad
- Solidaridad
- Tolerancia
- Terapéutico de totalidad
- Doble efecto

6.4 Código internacional de ética de enfermería.

- La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.
- La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.
- La enfermera no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.
- Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.
- La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba.
- La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.
- La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.
- La enfermera mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.
- La enfermera tiene derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.
- La enfermera no permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.
- La enfermera coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería.
- La enfermera en su vida privada mantiene una conducta irreprochable que acredite a su profesión.
- La conducta personal de la enfermera no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.
- La enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.²³

²³Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. ISBN-970-721-023-0 México, D.F. Diciembre 2001. www.ssa.gob.mx.

6.5 Declaración de principios.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería.

Cuatro principios de la bioética.

Son esbozos de ideas que dan principio al valor de la dignidad de la persona:

1. Principio de no maleficencia.

Este principio ya se formuló en la medicina hipocrática: *Primum Non Nocere*, es decir, ante todo, no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños o riesgos. En la evaluación del equilibrio entre daños-beneficios, se puede cometer la falacia de creer que ambas magnitudes son equivalentes o reducibles a análisis cuantitativo.

Un ejemplo actual sería evaluar el posible daño que pudieran ocasionar organismos genéticamente manipulados, o el intento de una terapia génica que acarreará consecuencias negativas para el individuo.

2. Principio de beneficencia.

Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

Este principio positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, el “bien” de la experimentación en humanos (para hacer avanzar la medicina) no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos desmedidos o infligiéndoles daños. Aunque la humanidad tiene un interés en el avance de la ciencia, nadie puede imponer a otros que se sacrifiquen para tal fin. Matizado de esta manera, el principio de beneficencia apoya el concepto de innovar y experimentar para lograr beneficios

futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros (especialmente a los más desprotegidos) a alcanzar mayores cuotas de bienestar, salud, cultura, etc., según sus propios intereses y valores.

También se puede usar este principio (junto con el de justicia) para reforzar obligación moral de transferir tecnologías a países desfavorecidos con objeto de salvar vidas humanas y satisfacer sus necesidades básicas.

3. Principio de autonomía o de libertad de decisión.

Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.

4. Principio de justicia.

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

6.6 Consentimiento informado.

Fue necesario informar a la persona sobre la importancia de la firma de un consentimiento informado que permitiera realizar este estudio de caso ya que debemos considerar que procedimiento garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en el estudio de caso, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

El sujeto participante expresará su consentimiento por escrito o, en su defecto, de forma oral ante un testigo independiente del equipo de investigadores, que lo declarará por escrito bajo su responsabilidad.

En el caso de las personas menores de edad o incapaces de dar el consentimiento, éste será otorgado por su representante legal, siempre de manera escrita, y tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Sin embargo, cuando las condiciones del sujeto lo permitan, éstos, también pueden dar su consentimiento o negarse a participar en el estudio, después de haber recibido la información pertinente y adaptada a su tipo de entendimiento.

El sujeto participante o su representante, podrá revocar el consentimiento brindado en cualquier momento, sin expresión de causas, y sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno.

La fórmula que consigna el consentimiento informado debe redactarse en castellano, en lenguaje sencillo, práctico, adaptado culturalmente y que evite, hasta donde ello sea posible, el empleo de términos técnicos y científicos, para asegurar la comprensión de la información que se suministra. Asimismo, debe contener el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, procedimientos, alternativas y posibilidades de retiro, además del número de teléfono del investigador y del Comité Ético Científico (CEC) para contactarlos.

En caso de sufrir lesiones como consecuencia de su participación en el estudio, el investigador principal o el patrocinador, según corresponda, le brindará al sujeto de investigación la atención que requiera. En este sentido, el consentimiento debe incluir el siguiente texto:

"Si usted sufriera una lesión o daño como consecuencia de los tratamientos o procedimientos empleados en este estudio, el investigador principal, le brindará la atención médica que necesite. el costo de este cuidado será cubierto por la compañía o entidad patrocinadora, la cual debe cancelar, en su totalidad, el costo de su atención ambulatoria o de hospitalización, a la entidad pública o privada que le brinde la atención médica, hasta el momento en que se demuestre que no existe tal relación. Asimismo, cuando por razones justificadas usted requiera atención de una lesión como consecuencia de los medicamentos o los procedimientos de este estudio, que no haya sido indicada por el investigador principal, el costo de esta atención también será cubierto por la compañía patrocinadora".

El consentimiento informado será firmado por cada persona incluida en la investigación, un testigo y el investigador o la persona que explica el consentimiento informado. En él, el participante manifestará expresamente haber sido informado sobre la finalidad perseguida por la investigación, requisitos, procedimientos, riesgos, descripción de posibles molestias, secuelas, evolución previsible, peligros y beneficios personales de la investigación. En el caso de los ensayos clínicos, explicar otras alternativas de tratamiento existentes, así como su anuencia para ser sujeto de investigación. Cuando los individuos sean menores de edad o incapaces, la anuencia debe ser otorgada por los padres o el representante legal, condiciones que deben ser demostradas con la certificación de nacimiento o del tribunal que hubiere nombrado al representante (tutor o curador). El sujeto de investigación o representante legal recibirá una copia del consentimiento informado con la fecha y las firmas respectivas.

El formulario del consentimiento informado debe ser modificado cuando se disponga de mayor información o se haya incorporado algún cambio al protocolo.

Posterior a la realización de las modificaciones, el consentimiento debe ser aprobado nuevamente por el CEC.²⁴

6.7 Carta de los derechos de los pacientes.

1. El usuario tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.

2. El usuario tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral e ideológico.

3. El usuario tiene derecho a la confidencialidad de toda información con su proceso, incluso el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.

4. El usuario tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnósticos, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronóstico, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.

5. El usuario tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos: cuando la urgencia no permita demoras. Cuando él no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.

Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.

6. El usuario tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en las condiciones que señala el punto 6 del apartado de deberes.

7. El usuario tendrá derecho a que se le asigne un médico cuyo nombre deberá conocer y que será su interlocutor válido con el equipo asistencial. En caso de ausencia. Otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.

8. El usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la historia clínica.

²⁴ Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los comités de Hospitalarios de bioética. Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud.

9. El usuario tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico, de los principios básicos y normas que establecen la declaración de Helsinki. Las actividades docentes requerirán así mismo, consentimiento expreso del paciente.

10. El usuario tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.

11. El usuario tendrá derecho en caso de hospitalización a que ésta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello, el hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura y la posibilidad de actividades de que fomenten las relaciones sociales y el entretenimiento del ocio.

12. El usuario tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales, que afecten a su proceso y situación personales.

13. El usuario tiene derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones. Tiene derecho, así mismo a recibir una respuesta por escrito.

14. El usuario tiene derecho a causar alta voluntaria en todo momento tras firmar el documento correspondiente, exceptuando los casos recogidos en el art. 5 de los derechos.

15. El usuario tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de su enfermedad. El hospital proporcionará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales.

16. El usuario tiene derecho a que las instituciones sanitarias le proporcione: una asistencia técnica correcta con personal cualificado. Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles. Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.²⁵

²⁵ Secretaría de salud. (2006). Carta de los derechos de los pacientes, Conamed Recuperado Octubre 2011. Disponible en Sitio Web: <http://bvs.ins.mx/local/File/CartaDerPacientes.pdf>.

7. PRESENTACIÓN DEL CASO.

7.1 Antecedentes generales de la persona.

Se trata del Sr. Benjamín de 38 años de edad, originario y residente del DF; con una talla de 1.72 cms. y 83.4 kg de peso, casado, católico, ayudante de carpintero, escolaridad: preparatoria, tabaquismo desde los 22 a los 23 años a razón de 2 cigarros al día. Alcoholismo desde los 20 años por 11 años a razón de cada semana llegando al estado de embriaguez.

Antecedentes heredofamiliares oncológicos:

Tío paterno finado por cáncer gástrico.
Abuela materna finada por cáncer cérvico uterino.

Antecedentes personales patológicos:

Plastia inguinal izquierda en 3 ocasiones. Cirugía realizada, fuera del Instituto Nacional de Cancerología (FINC).

Diagnostico actual:

Liposarcoma retroperitoneal bien diferenciado.

7.2 Descripción del caso.

El 11 de octubre del 2011, es referido al Instituto Nacional de Cancerología (INCan), por parte del Hospital General de Balbuena ya que desde el 13 de octubre de 2008 cuenta con antecedentes de mes y medio de evolución con distensión abdominal y dolor en hemiabdomen derecho, posterior a haber sido intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal, se detectó hepatomegalia motivo por el cual se le solicito Tomografía Axial Computada (TAC) de abdomen en la cual se evidencio tumor de retroperitoneo de grandes dimensiones.

El 23 de octubre del 2011 fue operado en el INCan: laparotomía exploradora + disección de tumor retroperitoneal + hemicolectomía izquierda con colo-coloanastomosis t-t. Los hallazgos quirúrgicos encontrados durante el procedimiento fueron un tumor retroperitoneal multilobulado que ocupaba la totalidad de la cavidad predominantemente en cuadrantes inferiores y flancos con involucro del meso del colon descendente de aproximadamente 50x50 cm asas desplazadas hacia cuadrante superior derecho.

El 26 de noviembre del 2011, es llevado nuevamente a cirugía para: resección de tumor residual retroperitoneal. Los hallazgos encontrados durante el procedimiento fueron. Tumor residual en epiplón supramesocolico, de 5 cms. tumor residual de 3

cms. paraórtico caudal de vena renal izquierda. Tumor en corredera parietocolica izquierda de aprox. 5 cms. tumor en corredera parietocolica derecha sobre uréter y gonadal derecha, de aprox. 4 cms. tumor lateral a fascia de gerota derecha de aprox. 15 cms.

El 11 de octubre del 2011 a las 8:00 am, fecha en que conozco al Sr. Benjamín, se encontraba hospitalizado en el segundo piso de cirugía oncológica del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México, se encuentra acompañado por su esposa. Se aborda al Sr. Benjamín en el momento que ingiere sus alimentos, al tener contacto con él se observa orientado en sus 3 esferas, con dudas sobre su enfermedad y tratamiento, de igual forma se observan imágenes religiosas en la cabecera de su cama. Al realizar la valoración se encuentra alerta, orientado, manteniendo el contacto visual, teniendo una pronunciación clara al responder. Mientras que su piel es de tez morena clara, con adecuada coloración de tegumentos, las uñas se encuentran en forma y dañadas por la realización de su vida laboral, con adecuado llenado capilar de 3". Presentando equimosis en diversas zonas del cuerpo, como en miembros pélvicos debido a las punciones realizadas por el personal.²⁶

- **T/A:** 120/70mmHg.
- **FC:** 85 latidos por minuto.
- **FR:** 16 respiraciones por minuto.
- **Temperatura:** 36.5° C.

El 16 de febrero del 2012: Se documenta a través de TAC: presencia de metástasis pulmonar derecha única y persistencia tumor retroperitoneal. A nivel del lóbulo superior se observa nódulo de aspecto sólido de 19 cm. en el abdomen la lesión en retroperitoneo con diámetro de 13.7 cm que condiciona desplazamiento del páncreas y del estómago en sentido anterior, así como del riñón izquierdo en sentido posterior lateral.

El 23 de febrero 2012: Es programado para llevarlo a una resección de tumor más nefrostomía izquierda más empaquetamiento (10 compresas). Pasando posteriormente a la unidad de terapia intensiva (UTI).

Ya en la UTI es trasladado al quirófano el 26 de febrero de 2012, para realizar desempaquetamiento + resección de lesión residual de 7x4 cm. los hallazgos: 10 compresas sin evidencia de sangrado activo, parénquima esplénico sin evidencia de hematoma o sufrimiento tisular, lesión residual en Retroperitoneo de 7x4 cm.

²⁶ Información obtenida: Expediente electrónico INCanet Op Cit Pág. 40

8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

8.1 Valoración por necesidades.

1.- Oxigenación.

Datos objetivos: Se encuentra con cánula endotraqueal conectada a soporte mecánico ventilatorio con un Fio₂ al 80%, a la auscultación se escucha la presencia de secreciones espesas y abundantes, que al ser aspiradas tienen características blanquecinas, además de existir tapones de mucosidad con sangre, desaturando al 60% debido a la obstrucción de la cánula y aumento de la frecuencia respiratoria (Fr) de 26 Respiraciones Por Minuto (RPM).

El llenado capilar es de 3 por segundo, presenta taquicardia de 110 – 130 latidos por minuto y una tensión arterial de 120/80 mm/hg.

2.- Nutrición.

Datos objetivos: Se observa una importante disminución en el peso corporal, ya que al inicio del caso clínico el peso que se obtuvo del Sr. Benjamín fue de 67 kg con un IMC de 22.64, ya que su talla era de 1.72, debido a su estado actual es imposible llevar a cabo una valoración de la pérdida del mismo, se encuentra con cifras de hiperglucemia de 265 mg/dl

3.- Eliminación.

Datos objetivos: Sin presencia de evacuación con 3 días de evolución, a la palpación el abdomen se encuentra endurecido con perístalsis disminuida y distensión abdominal, sonda Foley a derivación con un gasto total en 24 horas de 700 ml aproximadamente de características normales. Cuenta con un Biovack conectado a una nefrostomía que drena un total 750 ml en 24 horas.

4.- Moverse y mantener una buena postura.

Datos objetivos: El Sr. Benjamín se mantiene en posición decúbito dorsal bajo efectos de sedación y relajación, se valora la escala de Braden con una puntuación de 12, dando como resultado un alto riesgo en la escala de caídas. A la escala de Glasgow se obtiene calificación de 3 y el Karnofsky es de 20.

5.- Descanso y sueño.

Datos objetivos: Está bajo efectos de sedación y relajación.

6.- Usar prendas adecuadas de vestir.

Se encuentra totalmente dependiente pero la necesidad no se encuentra alterada.

7.- Termorregulación.

Datos objetivos: Temperatura corporal de 38°C, diaforesis, enrojecimiento de la piel.

8.- Higiene y protección de la piel.

Datos objetivos: Se realiza baño de esponja, durante el mismo se observa coloración de la piel con palidez de ++, semihidratada, con la presencia de estoma de nefrostomía del lado izquierdo que muestra enrojecimiento en bordes laterales y laceración, la piel se encuentra en constantemente humedad por la fuga de la orina por los bordes de la nefrostomía, así mismo cuenta con almohadillas en las prominencias óseas para evitar las úlceras por presión.

9.- Evitar peligros.

Datos objetivos: Actualmente con un cuadro de neutropenia moderada de 800 mm³, por resultado de laboratorios.

10.- Necesidad de comunicarse.

Datos objetivos: Presenta incapacidad para comunicarse debido a los efectos de sedación pero cuenta con un cuidador primario.

11.- Vivir según sus creencias y valores.

Datos objetivos: Posee imágenes religiosas en su cabecera.

Datos subjetivos: La esposa del sr benjamín refiere que él es de religión católica y menciona que antes de enfermarse le pedía a Dios por su pronta recuperación.

12.- Trabajar y realizarse.

Datos objetivos: Se dedica a la carpintería actividad que le reditúa un ingreso económico.

13.- Actividades recreativas.

Datos subjetivos: La esposa del Sr. Benjamín comenta que tiene aficiones recreativas como la pelea de gallos en su tiempo libre siempre y cuando su estado de salud lo permita. Refiriendo su cuidador primario que las actividades no eran suspendidas cuando se tenía oportunidad para realizarlas.

14.- Aprendizaje.

Datos subjetivos: Esposa de Benjamín refiere tener desconocimiento del padecimiento actual de su esposo y menciona dudas sobre el tratamiento. “tengo muchas dudas y los médicos me explican pero no lo entiendo”.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.

- Oxigenación.
- Nutrición e hidratación.
- Termorregulación.
- Higiene y protección de la piel.
- Evitar peligros.

**Instituto Nacional de Cancerología
Especialidad en Enfermería Oncológica**

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA				HORA	SERVICIO						
Focalizada	12 de Octubre 2011				11:00	2º Piso						
Necesidad alterada De aprendizaje	Fuente de dificultad	F.F.	F.C. x	F.V.	Cuidado básico de enfermería Apoyo	Nivel de dependencia	1	2	3 x	4	5	
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios							
Falta de conocimientos en cuanto a su enfermedad y tratamiento.					"No entiendo nada de lo que me explican".							
Diagnóstico de enfermería: Real.												
Conocimientos deficientes relacionado con información errónea proporcionada por otros, información insuficiente manifestado por conocimiento insuficiente.												
Objetivo de la persona.												
Entendimiento sobre su enfermedad y tratamiento.												
Resultados esperados.												
Realizar una explicación adecuada en base al tratamiento y enfermedad para que sea entendible para el paciente y la familia.												
Intervenciones	Acción				Fundamentación				Evaluación			
<p>Conocer el nivel de confusión del paciente en base a su padecimiento.</p> <p>Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.</p> <p>Lograr la participación de la familia/ seres queridos, si resulta oportuno.</p> <p>Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto con el paciente.</p>	<p>Mediante pláticas resolver las dudas que pudieran confundir al paciente, en base a su padecimiento, así mismo requerir la presencia de la familia para que entre ambas partes se logre un mejor entendimiento del tratamiento, realizándose a través de trípticos.</p>				<p>Al tener una adecuada comunicación y explicación del padecimiento nos ayuda a ampliar la información sobre su padecimiento, de igual forma al estar la familia presente esto nos ayuda a que no se distorsione la información.²⁷</p>				<p>Se logra dar una adecuada educación a la familia para lograr el entendimiento adecuado en base a su padecimiento, refiriendo ambas partes que sus dudas son mínimas a comparación de las anteriores.</p>			

²⁷ Rosales. B. S, Reyes. G. Eva Op Cit. Pág. 27.

Instituto nacional de cancerología
Especialidad en Enfermería Oncológica

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA				HORA	SERVICIO					
Exhaustiva	25 de Febrero 2012				12:00	UCI INCan					
Necesidad alterada Evitar peligros	Fuente de dificultad	F.F. x	F.C.	F.V.	Cuidado básico de enfermería Apoyo	Nivel de dependencia	1	2	3 x	4	5
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
Secreciones, Saturación de 60%, Sedación, Sibilancias estertores.					Cánula orotraqueal conectada a ventilador con modalidad Ventilación Asisto Controlada (VAC).						
Diagnóstico de enfermería: Real.											
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulación de secreciones bronquiales, cánula orotraqueal obstruida manifestado por sibilancias, estertores ²⁸ .											
Objetivo de la persona.											
No valorable.											
Resultados esperados.											
Mantener la vía aérea permeable para mejorar la entrada y salida de oxígeno para lograr una adecuada saturación.											
Intervenciones	Acción		Fundamentación			Evaluación					
Mantener vías aéreas permeables.	Lavado bronquial con agua inyectable y bicarbonato de sodio.		El agua inyectable con bicarbonato ayuda al desprendimiento de las secreciones.			Se logra expulsar secreciones mediante la aspiración bronquial obteniendo buena entrada y salida de oxígeno.					
	Aspiración de secreciones fisioterapia pulmonar		La fisioterapia pulmonar ayuda al desprendimiento de las secreciones que se encuentren pegadas en las paredes bronquiales.								
	Cambios posturales		Los cambios posturales favorecen al desprendimiento de las secreciones al igual ayudan al adecuado intercambio gaseoso de dióxido de carbono y oxígeno.								
Humedecer la vía aérea.	Mantener la cascada del ventilador con suficiente agua.		El apoyo con las micro nebulizaciones ayuda a la humidificación de las secreciones y								

²⁸ T. Heather, Herdman. NANDA internacional diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier 2010: Edición. Barcelona España.

	Micro nebulizar cada 8 horas. (Pulmicort).	favorece la adecuada aspiración de las mismas. ²⁹	
--	--	--	--

²⁹ Rosales B. S, Reyes. G. Eva Op Cit. Pág. 27.

**Instituto Nacional de Cancerología
Especialidad en Enfermería Oncológica**

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA				HORA	SERVICIO					
Exhaustiva	25 de Febrero 2012				12:00	UCI INCan					
Necesidad alterada Termorregulación	Fuente de dificultad	F.F. x	F.C.	F.V.	Cuidado básico de enfermería Apoyo	Nivel de dependencia	1	2 x	3	4	5
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
Temperatura corporal 38°C, rubor de la piel, diaforesis Taquicardia 110 – 130 latidos por minuto.					Neutrófilos de 800 mm ³ .						
Diagnóstico de enfermería: Real.											
Hipertermia relacionada con disminución de las defensas secundarias (neutrófilos de 800 mm ³) manifestado por temperatura corporal de 38 °c, rubor de la piel, diaforesis y taquicardia de 110 – 130 latidos por minuto. ³⁰											
Objetivo de la persona											
No valorable.											
Resultados esperados.											
Disminuir la fiebre y mantener la temperatura corporal en parámetros normales, además de mejorar los niveles de neutrófilos.											
Intervenciones	Acción		Fundamentación			Evaluación					
Controlar la temperatura por medios físicos	Colocar compresas en el vientre y en las axilas.		El calor estimula los receptores de las terminales nerviosas sensoriales libres.			Se estabiliza por poco tiempo la temperatura más sin embargo aún continua la fiebre.					
	Cambio de compresas cada 10 minutos.		Como reacción al frio, el organismo aumenta su producción de calor y disminuye la pérdida del mismo.								
Administración de medicamentos	Aplicación de antipiréticos I.V. cada 8 hrs. (paracetamol 1gr).		La administración de antipiréticos ayuda a normalizar la temperatura corporal.								
	Profilaxis antimicrobiana con imipenen 500mg cada 8 hrs y vancomicina 1gr cada 12 hrs.		El manejo de antibióticos ayuda al disminuir el proceso infeccioso y por consecuencia disminuye la hipertermia.								

³⁰ T. Heather, Herdman. NANDA Op Cit Pág. 54.

Localizar la causa de la fiebre.	Hemocultivos del catéter central y del área periférica. Urocultivo de la bolsa colectora de orina cultivo de las secreciones	La toma de cultivos sanguíneos, urocultivos, o cultivo de secreciones ayuda a identificar los microorganismos que causan el proceso infeccioso. ³¹	
----------------------------------	--	---	--

³¹ Rosales. B. S, Reyes. G. Eva Op Cit. Pág. 27.

**Instituto Nacional de Cancerología
Especialidad en Enfermería Oncológica**

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA				HORA	SERVICIO					
Exhaustiva	20 de Marzo 2012				10:00	UCI INCan					
Necesidad alterada Nutrición	Fuente de dificultad	F.F. x	F.C.	F.V.	Cuidado básico de enfermería Apoyo	Nivel de dependencia	1	2 x	3	4	5
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
Hiperglucemia de 265 mg/dl					Aporte dietético (NPT)						
Diagnóstico de enfermería: Real.											
Glucemia inestable relacionada con aporte dietético (NPT) manifestado por glucosa de 265 mg/dl. ³²											
Objetivo de la persona.											
Resultados esperados.											
Mantener dentro de los límites normales la glucosa del Sr. Benjamín.											
Intervenciones	Acción		Fundamentación			Evaluación					
Administración de hipoglucemiantes	Aplicación de insulina de acuerdo a esquema establecido (Insulina Rápida)		La administración de insulina ayuda a mantener los niveles adecuados de glucosa.			Se obtiene un adecuado manejo de la glucosa y se estabiliza la misma, obteniendo resultados de 120 mg/dl.					
Valorar la glucemia en sangre.	Destrostix cada 6 horas		La medición de la glucosa permite evaluar la administración de hipoglucemiantes.								
	Toma de laboratorio química sanguínea		La medición de la glucosa de manera central arroja resultados exactos de la misma.								
Apoyo con el equipo multidisciplinario.	Interconsulta al servicio de nutrición		El equipo multidisciplinario (nutrición) brinda un mejor tratamiento y manejo de los aportes que requiere el paciente. ³³								

³² T. Heather, Herdman. NANDA Op Cit Pág. 54.

³³ Rosales. B. S, Reyes. G. Eva Op Cit. Pág. 27.

**Instituto Nacional de Cancerología
Especialidad en Enfermería Oncológica**

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA				HORA	SERVICIO					
Exhaustiva	29 de Marzo 2012				11:00	UCI INCan					
Necesidad alterada higiene y protección de la piel	Fuente de dificultad	F.F. x	F.C.	F.V.	Cuidado básico de enfermería Apoyo	Nivel de dependencia	1	2	3 x	4	5
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
Laceraciones de la piel alrededor del estoma de la nefrostomía					Existe fuga de la orina por los bordes de la nefrostomía.						
Diagnóstico de enfermería: Real.											
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la fuga de la orina por los bordes del estoma de la nefrostomía manifestado por laceraciones de la piel. ³⁴											
Objetivo de la persona.											
No valorable.											
Resultados esperados.											
Mejorar la integridad de la piel en las próximas 12 horas de tratamiento.											
Intervenciones	Acción		Fundamentación			Evaluación					
Realizar aseo de la periferia de la estoma.	Realizar asepsia con jabón antiséptico y cambio de gasas estériles 2 veces por turno.		La remoción de las impurezas y flora bacteriana transitoria reduce el riesgo de infección de la herida.			Se logra dar una adecuada educación a la familia para lograr mantener la piel con adecuada integridad más sin embargo es imposible tenerla al 100% debido a que cuenta con el catéter. (La evaluación fue más que nada educativa).					
Mantener la piel seca.	Colocación de apósitos en la periferia de la estoma.		El área aséptica debe abarcar un espacio suficiente para la realización de la limpieza.								
Comprobar la fijación del circuito a la piel.	Realizar el cambio de la bolsa recolectora de la estoma.		La colocación de apósitos absorbe los líquidos y evitar la humedad del área de la piel.								
			Evita la salida del dren del sitio de su instalación. ³⁵								

³⁴ T. Heather, Herdman. NANDA Op Cit Pág. 54.

³⁵ Rosales. B. S, Reyes. G. Eva Op Cit. Pág. 27.

9. CONCLUSIÓN.

A través del presente estudio de caso se aplicó un plan de cuidados a una persona adulta de la tercera década de la vida con diagnóstico de Liposarcoma bien diferenciado que se encontraba internado en la terapia intensiva.

Se puede concluir que las intervenciones especializadas que realiza la enfermera que se encuentra en formación oncológica, permiten a la persona que tiene alteraciones en su estado de salud mejorar sus condiciones a través de la identificación de necesidades humanas alteradas permitiendo al mismo tiempo desarrollar una práctica reflexiva.

Este caso clínico en especial permitió aplicar las 5 etapas del proceso enfermero, primero identificando necesidades alteradas a través de la valoración, después jerarquizando estas necesidades, para la aplicación de diagnósticos de enfermería que fortalecieron la calidad y la continuidad en el cuidado, este hecho permitió implementar intervenciones eficaces en el desarrollo del plan de cuidados para el logro de los objetivos lo que se vio reflejado en la mejoría de la persona.

Otro elemento que fortalece al plan de cuidados es la educación para la salud que se brindó al cuidador primario.

Finalmente en lo particular se obtuvo una experiencia muy grata ya que el estudio de caso se prestó y cumplió las expectativas por las cuales estaba diseñado, así mismo se logró un aprendizaje muy amplio en cuanto a la patología que se trató y una de las cosas más importantes es que se tuvo más acercamiento al quehacer diario de enfermería, tomando en cuenta el método enfermero.

BIBLIOGRAFÍA.

Libros.

Balan G. C, Franco O. M. Antología (2011) Teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina de enfermería” Editorial UNAM ENEO, 2ª Edición México DF.

Rancaño J, A. (2011) Master atlas comentado de anatomía. Editorial Marbán, 3ª Edición. Madrid España.

T. Heather, Herdman. NANDA internacional diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier 2010: Edición. Barcelona España.

Granados, G, Martín Herrera, G, Ángel. (2010) Manual de oncología procedimientos médicos quirúrgicos. (4ª Edición) México.

Moorhead, Sue, Johnson, I. Maas, Meridean, Swanson. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). España: Editorial Elsevier 2009. 3ª Edición 2004.

Rosales. B. S, Reyes. G. Eva (2004) Fundamentos de enfermería. “Procesos de enfermería” Editorial el manual moderno. 3ª Edición, México DF.

Téllez O Bernal. (2003). Teorías y modelos. “para la atención de enfermería”, Editorial Mc Gran Hill, 2ª Edición. México DF.

Rodríguez S. B. (2003) Proceso enfermero. Editorial Cuellar Aguirre. 1ª Edición Guadalajara Jal.

Ann Marinar Tomey, Martha Ruile Alligood; (1999) “Modelos y teorías de enfermería”. Editorial, Harcourt Brace, 4ta Edición, España.

Fernández C, Nobel M. (1993) proceso atención de enfermería “Estudio de casos”. 1ra edición. Barcelona.

Kozier B. (1990). “Enfermería fundamental”: conceptos proceso y práctica, tomo 1, Editorial Mc Gran Hill. 7ª Edición, México DF.

Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética. Comisión nacional de bioética, secretaria de salud.

M. Bulechek, Gloria, Howard, K. Butcher, Mccloskey Dochterman. Clasificación de intervención de enfermería (NIC). Editorial Elsevier. España: 5ta Edición.

Revistas.

Jacques Matone, Samuel Okazaki, Gabriel Naman Maccapani. (Diciembre 2016). Giant gastric lipossarcoma: case report and review of the literature. Scielo, vol.14 , 4.

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Coeditora Dra. Guadalupe Cervantes Sánchez Coeditor Dr. Gregorio Quintero Beuló. (Diciembre 2013). Primer Consenso Nacional de Diagnostico y Tratamiento de sarcoma de Tejidos Blandos. Gaceta Mexicana de Oncología, 12, 4.

Páginas electrónicas.

.Xavier Llop. (14 Julio 2011). Publicidad y Salud La alimentación según Maslow. 15 Marzo 2017, de Innuo Vivactis Groups Sitio web: <http://www.publicidadysalud.com/2011/07/la-alimentacion-segun-maslow/>.

Urra. M .Eugenia. (2009), Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. ciencs. Enferm. Revista de internet. 2009 recuperado. "23 de noviembre 2011". Disponible en <http://www.cielo.cl/cielo.php?escript=sciarttext&pid=so717>

Secretaria de salud. (2006). carta de los derechos de los pacientes, Conamed recuperación octubre 2011. Disponible en web: <http://bvs.ins.mx/local/file/cartaderpacientes.pdf>.

Abraham M. (2005) Una visión humanística 2010, de Paidós ibérica recuperado (octubre 2014) Disponible en: web: <http://es.org/Abraham>.

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. ISBN-970-721-023-0 México, D.F. diciembre 2001. www.ssa.gob.mx.

Información obtenida: Expediente electrónico INCANet Instituto Nacional de Cancerología. México.

ANEXOS

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

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Benjamín Romero Juárez

Edad: 38 Sexo Masculino Fecha de ingreso 2 de Abril del 2012

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

Se le orienta al familiar sobre los factores que debe identificar como de riesgo al igual sobre la forma en que debe asistir a su paciente en casa y dentro de la institución hospitalaria en cuanto al manejo de los métodos invasivos con los que cuenta el mismo.

2.- Orientación dietética:

La orientación que se le brinda fue de forma interdisciplinaria con el área de nutrición y así poder mencionarle que los alimentos que debe ingerir son bajos en sales y al igual el manejo de su alimentación libre de grasas.

3.- Medicamentos indicados:

Medicamentos	Dosis	Horario	Vía
<u>Omeprazol</u>	<u>40 mg</u>	<u>C/ 24 horas</u>	<u>Intra Venoso</u>
<u>Imipen</u>	<u>500 mg</u>	<u>C/ 8 horas</u>	<u>Intra Venoso</u>
<u>Ketorolaco</u>	<u>30 mg</u>	<u>C/ 8 horas</u>	<u>Intra Venoso</u>
<u>Vancomicina</u>	<u>1 gr</u>	<u>C/ 12 horas</u>	<u>Intra Venoso</u>

4.- Registro de signos y síntomas de alarma (Que hacer y a dónde acudir cuando se presentan)

Se enlistan los siguientes signos de alarma, si se identifican acudir a la unidad hospitalaria

- Dolor e inflamación en el área de su tumor.
- Estreñimiento (excreta dura y seca), y diarrea (evacuación suelta y acuosa). Usted también podría tener dolor al realizar una evacuación intestinal, o notar sangre en su excreta.
- Dificultad para orinar o al orinar.
- Dificultad para deglutir los alimentos.
- Dificultad para respirar y toser.
- Pérdida de peso.

5.- Cuidados especiales en el hogar (heridas, sondas, estomas, ejercicios, etc...)

- Curación de herida quirúrgica con agua y jabón.
- Cuantificar la cantidad de gasto saliente.
- Baño y cambio de ropa diario.
- Realizar ejercicios pasivos.
- Enseñanza sobre el manejo de catéter y de los cuidados que requiere el mismo para evitar infecciones.
- Conocer los datos de alarma de la Nefrostomía (enrojecimiento, salida de líquido).
- Limpieza de Nefrostomía.
- Vaciamiento de la sonda.

6.- fecha de su próxima cita:

7.- Observaciones (Se incluirán folletos educativos para la salud, acerca de la enfermedad)

Se le brinda información ya incluida en la descripción del caso.

Nota: Concluyo el estudio de caso por fines académicos no sin antes hacer mención que se trabajó el plan con ayuda del familiar debido a que la última valoración focalizada fue únicamente extra hospitalaria y con apoyo del mismo. De igual forma el plan de alta se manejó desde un inicio de forma educativa y se finalizó de la misma manera.

Nombre del alumno: Lic. Enf. Cuauhtémoc Juárez Quintero

Firma: _____

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
 POSGRADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

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

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha valoración: 17 Octubre 2011

Fecha de ingreso: 10 Octubre 2011

Nombre: Benjamín R. J. Genero: M Edad: 38 años Estado civil: Casado N° De cama: 214

N°. De Exp: 083757 Grupo sanguíneo: O (-) Escolaridad: Técnica Ocupación: Carpintero Religión: Católica

Lugar de procedencia: México DF Domicilio: Col. Nicolás bravo Manzana lote 416 colonia mariano abasolo Ecatepec

II. DATOS SOCIECONOMICOS Y CULTURAL.

A) Estructura familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
Cristina Martínez		Esposa	Ama de casa

B) Estructura económica: Total de ingresos mensuales: Variable

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

N° de habitaciones: 1 Tipo de fauna: Perro

III: HISTORIA DE SALUD

Motivo de Ingreso: Recurrencia de tumoracion

Diagnóstico Médico reciente: Tumor retroperitoneal

Alergias SI (enumerarlas con la reacción experimentada) NO

Alimentos: _____

Medicamentos/anestésicos: _____

Otros (lana, polen, etc.....) _____

Tratamientos prescritos:

Nombre	Vía y Dosis	Horario	Motivo
Omeprazol	IV 40 mg	C/ 24 horas	
Zinnat	IV 750 mg	C/ 8 horas	
Ketorolaco	IV 30 mg	C/ 8 horas	

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SISTEMA RESPIRATORIO:

Frecuencia respiratoria x min: 20 Disnea SI NO Características: _____

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

Obstrucción parcial/total:

Nariz Boca Bronquial Pulmonar Causas _____

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

Características de la respiración: _____

Ruidos:

Normal vesicular SI NO

Crepitaciones Estertores Sibilancias Estridor Otras: _____

Tos SI NO Características: _____

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

Frecuencia: _____ Duración: _____

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

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

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

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

Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____

Control radiológico: Normal SI NO

Congestión pulmonar Infiltrados Foco neumónico Derrame atelectasia

Datos subjetivos: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

F. Cardíaca: 76 Lat. x min. Presión arterial: 120 / 80 mm/Hg Pulsos: SI

Características Ritmicos Llenado capilar: Miembro torácico: 3 seg. Miembro pélvico 3 seg.

Ingurgitación yugular: SI NO

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

Irradiación: _____ Duración: _____

Cianosis: SI NO Peribucal Ungeal Acrocianosis

Edema: SI No Localización: _____ Tipo: + ++

Hemorragia SI No Localización: _____

Irradiación: _____ Duración: _____

Diabetes Mellitus: _____ Glucosa capilar: _____ mg/dl

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

Patrón urinario:

Frecuencia: 5 veces al día. Cantidad: Variable ml: Características: Normales

Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Enuresis

Ardor Retención Color: Normal Hematúrica Colúrica Otros: _____

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

Frecuencia: _____ Duración: _____ IVU frecuentes: SI NO

Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis Pañal Otros: _____

Patrón intestinal:

Frecuencia habitual: 3 veces al día. Características: blanda café / Oscura

¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? _____

Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia Flatulencia

Características: Acolia Melena Hematoquecia Esteatorrea Quidia Inoide Fosfa

Peristaltismo Características: _____ Problemas de hemorroides

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

Duración: _____

Otros patrones de eliminación:

Pérdidas insensibles: _____ en 24 hrs. Drenajes SI NO Características: Biovack Cantidad: 750 ml en 24 Hrs

STV SI NO
Diaforesis SI NO
Abundante Regular
Escasa

Observaciones: Presenta herida quirúrgica por la cual tiene salida de liquido

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

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

Movilidad en cama:

Se mueve solo: Suplencia total:

Inspeccionar tipo de marcha:

Marcha escalonada Marcha festinante Marcha tijera Marcha pato

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Postura y movimiento:

Lordosis Escoliosis Cifosis

Riesgo de úlceras por presión (escala de Braden):

<i>Percepción sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de la piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	
Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16				
RESULTADOS: 23				

Valoración de la fuerza muscular (escala de Ashworth):

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA	PUNTAJE
1.- Ningún incremento del tono	
2.- Pequeño incremento del tono, con una sacudida ligera en los movimientos de flexión o extensión de las partes afectadas.	
3.- Incremento más notable en el tono, con facilidad de flexión de las partes afectadas	
4.- Aumento considerable del tono, con un movimiento pasivo difícil	
5.- Las partes afectadas están rígidas en la flexión o extensión	
EVALUACION DE FUERZA	
1.- No contracción muscular	
2.- Contracción muscular sin movimiento	
3.- Posible movimiento sin gravedad	
4.- Movimiento contra gravedad	
5.- Movimiento contra fuerza superior a la gravedad	
6.- Fuerza motora normal	
RESULTADO	

Valoración del estado de conciencia (escala de Glasgow):

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

Valoración de la fuerza muscular (escala Karnofsky):

100	Normal. Sin evidencia de enfermedad
90	Actividad normal. Síntomas menores
80	Actividad normal con esfuerzo. Algún síntoma

70	Se vale por si mismo, pero no puede llevar una actividad normal
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado medico
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados.
30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte inmediata
20	Muy enfermo. Necesita tratamiento de soporte
10	Moribundo. Proceso en progresión rápida
Buen pronostico en 5 años para resultados >70%	
RESULTADO	15

Realiza ejercicios pasivos / activos de acuerdo a su limitación: _____

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

Duración: _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme habitualmente? 7 Día _____ hrs. Noche 7 hrs.

Alteraciones del sueño:

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

Insomnio Hipersomnia Apnea de sueño

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? SI NO

Cual _____ Dosis _____ Horario _____

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

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

Observaciones: Despierta cansado

Datos subjetivos: Refiere el paciente cansancio al despertar

Dependencia

Independencia

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? SI NO

¿En qué medida? _____

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI NO

¿Por qué? _____

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

Animo Clima Moda ¿Por qué? Dependiendo del clima es la vestimenta

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

¿Se siente cómodo con su vestimenta actual? SI NO ¿Por qué? Refiere sentir falta de privacidad

Observaciones: Se coloca 2 batas para cubrirse

Datos subjetivos: Falta de intimidad

Dependencia

Independencia

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura corporal: 38°C °C Hipotermia Hipertermia Manifestaciones clínicas: _____

Casusa: Neutropenia Infección Lisis tumoral Quimioterapia ¿Esquema? _____

Otros: _____

Radioterapia Sitio _____

Cirugía Sitio Tórax Posterior

Observaciones: Presenta Nefrostomía en Cuadrante Inferior Izquierdo

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

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

Coloración de la piel:

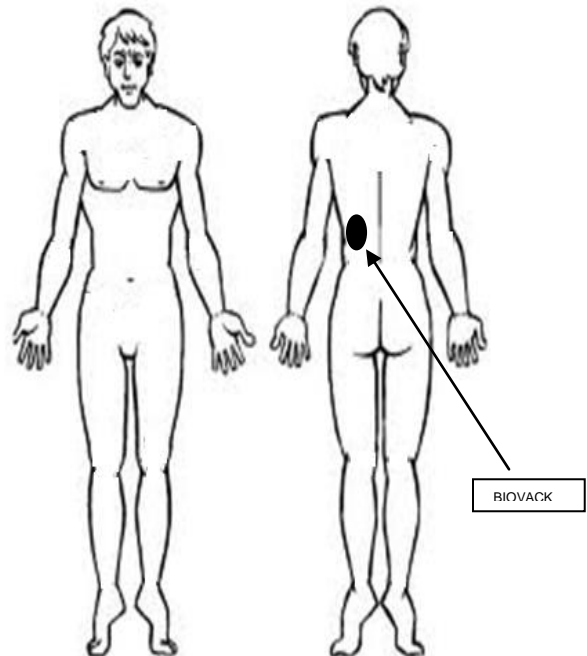
Palidez Rubicundez Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma Petequias

Estado de la piel:

Hidratada Deshidratada Elástica Seca

Integridad de la piel:

	ESTOMAS
1	Traqueostomía
2	Colostomía
2a	Ascendente
2b	Transverso
2c	Descendente
2d	Sigmoidea
3	Ileostomía
4	Urostomía
4a	Nefrostomía Izquierda
4b	Ureterostomía
4c	Neovejiga
4d	Conducto ileal
4e	Sonda suprapúbica
5	Sondas (especifique)
6	Drenajes (especifique) Biovack
7	Accesos vasculares (especifique)



8- UPP

Grado: I II III IV
 Longitud _____ mm
 Tamaño _____ mm

Tipo exudado: Abundante Escaso Purulento Sanguinolento
 Profundidad _____ cm

Bordes:
 Gruesos Irregulares Calor

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Etapa de la vida: Adulto joven Adulto mayor Vejez

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Unubilado Orientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción: SI

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras: _____

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

Uso de prótesis en extremidades: SI NO

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Laboratorios alterados:

HORA							
LABORATORIO							
HB	HTO		PLAQ	12.2 g/dl	37 %	263 ml/l	
LEU	NEUT	BAND	LINF	7.2 ml / m ³	800 m ³	200 %	20 %
TP		TPT	INR	12.7 seg		32.3 seg	1.12
GLUC	UREA	BUN	CREA	124 mg/dl	18.2	2.5	0.67 mg/dl
NA	K		CL	139 meq	4.0	108	
CAL	MG		F	8.9	2.18	3.2 mg/dl	
CPK		CPK-MB					
TGO	TGP		FA				
BT	BD		BI				
PROT. TOT	ALBUM		GLOB	6.6 g/dl	38 g/dl	1.5 g/dl	
pH urinario		Otros					

Observaciones: Neutropenia – Tiempos alargados

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Cómo es su comunicación? Clara Confusa Afásica Incapaz

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse? _____

¿Se expresa en otra lengua? Si No ¿Cuál? _____

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? Alegre

¿Manifiesta emociones y sentimientos? Si

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

Familia

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

 Amigos

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

 Trabajo

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

 Otros

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

¿Cómo le ha afectado su enfermedad en sus relaciones personales? No

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación Evasión Rabia Miedo Agresividad Proyección

¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? Si No

Datos subjetivos: Refiere no realizar actividades por su herida quirúrgica

Dependencia Independencia

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

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

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

¿Requiere de apoyo espiritual? Si No

¿Su familia fortalece sus valores? Si No

¿Rechaza el tratamiento por sus creencias? Si No

¿La familia requiere fortalecer sus valores? Si No

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

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

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

Como se siente en relación a su trabajo:

Satisfecho Insatisfecho Valorado

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

¿Cuál? Hospitalización resta tiempo

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

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

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Qué actividad le gusta realizar en su tiempo libre? Pelea de gallos

De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? Pelea de gallos

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

¿Realiza alguna actividad recreativa realiza dentro del hospital? Caminar

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? No

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

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: Si NO

¿Sabe leer y escribir? Si No

¿Estudia actualmente? Si No

Especifique grado de estudios: Técnico Electrónico Industrial

¿Conoce los signos y síntomas de alarma de su padecimiento?: No

¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? No

¿Padece alguna otra enfermedad? Si No

¿Cuál? _____ ¿Que toma? _____ :

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia