



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



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UN PACIENTE ADULTO JOVEN CON ALTERACIÓN DE LA  
NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES,  
RELACIONADA CON CÁNCER TESTICULAR; CON EL ENFOQUE DE  
VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A**

**EMMANUEL RAMOS RODRIGUEZ**

**No. DE CUENTA: 410098033**

**MTRA. BERTHA CAMACHO VILICAÑA  
ASESORA**

**CIUDAD DE MÉXICO JUNIO 2018**



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

**A Dios:** Por permitirme conocerle y mostrarme el verdadero amor; así como porque a pesar de las dificultades por las que atravesé nunca me abandono, enseñándome que las situaciones difíciles son las que más nos ayudan a crecer como ser humano. **Gracias.**

**A mis Padres Rosalía y Víctor Manuel:** Por este tiempo en el que nunca perdieron las esperanzas en mí y estuvieron apoyándome, estaré eternamente agradecido de todo corazón y amor.

**A Mis hermanos Víctor y Jesús Juan de Dios:** Por su entrega incondicional y de sacrífico que tuvieron conmigo en este tiempo.

**A mi tío Emilio:** Por brindarme su apoyo y respaldo en los momentos en que lo necesite.

**A Maythé:** Por toda la ayuda que me brindo, su comprensión, paciencia, calidez y amor.

**A mis amigos Arturo, Adrián, Fabiola, Belén, Brenda, Florencio, Rita, Tania, Ana, Judith, Aura, Lucero, Julia, Sergio, Fátima:** Por su grata compañía y atenciones para conmigo que nunca olvidare.

**Al resto de mi Familia:** Gracias por compartir su tiempo, aprecio, cariño y apoyo de una manera desinteresada y armoniosa.

## **RECONOCIMIENTOS**

**A la Mtra. Bertha Camacho Villicaña, a la Mtra. Reyna Hurtado Ponce y al Lic. Francisco Yescas Gómez:** Por su gran apoyo en la realización de mis estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, comprensión, conocimientos y paciencia.

**A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA,** por darme la oportunidad de formar parte de su comunidad estudiantil, así como por formar profesionales de alto nivel y humanismo.

**“El agradecimiento nos hace estar más cerca de los que amamos y apreciamos demostrando una verdadera humildad”**

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN .....	3
I. OBJETIVOS .....	4
1.1. General: .....	4
1.2 Específicos: .....	4
II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 El cuidado.....	5
2.2 Definición de Enfermería.....	6
2.3 Proceso de Atención de Enfermería. ....	7
2.3.1 Antecedentes Históricos. ....	7
2.3.2 Concepto .....	9
2.3.3 Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería .....	9
2.3.4 Características.....	9
2.3.5 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería .....	10
2.4 Teorías de enfermería. ....	21
2.4.1 Modelo de Virginia Henderson. ....	21
2.5 Cáncer de Testículo Germinal Mixto estadio III B no seminoma, tipo cariocarcinoma embrionario y teratoma. ....	25
III. METODOLOGIA.....	42
3.1 Valoración.....	42
3.2 Diagnósticos de Enfermería. ....	43
3.3. Planeación.....	43
3.4 Ejecución. ....	43
3.5 Evaluación.....	44
IV APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	45
4.1 Datos generales: .....	45
4.2 Presentación del caso .....	45
4.3 Valoración por necesidades: .....	47
4.4 Diagnósticos de Enfermería identificados .....	53
4.5 Plan de Cuidados de Enfermería.....	55
4.6 Plan de alta .....	81

CONCLUSIONES ..... 94

ANEXOS..... 95

    Anexo 1..... 95

    Anexo 2..... 110

BIBLIOGRAFÍA ..... 111

## INTRODUCCIÓN

Cada año se diagnostican en México 5 mil casos de cáncer testicular, el 80 por ciento es en etapas avanzadas de la enfermedad.

El cáncer testicular constituye de 1% a 1.5% de las neoplasias en el hombre; que corresponde al 5% de los tumores urológicos. Se presentan de tres a seis nuevos casos por cada 100 000 hombres por año en EUA de los cuales el 5% de los casos es bilateral. En nuestro país, con base en el registro histopatológico de las neoplasias malignas (2001), el cáncer testicular representa el tumor sólido más curable, siendo después del cáncer de próstata la neoplasia urológica más frecuente en el hombre en general y la neoplasia urológica más frecuente en el hombre en edad laboral.

El cáncer de testículo afecta a hombres en su mayoría entre los 15 y 35 años de edad y poco se conoce acerca de este padecimiento. Es un cáncer que se extiende al abdomen, a los pulmones y la columna vertebral siendo la complicación más frecuente la metástasis en pulmones que es la causa de muerte más frecuente.

Para un varón diagnosticado con cáncer de testículo llega a ser muy difícil el aceptar la enfermedad ya que llega a ser complejo para su propia autoestima, y su visión de él mismo ante la sociedad.

El daño causado por el tratamiento con quimioterapia, radioterapia, extirpación del tumor y/o testículo en pacientes oncológicos ocasiona limitaciones para restablecer su bienestar físico, mental, espiritual y social.

El Profesional de Enfermería cuenta con los conocimientos y actitudes para poder brindar un cuidado integral de calidad y calidez al paciente oncológico, usando como metodología el Proceso de Atención de Enfermería que permitan organizar y planificar los cuidados específicos requeridos por el paciente durante el diagnóstico, tratamiento, prevención de complicaciones asociadas; así como para la reincorporación social.

El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fue aplicado a una paciente adulto joven con el diagnóstico médico de Cáncer de Testículo Extragenital Germinal mixto estadio III B no seminoma, tipo cariocarcinoma embrionario y teratoma, hospitalizado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el cuál se encuentra dividido en diversos apartados para su mejor comprensión y análisis como la presentación de causas, marco teórico, presentación del caso clínico, desarrollo del plan de cuidados con intervenciones específicas y evaluación que permitirán validar el logro de los objetivos planeados, así como un plan de alta.



## **JUSTIFICACIÓN**

El presente caso se ha seleccionado ya que el cáncer es una enfermedad que en la actualidad ha incrementado su incidencia debido a diversos factores relacionados con el estilo de vida, genético, ambiental y la falta de educación alimentaria y preventiva en la población. Los pacientes oncológicos requieren del manejo multidisciplinario del personal de salud, que debe contar con la preparación y sensibilización para su adecuado manejo, ya que se debe cambiar diversos estereotipos y prejuicios que dificultan la visualización del paciente de una forma holística.

En la actualidad en la mayoría de los casos se tiene deficiencias en el cuidado y rehabilitación en los pacientes sometidos a tratamiento oncológico para poder evitar que las secuelas limiten en mayor medida la reintegración a la vida cotidiana.

Se tomó como base el modelo de Virginia Henderson para el desarrollo del presente trabajo, ya que este ve al individuo de forma integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales que interactúan entre sí, permitiendo el desarrollo de su potencial.

La función básica del profesional de enfermería es atender al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen al restablecimiento y cuidado de su salud o a una muerte digna, al favorecer la realización de actividades que él debe de realizar por sí mismo siempre y cuando tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesario para lograr su independencia.

## **I. OBJETIVOS**

### **1.1. General:**

Integrar los conocimientos adquiridos durante los estudios de la Licenciatura en Enfermera y Obstetricia, mediante la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson, aplicado a una paciente con Cáncer de Testículo que permita la identificación de las necesidades mayormente afectadas con el respeto hacia la persona, como la de vivir según sus creencias y valores, nutrición e hidratación, evitar peligros, comunicación entre otras, ya que constituyen la esencia del mismo, llegando a ser determinante en su proceso de enfermedad para tener la fuerza necesaria para afrontar ciertas circunstancias, implementando estrategias para favorecer su reintegración y el mejoramiento en su calidad de vida.

### **1.2 Específicos:**

- Valorar e identificar las 14 necesidades según el modelo de Virginia Henderson.
- Elaborar Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a los datos obtenidos en la valoración.
- Planificar los cuidados de enfermería acorde en las necesidades alteradas del paciente.
- Realizar una evaluación de las intervenciones realizadas y planificadas para el mejoramiento en la salud del paciente.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 El cuidado.

El ser y el hacer de la enfermería han sido abordados, por diversos teóricos, los cuales han coincidido en identificar el cuidado como la esencia de la profesión.

El cuidado se define como “una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el auto cuidado,<sup>1</sup> señalando cuatro dimensiones como fundamentales en el acto de cuidar:

- **Interacción:** Es un intercambio de ideas, acciones, experiencias y sentimientos entre el paciente y el personal de enfermería, en el cual se despliega una influencia recíproca, con el propósito de conseguir una intervención terapéutica de la calidad.
- **Participación:** La participación del paciente en su cuidado hace mucho más humana la práctica de enfermería, porque da la oportunidad al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser protagonista de su salud y no simplemente receptor de acciones planeadas por el profesional que lo atiende.
- **Afecto:** Se ubica como una vivencia humana referida al tono emocional y al estado de ánimo, traducida en los sentimientos y emociones de cada persona, que matizan sutilmente la interacción, haciéndose evidentes en la relación interpersonal que se establece, otorgándole un carácter humano y terapéutico a la vez.
- **Ética:** El sistema de valores del cuidado humano integra aquellos que están asociados a un profundo respeto por las maravillas y misterios de la vida, el reconocimiento de una dimensión espiritual de ésta; que incluye

<sup>1</sup> Andrade Cepeda “Proceso de Atención de Enfermería” 2da. edición, Editorial Trillas, Distrito Federal 2014.

altruismo humanístico, sensibilidad a sí mismo y a lo demás, amor a la vida y a otros seres humanos.

El cuidado es el centro de la práctica de enfermería y debe basarse en el conocimiento científico e instrumental y cuidado de sí mismo, acto esencial para dedicarse a otros con respeto, porque a partir de él se tendrá espacio para cuidar a otros.

## **2.2 Definición de Enfermería.**

Florence Nightingale definió la enfermería en 1859 como “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación”

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas que definió la enfermería; escribió “la función singular de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápidamente posible”.

En la segunda mitad del siglo XX, varios teóricos desarrollaron sus propias definiciones teóricas de enfermería; estas son importantes porque trascienden las definiciones simplistas. Describen lo que es la enfermería y la interrelación entre sus profesionales, la especialidad del paciente, el entorno y el resultado pretendido por el paciente: la salud. Algunos asuntos son comunes a muchas de estas definiciones: La enfermería es atención y cuidados, es un arte, es una ciencia, se centra en el paciente, es holística, es adaptativa, la enfermería se preocupa por promover la salud, su mantenimiento y su recuperación.

La Asociación Americana del profesional de enfermería (American Nurses Association, ANA) con diferentes definiciones a lo largo de su historia ha definido en 2003 a la enfermería como: “La Enfermería es la protección, promoción, y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la

repuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones.

## **2.3 Proceso de Atención de Enfermería.**

### **2.3.1 Antecedentes Históricos.**

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

Esta última etapa es la que más se ha desarrollado a partir de 1973, cuando Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, en la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, conformaron el Grupo Nacional para la clasificación de Diagnósticos Enfermeros.

En 1975, en la Segunda Conferencia para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermería, se hicieron progresos en los diagnósticos identificados en la primera conferencia; se aceptaron 37 más y se sugirieron 19 para desarrollar; fueron ordenados alfabéticamente se establecieron los diagnósticos, organizados según los patrones funcionales de salud de Gordon.

En la Quinta conferencia, en 1982, el Grupo Nacional se convirtió en la Asociación Norteamericana del Diagnóstico Enfermero. En esta conferencia Sor Callista Roy propuso, como resultado de una investigación los nueve patrones del hombre unitario (inicialmente se les llamo patrones de interacción) como marco conceptual del sistema de clasificación: en 1984 y 1986, en la Sexta y Séptima Conferencia, respectivamente, se sustituyó la denominación de patrones de respuesta humana. Además, se constituyó formalmente la Asociación Internacional. Carpenito recomienda que se use el término “problema independiente” cuando estos requieran prescripción médica.

En la Octava Conferencia (1988) se aprueba la taxonomía I, la ANA (American Nursing Association) reconoció a la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) como la organización responsable del desarrollo, aprobación y revisión de los diagnósticos de enfermería (DdE); en la Novena Conferencia (1990) se construyó su definición oficial; en el año 2000, en la Decimocuarta Conferencia se aprobó la taxonomía II, que se diseña de una manera multiaxial, que da flexibilidad a la nomenclatura y permite hacer con facilidad acciones y modificaciones; está compuesta por tres niveles (dominio, clase, y diagnósticos de enfermería), los 13 dominios que constituyen la dimensión de los patrones de respuesta humana y siete ejes.

Por otra parte en México, a partir de los años setenta, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería señaló la importancia de que en la enseñanza se hicieran cambios que favorecieran e impulsaran el pensamiento reflexivo, ordenado y analista que se requiere para brindar una atención adecuada, y que el cuidado se fundamente en una metodología científica; con aportaciones de docentes de esta asociación se editó el primer libro sobre PAE de la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C en 1976, mismo que tuvo gran influencia en los planes de estudio de esta disciplina.

De esta manera se enseñó el PAE de cuatro etapas; no se llegaba a un diagnóstico de enfermería, si no que a este apartado se le llamaba necesidad o problema; se concluye, a partir de los años ochenta, y con ello se mejoró considerablemente el conocimiento y la habilidad en la enseñanza del PAE; en esta última década se han incluido las taxonomías de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC, por sus siglas en inglés) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC por sus siglas en inglés).

Rosalinda Alfaro LeFvre define al PAE como “el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o un grupo de personas reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”; es un sistema de planificación en la

ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos sucesivos: Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.

### **2.3.2 Concepto**

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería; exigiendo habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales dirigidas a cubrir las necesidades del paciente.

### **2.3.3 Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad; establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar las enfermedades.

### **2.3.4 Características**

1. Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermería, que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los pacientes, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y de método científico.
2. Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación).
3. Es humanistas por considerar al individuo como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
4. Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de

riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del paciente y de la propia enfermería.

5. Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del ser humano.

6. Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica profesional y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

7. Es interactivo por requerir de la interrelación enfermería – paciente, familia para acordar y lograr objetivos comunes.

### **2.3.5 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería**

#### **Primera Fase: Valoración**

La valoración, primera etapa del PAE, es el proceso organizado y metódico de recoger información procedente de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona o grupos; debe ser sistematizada premeditada; es un proceso intencionado que se basa en un plan para reunir información exacta y completa para facilitar las etapas posteriores.

Todas las etapas del PAE dependen de una recogida precisa y completa de datos. Se pueden realizar la valoración de acuerdo con el estadio de salud de la persona o con el momento en que entre en contacto con el profesional de enfermería. Existen cuatro tipos de valoración:

*Valoración inicial o básica:* Se realiza durante la entrevista inicial con la persona para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud, estableciendo una base completa para la identificación del problema, referencias y futuras complicaciones.



*Valoración centrada en el problema:* Es un proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería, determina el estado de un problema identificado en la primera valoración.

*Valoración de urgencia:* Se realiza para reunir información en el menor tiempo posible, generalmente en personas en estado crítico con el fin de obtener datos que permitan la intervención rápida de enfermería.

*Revaloración:* Varios meses después de la valoración, se compara el estado actual del paciente con los datos de base obtenidos inicialmente.

- **Obtención de datos.**

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y bibliografía importante son fuentes secundarias de datos.

Los datos que se obtienen son de cuatro categorías:

*Datos subjetivos:* Se refieren a la percepción de la persona con respecto a su estado de salud y a su forma de expresar o responder ante los problemas o situaciones que se presentan. El profesional de enfermería no debe incidir para determinarlos, ya que es la apreciación de la propia persona.

*Datos objetivos:* Son aquellos susceptibles de ser observados y medidos (cuantificables) por el profesional de la salud; se obtienen durante la entrevista, observación y el examen físico. Ejemplo: La somatometría y signos vitales.

*Datos de antecedentes:* Se refiere a situaciones de salud o enfermedades ocurridas con anterioridad. Ejemplo la antecedentes heredofamiliares, enfermedades de la infancia, cirugías previas etcétera.

*Datos actuales:* Comprenden los hechos que están ocurriendo en el momento presente. Ejemplo: Los signos vitales, características de la herida quirúrgica,

características del vómito, entre otros. Estos pueden ser tanto objetivos como subjetivos.

- **Métodos de obtención de datos.**

Para la recolección de datos se requiere de un proceso sistematizado y empleo de métodos y técnicas, entre los que se encuentran los siguientes:

**La entrevista:**

Es la comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, obtener o dar información, identificar problemas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o consejo tratamiento.

Existen dos tipos de entrevista:

- Formal o estructurada: Consiste en la comunicación con un propósito específico, diseñada para una finalidad terapéutica, en la cual el profesional de enfermería realiza la historia de la persona. En el proceso de obtención de datos, esta entrevista es la que se emplea fundamentalmente.
- Informal o incidental: Es la conversación entre el profesional de enfermería y la persona en el curso de los cuidados. Esta entrevista se emplea también para recoger datos, sobre todo en actualizar los obtenidos con anterioridad.

**La observación:**

Comprende la utilización de todos los sentidos para captar la información de manera globalizadora, por lo que se requieren amplios conocimientos teóricos y habilidades en el uso de estos.

**El examen físico:**

Es un método sistemático para reunir los datos a través de la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas

de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

El profesional de enfermería suele registrar primero la impresión general sobre el aspecto general del paciente, por ejemplo la edad, la talla, el estado mental, nutricional, el habla y la conducta. Después toma medidas como los signos vitales, la altura y el peso. El método céfalo-caudal o de la cabeza a los dedos de los pies. Investiga cada sistema de manera individual, es decir el sistema respiratorio, el sistema circulatorio, el sistema nervioso y así sucesivamente. También puede realizar una exploración de cribado, llamada revisión de sistemas, es una revisión breve del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas corporales. Un ejemplo de ella es la valoración de enfermería en el momento del ingreso. Los datos obtenidos en esta exploración se miden frente a normas o modelos, como los modelos de peso y talla ideal o las normas de temperatura corporal o presión arterial.

### **Organización de datos:**

Dentro de esta fase se lleva a cabo el ordenamiento de datos. Este paso es más fácil si se emplea un marco de referencia específico, de esta manera el orden y clasificación de los datos será más rápido.

### **Agrupación de datos según el marco de referencia:**

Durante esta fase de la valoración se caracterizan por conductas de salud de la persona como normales o anormales. Este proceso es muy importante porque cada tipo de conducta encontrada requiere diferente intervención de enfermería. Las intervenciones en las conductas de la salud y bienestar se dirigen a fomentar el estilo de vida saludable, mientras que las intervenciones de las conductas de riesgo, se enfocan en eliminar o disminuir el factor causal, o bien, son de carácter preventivo, es decir, reducen el o los factores de riesgo para evitar el deterioro de la salud.

## **Registro de datos:**

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Forma parte de todas las fases del proceso de enfermería; constituye un elemento importante, ya que es un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud: es un mecanismo de evaluación de los cuidados individualizados de cada persona.

## **Segunda fase: Diagnósticos de Enfermería.**

- **Definición:**

El termino diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el termino diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos se llaman etiquetas diagnósticas, y la declaración del problema del paciente, que consiste en la etiqueta diagnóstica más la etiología (relación causal del problema y sus factores relacionados o de riesgo), se llama diagnóstico de enfermería.

En 1990 la NANDA adopto una definición funcional oficial del diagnóstico de enfermería "Un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud, procesos vitales reales, y potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la seleccionar las intervenciones de enfermería para conseguir resultados de los que el profesional de enfermería es responsable"

- **Componentes de los diagnósticos:**

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: 1) El problema y su definición; 2) La etiología, y 3) Las características definitorias.

*Problema (etiqueta diagnóstica) y definición:* Describe el problema del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud de paciente de forma clara y concisa. El objetivo de la etiqueta

diagnostica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados. También puede sugerir alguna intervención de enfermería.

*Etiología (factores relacionados y factores de riesgo):* El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional para individualizar la asistencia al paciente. Diferenciar entre las posibles etiologías en el diagnóstico de enfermería es esencial porque cada una puede exigir diferentes intervenciones de enfermería.

*Características definidoras:* Son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de enfermería del riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos. Por ello, los factores que hacen que el paciente sea más vulnerable al problema constituyen la causa de un diagnóstico de enfermería de riesgo.

- **Proceso diagnóstico:**

El proceso diagnóstico usa las habilidades del pensamiento crítico del análisis y la síntesis. En el pensamiento crítico, la persona revisa los datos y analiza las explicaciones antes de formarse una opinión. El proceso de enfermería tiene tres pasos: Análisis de datos, identificación de los problemas de salud, riesgos y fortalezas, formulación de las declaraciones diagnósticas.

Verificación del diagnóstico: Verificar es validar con fuentes primarias y secundarias, siempre que sea posible en forma teórica y con el paciente. En la validación teórica se contrastara la etiqueta, los factores relacionados y las características definidoras con la NANDA. La validación del diagnóstico con el paciente es necesaria para que participe activamente en el plan. Por ello, se le informa de los hallazgos mediante una explicación clara y concisa. Para cuestiones legales se sugiere el consentimiento informado.

### **Tercera fase: Planeación.**

La planeación es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería (PAE); en ella se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados de paciente. Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente sino que le animan y participan activamente hasta donde sea posible.

#### **Etapas de la planeación:**

- **Establecimiento de prioridades**

Cuando se ha identificado más de un diagnóstico de enfermería, es necesario establecer un orden de prioridad entre ellos, para orientar las intervenciones; para establecer dicha prioridad, se debe consensuar con la persona a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdida de tiempo.

La orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción hacia: protección y alivio, prevención y alivio al sufrimiento, prevención y corrección de disfunciones y búsqueda de bienestar.

Cuando varios diagnósticos presentan un mismo nivel de gravedad se puede recurrir a la jerarquía de necesidades de Maslow (fisiológicas, de protección y seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización).

- **Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados**

También se denominan objetivos de resultados. Se elaboran una vez que se han priorizados los diagnósticos de esta manera, un objetivo es la evolución de la persona o una modificación deseada de su comportamiento; es una forma de proyección de la respuesta esperada. Observa las respuestas que manifiestan

cambio biológico, afectivo, cognitivo, social, espiritual. Los objetivos de resultado, o criterio de resultado, son considerados como los criterios mensurables que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Desde esta etapa se hace necesario determinar los resultados deseados en la persona, contenidos en la Nursing Outcomes Classification (NOC), que son una terminología y unos criterios estandarizados para resultados valorables, que han de especificarse antes de elegir las intervenciones, ya que servirán como criterios comparativos para evaluar las intervenciones de enfermería determinadas; los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos de la persona ante los cuidados administrados.

Por si mismos los indicadores también proporcionan información de la evaluación del proceso, ya que se pueden utilizar como resultados intermedios a corto plazo del proceso de cuidados, pueden ser de:

*Corto plazo:* Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Son adecuados, especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia, cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos, o bien para identificar desviaciones y corregirlas rápidamente.

*Mediano plazo:* Para un tiempo intermedio, que puede oscilar entre una semana o un mes de tal forma que se puedan utilizar para reconocer los logros de la persona y mantener la motivación.

*Largo plazo:* Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: uno que abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro; otro se obtiene a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.

- **Elección de intervenciones de enfermería**

Las intervenciones están dirigidas a modificar los factores etiológicos o factores relacionados; si la intervención resulta exitosa, puede esperarse que el estado de

la persona mejore. En los diagnósticos de enfermería de riesgo, la intervención se dirige a modificar o eliminar los factores de riesgo del diagnóstico. Las intervenciones representan toda acción que realiza la enfermera, toda actividad o comportamiento que adopta o trata de desarrollar en la persona; en el marco de sus funciones profesionales, busca el mayor bienestar de la persona cuidada.

La NIC se utiliza para documentar la práctica y determinar el impacto de los cuidados de enfermería sobre los resultados de la persona. Estos deben especificarse previamente, describen conductas, respuestas, y sentimientos de la persona ante los cuidados administrados.

- **Desarrollo de plan de cuidados**

El plan de cuidados es una guía escrita que organiza la información sobre la intervención de enfermería con una persona. Tiene como finalidad:

- a) Diferenciar las responsabilidades de enfermería de la de los otros miembros del equipo de salud.
- b) Orientar la atención de enfermería, mediante la determinación, de acciones conducentes a prevenir, o resolver problemas de salud detectados.
- c) Proporcionar pautas para la evaluación de los cuidados, ya que sirven de registro de las actividades realizadas.

#### **Cuarta fase: Ejecución.**

La ejecución constituye la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, en la cual se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados. Es necesario tomar en cuenta que las acciones deben ser éticas y seguras.

Esta etapa debe mostrar flexibilidad en el plan de cuidados, ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente y en los recursos disponibles del hospital o área física.



- **Preparación:**

Esta parte de la ejecución considera lo siguiente:

1. Revisar las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido y con las intervenciones de otros profesionales.
2. Analizar los conocimientos y habilidades necesarias e identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución.
3. Reconocer las complicaciones potenciales: conocer las complicaciones más habituales de la persona, asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería. Esto permitirá poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan riesgos.
4. Proporcionar los recursos necesarios: prever el tiempo que requiere cada intervención, para la buena organización del trabajo y garantizar de esta manera, que todas las personas reciban una atención de calidad.
5. Proporcionar un entorno adecuado y seguro: creando un ambiente terapéutico, en el que la persona como el profesional de enfermería puedan trabajar en la resolución de los factores que contribuyen a la presencia del problema de salud.

En la ejecución debe existir razonamiento crítico, su uso le permitirá al profesional de enfermería determinar si las intervenciones planificadas son todavía adecuadas o si es necesario modificar el plan de cuidados.

### **Quinta fase: Evaluación.**

La evaluación es la quinta y última etapa del PAE; se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

La evaluación tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. Su

repercusión es directamente proporcional a la satisfacción de las personas que han entrado en el sistema de cuidados de salud.

En este sentido los criterios más importantes que valora la enfermería son la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de los siguientes aspectos:

1. Obtención de datos sobre el estado de salud, problemas y diagnóstico a evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados.
3. Elaboración de un juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

- **Comparación con resultados esperados:**

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, con las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que se puede llegar:

- a) El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- b) El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantear otras actividades.
- c) El paciente no ha alcanzado el resultado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso, podemos realizar una nueva revisión del problema de juicios.

- **Evaluación continua:**

La calidad de los cuidados siempre puede mejorarse: es dinámica, debe actualizarse con los estándares exigidos, especialmente considerando los avances modernos de los diagnósticos, terapias, y los métodos e instrumentos antes señalados para medir los cuidados de calidad de enfermería.

## **2.4 Teorías de enfermería.**

### **2.4.1 Modelo de Virginia Henderson.**

#### **Antecedentes:**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

#### **Marco de referencia para la valoración de enfermería:**

El pluralismo teórico o conceptual describe una situación en la cual coexisten muchas perspectivas teóricas en una sola profesión, como lo es en enfermería. En 1966, la definición de Virginia Henderson de la singular función de la enfermería supuso un importante hito en la asunción de la enfermería como una disciplina independiente a la medicina. Henderson describe la enfermería en relación con el paciente y su entorno; ve al profesional de enfermería como alguien preocupado por individuos tanto enfermos como sanos, reconociendo la interacción con el paciente incluso cuando la recuperación pueda no ser viable y menciona la enseñanza y el apoyo activo como funciones de dicho profesional.

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influida por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de las necesidades. Las asunciones científicas o postulados de este modelo son básicamente tres:

- a) La persona es todo un complejo con 14 necesidades básicas.
- b) La persona desea la independencia y se esfuerza por conseguirla.
- c) Cuando alguna necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo independiente.

### **Definición de Virginia Henderson de los cuatro conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería:**

El metaparadigma de Henderson incluye los siguientes conceptos:

**Persona.** Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales, y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial (la independencia).

**Entorno.** Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Incluye factores intrínsecos y extrínsecos a la persona.

**Enfermería.** Es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción a sus necesidades básicas. Para Henderson, la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a una muerte tranquila); actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

**Salud.** Es la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea por acciones llevadas a cabo por la persona o cuando ello no sea posible, mediante acciones realizadas por otros.

### **Necesidades de Virginia Henderson:**

Virginia Henderson (1966) conceptualiza el papel del profesional de enfermería como una persona que ayuda a individuos enfermos o sanos a alcanzar la independencia para cubrir 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar normalmente.

2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del cuerpo.
4. Moverse y mantener una posición deseable.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir ropas adecuadas.
7. Mantener la temperatura corporal dentro del intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y aseado para proteger el integumento
9. Evitar peligros en el entorno y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Practicar las propias creencias espirituales.
12. Trabajar de forma que se perciba un sentimiento del deber cumplido.
13. Jugar o participar en diversas formas de diversión.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad, lo que conduce al desarrollo y la salud normales, y usar las instalaciones de salud disponibles.

**La salud. Independencia, dependencia y causas de la dificultad:**

*Cuidados básicos:* Cualquier cuidado de enfermería que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía, sea cual sea su área y grado de dificultad.

*Independencia:* Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

*Dependencia:* Se refiere al desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona, debido a una falta de conocimientos, fuerza o voluntad, que dificulta o impide la realización de las actividades adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

*Manifestaciones de dependencia:* Conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan incorrectos, inadecuados o insuficientes para satisfacer

las necesidades básicas, actualmente o en el futuro, originadas por una falta de conocimientos, fuerza o voluntad.

*Agente de autonomía asistida:* Persona que, cuando el usuario, carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a aquellas necesidades que pueden ser objeto de cierto grado de suplencia.

### **Elementos fundamentales del modelo:**

*Objetivo de los cuidados:* Es ayudar a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas.

*Usuario del servicio:* Persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aun sin presentarlo, tiene un potencial de desarrollo.

*Rol profesional o papel del profesional de enfermería:* Consiste en cumplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a que logre la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos, y voluntad para que utilice de manera.

*Fuente de la dificultad:* En este modelo recibe el nombre de área de dependencia y se refiere a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

- a) Falta de conocimientos: Cuando la persona, tiene la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, pero carece de los conocimientos, necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo emplearlos.
- b) Falta de fuerza: Puede ser física o psíquica.
  - Física: Casos en que la persona no tiene la capacidad psicomotriz o la fuerza y el tono muscular necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas.

- Psíquica: Cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe realizar, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.
- c) Falta de voluntad: Cuando la persona ha tomado la decisión adecuada para cubrir sus necesidades y quiere ponerla en práctica, pero no persiste en las acciones con la debida intensidad o durante el tiempo requerido.

### **Intervención de enfermería**

Incluye dos elementos:

- a) Centro de las intervención: Se refiere a las áreas de dependencia de la persona; esto es, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo).
- b) Modos de la intervención: se enfocaran en aumentar , complementar, reforzar o sustituir el conocimiento, la fuerza o la voluntad teniendo en consideración que no todos los modos se aplican a todas las áreas de dependencia; por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, aumentarse o completarse, pero no sustituirse.

### **Consecuencia de la intervención:**

La consecuencia buscada con las acciones es la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, considerando su situación específica.

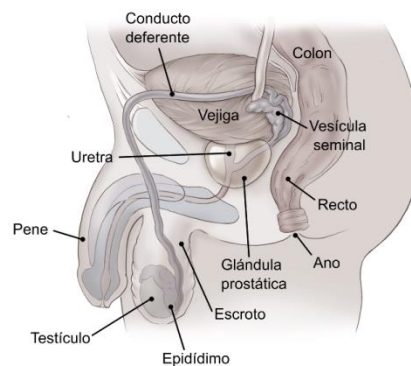
## **2.5 Cáncer de Testículo Germinal Mixto estadio III B no seminoma, tipo cariocarcinoma embrionario y teratoma.**

### **Definición.**

El tumor maligno de testículo es una de las neoplasias sólidas más común y curable en el hombre entre 15 a 35 años. El 95% de los tumores malignos de testículo se originan en el epitelio germinal primordial.

El cáncer que se origina en los testículos se denomina cáncer testicular. Para entender este cáncer, resulta útil conocer sobre la estructura normal y la función de los testículos.

Los testículos (llamados también *testes* en plural en latín; y *testis* en singular) son parte del sistema reproductor masculino. Estos dos órganos, que por lo general son un poco más pequeños que una pelota de golf en los varones adultos, se encuentran dentro de una bolsa de piel llamada escroto. El escroto cuelga debajo de la base del pene.



Los testículos tienen dos funciones principales:

- Producen las hormonas masculinas (andrógenos), como la testosterona
- Producen espermatozoides, las células masculinas necesarias para fertilizar la célula sexual femenina (óvulo), y así comenzar un embarazo.

Las células espermáticas se producen en conductos largos y semejantes a hilos que se encuentran dentro de los testículos llamados túbulos seminíferos. Estas células entonces se almacenan en un pequeño tubo enrollado que se encuentra detrás de cada testículo llamado epidídimo donde maduran. Durante la eyaculación, las células espermáticas se transportan desde el epidídimo por el conducto deferente hasta llegar a las vesículas seminales, donde se mezclan con líquidos producidos por las vesículas seminales, la glándula prostática y otras glándulas para formar el semen (espermatozoides). Este líquido entonces entra



en la uretra (el conducto en el centro del pene por donde pasa la orina o el semen para salir del cuerpo).

Los testículos están compuestos de varios tipos de células, en cada una de las cuales se puede originar uno o más tipos de cáncer.

### **Epidemiología.**

El cáncer es responsable del 12.9% de todas las muertes en el mundo. En México en el 2007 el cáncer fue la cuarta causa de muerte en los hombres, lo que representa el 11.8% del total de defunciones en el sexo masculino. La prevalencia mundial del número de casos reportados de cáncer testicular ha tenido un incremento del 100% desde 1936.

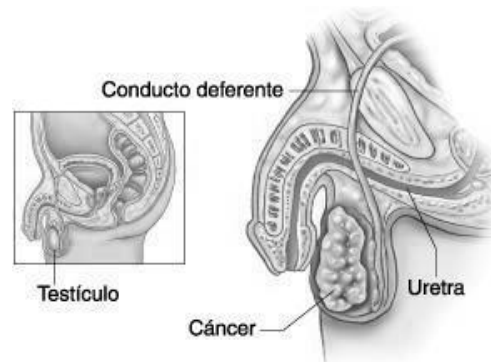
En el Instituto Nacional de Cancerología de México se realizó un análisis descriptivo entre 1985-1994 en el cual se encontró que el cáncer testicular representa el 8.3% de todos los tumores en hombres. De los tumores de órganos genitales en este género representa el 50%, con presentación en dos grupos de edad; un pico inicial, en hombres jóvenes y el segundo pico, décadas más tarde.

El cáncer de testículo es cuatro a cinco veces más frecuente en la raza blanca que en la negra, y tiene mayor incidencia en los países escandinavos y en Nueva Zelanda que en los Estados Unidos.

### **Factores de riesgo para el desarrollo del cáncer testicular:**

- a) Historia familiar de cáncer testicular en familiares de primer grado.
- b) Criptorquidia.
- c) Infertilidad.
- d) Síndrome de Klinefelter.
- e) Tumor testicular contralateral.

## Tumores de las células germinales.



Más del 90% de los tumores cancerosos de testículo se presentan en células especiales llamadas células germinales, las cuales producen los espermatozoides. Los dos tipos principales de tumores de las células germinales en los hombres son:

- **Seminomas:** Estos tienden a crecer y a propagarse más lentamente que los no seminomas. Los dos subtipos principales de estos tumores son los seminomas clásicos (o típicos) y los seminomas espermatocíticos.
- **No seminomas:** Estos tipos de tumores de células germinales usualmente se presentan en hombres que están en los últimos años de la adolescencia y a principios de los 30's.

Los cuatro tipos principales de tumores no seminomas son:

- **Carcinoma embrionario:** Este tipo de tumor no seminoma se presenta hasta cierto grado en alrededor del 40% de los tumores testiculares, aunque los carcinomas embrionarios puros ocurren sólo entre el 3% y el 4% de las veces. Cuando son vistos con un microscopio, estos tumores se parecen al tejido de los embriones que se encuentran en sus primeras etapas de formación. Este tipo de cáncer no seminoma tiende a crecer rápidamente y a propagarse fuera del testículo. El carcinoma embrionario puede aumentar los niveles sanguíneos de una proteína del marcador tumoral llamada alfafetoproteína (AFP), así como de *gonadotropina coriónica humana* (HCG).

- **Carcinoma del saco vitelino.**
- **Coriocarcinoma.**
- **Teratoma:** Son tumores de células germinales con áreas que, al observarse en un microscopio, se asemejan a cada una de las tres capas de un embrión en desarrollo: el endodermo (la capa más profunda), el mesodermo (la capa intermedia) y el ectodermo (la capa exterior). Los teratomas puros de los testículos son poco comunes y no aumentan los niveles de AFP o HCG. Con más frecuencia, los teratomas se observan como partes de tumores de células germinales mixtas.

Existen tres tipos principales de teratomas:

- Los **teratomas maduros** son tumores formados por células similares a las células de los tejidos adultos. Rara vez se propagan a los tejidos cercanos y a partes distantes del cuerpo. Por lo general, se pueden curar con cirugía, aunque algunos regresan (recurren) después del tratamiento.
- Los **teratomas inmaduros** son cánceres que no están tan bien desarrollados con células que se parecen a las de un embrión en sus primeras etapas de formación. A diferencia de un teratoma maduro, este tipo tiende a crecer (invade) hacia los tejidos circundantes, a propagarse fuera del testículo (metástasis), y a regresar años después del tratamiento.
- Los teratomas con malignidad de tipo somático son cánceres muy poco comunes. Estos cánceres tienen algunas áreas que se asemejan a los teratomas maduros, pero tiene otras áreas donde las células se han convertido en un tipo de cáncer que normalmente se desarrolla fuera del testículo (tal como un sarcoma, un adenocarcinoma o incluso leucemia).

**Diagnóstico:**

#### **A. Síntomas y signos.**

##### **1. Síntomas**

- a) **Masa y dolor.** El síntoma más frecuente del cáncer testicular es un aumento de tamaño indoloro, que suele apreciarse al bañarse o

tras un traumatismo leve. En el 30% a 50% de los pacientes, el aumento testicular es doloroso y puede deberse a una hemorragia o un infarto del tumor. El dolor agudo en un paciente con criptorquidia sugiere la posibilidad de la torsión de un cáncer testicular.

- b) Epididimitis aguda.** Casi el 25% de los pacientes con teratoma mixto y tumor de células embrionarias acude con signos que no pueden distinguirse de una epididimitis aguda. La hinchazón testicular causada por el tumor puede incluso disminuir ligeramente tras el tratamiento antimicrobiano.
- c) La ginecomastia** causada por niveles elevados de GCh sérica rara vez constituye un signo de presentación.
- d) Infecundidad.** Se trata del síntoma principal en alrededor del 3% de los pacientes.
- e) El dolor lumbar** por metástasis ganglionares retroperitoneales supone una manifestación inicial en el 10% de los pacientes.
- f) Otros síntomas iniciales.** Incluso en el caso de que existan metástasis pulmonares diseminadas, rara vez se observan síntomas torácicos. Cuando hay un claro descenso, por sustitución, del parénquima pulmonar, los pacientes pueden presentar hemoptisis, dolor torácico o disnea.

## 2. Signos:

- a) Escroto.** Casi siempre existe una masa testicular. Debe palparse el testículo mediante una técnica bimanual; el hallazgo de irregularidades, induraciones o nódulos es una indicación para una evaluación adicional, que debe incluir una ecografía testicular por si existe una masa hipoecógena.
- b) Ganglios linfáticos.** Debe buscarse cuidadosamente la presencia de linfadenopatías en la exploración, particularmente en la fosa supraclavicular. La contaminación escrotal altera el drenaje linfático normal, de la misma manera que después de la realización de una

biopsia testicular, una vasectomía o una herniorrafia; debido a ello, pueden verse afectados los ganglios inguinales homolaterales. En la exploración abdominal, pueden palparse grandes masas retroperitoneales.

**a) Mamas.** La ginecomastia se asocia a tumores que secretan niveles elevados de GCh.

## **B. Diagnóstico diferencial.**

**1. Los hidroceles** suelen ser benignos, aunque un 10% de los tumores malignos testiculares se asocia a hidroceles coexistentes. El hallazgo de un hidrocele en un hombre joven debe despertar las sospechas de la probabilidad de que exista una neoplasia asociada.

**a)** Los hidroceles benignos se extienden a lo largo del cordón espermático, suelen causar hinchazón de la ingle y pueden dar al pene un aspecto reducido. Puede realizarse en ellos una transiluminación.

**b)** Si el líquido impide una palpación testicular adecuada, se realizara una ecografía del testículo.

**2. La epididimitis** produce un aumento de tamaño brusco del testículo, con dolor intenso, fiebre, disuria, y poliuria, los mismos síntomas que puede producir un cáncer testicular subyacente.

**a) El dolor o la tumefacción persistente tras el tratamiento** pueden deberse a un absceso testicular superpuesto o a un tumor coexistente; estará indicada la ecografía testicular.

**b)** En ocasiones se observa una **epididimitis recurrente** en un testículo completamente normal, y no existen indicios de un tumor en la ecografía testicular. La epididimitis recurrente por sí misma no indica, necesariamente, la presencia de un cáncer.

**3. Los varicoceles** son venas hinchadas en el plexo pampiniforme del cordón espermático. Parece que el escroto contuviera un saco de gusanos. Las venas se colapsan cuando el paciente se encuentra en la posición de Trendelenburg.

4. **Los espermatocitos** son masas translúcidas localizadas por detrás y por encima de los testículos, y tienen un aspecto quístico.
  5. **Las hernias inguinales** no suelen plantear problemas en el diagnóstico.
  6. **Otras masas** pueden ser orquitis tuberculosas y gomosas, hematomas, y tumefacciones agudas por torsión testicular. Ninguna de ellas puede distinguirse clínicamente del cáncer, y en todas resulta necesaria una exploración quirúrgica.
- C. Los marcadores tumorales** son los indicadores más sensibles y esenciales del cáncer testicular. La GCh y la  $\alpha$ -FP séricas son los marcadores más importantes en oncología. Uno o más de estos marcadores séricos se encuentra en más del 90% de los pacientes con cáncer testicular de células germinales no seminomatoso metastásico.
1. **La GCh** se encuentra notablemente elevada en el coriocarcinoma y también lo está en el carcinoma de células embrionarias; además, se muestra ligeramente elevada en los pacientes con seminomas puros. La semivida de la GCh es de 18-24 h.
    - a) **La GCh** también puede encontrarse en pacientes con otros tumores, entre ellos el melanoma, el cáncer de pulmón de células grandes, y el cáncer de mama, de ovario o de páncreas.
    - b) **Las afecciones no malignas** asociadas a unas concentraciones elevadas de GCh pueden asociarse al consumo de marihuana o la disfunción testicular a causas de la reacción cruzada con la hormona luteinizante. Puede observarse esto ocasionalmente tras la quimioterapia. La repetición de la concentración sérica de GCh 2 semanas después de la administración de 300mg de testosterona de liberación prolongada por vía intramuscular resolverá el dilema.
    - c) **En el cáncer testicular**, la presencia de GCh tras una orquiectomía es la prueba de que el paciente presenta un cáncer residual y necesita tratamiento adicional. Sin embargo, la ausencia de GCh no descarta la presencia de un cáncer activo, fundamentalmente en aquellos pacientes tratados previamente.

2. Los elementos del saco vitelino producen la  **$\alpha$ -FP** y se asocian con mayor frecuencia a carcinomas embrionarios y a tumores del saco vitelino. Nunca se encuentran concentraciones elevadas de  $\alpha$ -FP en pacientes con un seminoma o un coriocarcinoma puros. La semivida de la  $\alpha$ -FP es de 5 días, pero puede ser mucho más prolongada tras una buena respuesta a la quimioterapia.
  - a) Los niveles elevados pueden explicarse también por un carcinoma hepatocelular, otras neoplasias (ocasionalmente), la producción hepática fetal en las mujeres embarazadas, la lactancia y las hepatopatías no malignas (p.ej., hepatitis, cirrosis, necrosis).
  - b) Los niveles elevados de  $\alpha$ -FP tras la cirugía o el tratamiento antineoplásico con citotóxicos en el cáncer testicular indican la presencia de una enfermedad residual y la necesidad de tratamiento adicional.

#### **D. Estudios complementarios**

##### **1. Estudios prequirúrgicos habituales.**

- a) Hemograma completo, pruebas de función hepática (especialmente, niveles de lactato deshidrogenasa (LDH) y fosfatasa alcalina) y pruebas de función renal.
- b) Radiografía de tórax, con proyecciones posteroanterior (PA) y lateral.
- c) Niveles de GCh y  $\alpha$ -FP en sangre.
- d) **Estudios posquirúrgicos habituales.** Se realizan una vez que se ha demostrado el diagnóstico de cáncer testicular. Los que se realizan con tumores de todos los tipos de células son:
  - a) **Tomografía computarizada (TC, TAC) torácica.** Pueden detectar metástasis parenquimatosas pulmonares o mediastínicas posteriores ocultas. No suele ser una prueba necesaria si ya hay alteraciones en las radiografías **AP** y lateral de tórax.

- b) TC abdominal y pélvica.** Colaboran en la evaluación de las adenopatías retroperitoneales o, en raras ocasiones, pélvicas.
- c) Tomografía por emisión de positrones (TEP).** Nunca está indicada en la estadificación inicial. Puede ayudar a decidir sobre la necesidad de una intervención quirúrgica después de la quimioterapia, especialmente en pacientes con seminomas puros. Cuando una masa residual de teratoma, la TEP no será “positiva” y no detectará una afectación microscópica.

### **Sistema de estadificación y factores pronósticos.**

**A. Sistema de estadificación y supervivencia.** El sistema presentado es un sistema de estadificación anatomopatológico de los tumores no seminomatoso, para los cuales la linfadenectomía es una práctica habitual. También se utiliza para la estadificación de los seminomas, en los cuales la obtención de muestras de ganglios linfáticos no forma parte del tratamiento. Las estadísticas sobre supervivencia de los tumores testiculares se han visto alteradas espectacularmente gracias a los tratamientos modernos.

### **Fases**

El cáncer testicular se divide en tres fases:

- I.** Limitada a los testículos, cordón espermático y escroto
- II.** Enfermedad metastásica en ganglios linfáticos retroperitoneales y/o pélvicos y STM normales o ligeramente elevados
- III.** Metástasis visceral o nodal distante o la combinación de metástasis nodal regional más STM moderados o muy elevados

Aunque pacientes con STM elevados después de la orquiectomía están etiquetados desde el punto de vista técnico para la fase I, si no existe evidencia radiográfica de enfermedad metastásica (fase IS), no obstante son tratados como pacientes fase III para presunta enfermedad micrometastásica.

**La fase I** además se subdivide con base en la fase del tumor:

- IAT** Limitada a los testículos con o sin invasión de la túnica albugínea



**IBT2** Invasión linfovascular o invasión de túnica vaginal

**T3** Invasión del cordón espermático

**T4** Invasión del escroto

**IS** Cualquier-fase T más marcadores elevados

**La fase II** se subdivide con base en el número y tamaño de ganglios linfáticos agrandados:

**IIA** Menos de seis ganglios agrandados que no miden más de 2 cm en su diámetro mayor.

**IIB** Cualquier ganglio entre 2 y 5 cm o más de 5 ganglios agrandados, pero ninguno es mayor a 5 cm.

**IIC** Una masa ganglionar mayor a 5 cm.

**La fase III** se subdivide con base en el nivel de STM y la ubicación de la metástasis. Sin embargo, las decisiones de tratamiento acerca de la enfermedad de fase avanzada son con base en el sistema de International Germ Cell Consensus Classification, que se derivó a partir de un análisis agrupado de pacientes con GCT diseminado tratado con esquemas múltiples agentes basados en cisplatino. Este sistema divide a los pacientes en categorías de riesgo.

**SEMINOMA DE FASE I:** Los seminomas de fase I tienen un pronóstico destacado menor de 1% de los pacientes que se espera que mueran como resultado de la enfermedad.

Existen tres opciones de tratamiento después de la remoción quirúrgica del testículo comprometido:

- Vigilancia.
- Terapia de radiación de haz externo.
- Quimioterapia con carboplatino de único agente.

Ninguna de estas opciones ha demostrado producir mejor o peor supervivencia a largo plazo, pero cada una tiene distintos riesgos y beneficios. Históricamente, la

terapia de radiación fue preferida, pero conforme los datos de seguimiento a largo plazo están disponibles, se encontró que los pacientes con seminoma que están recibiendo terapia de radiación, tienen más riesgo de desarrollar enfermedades tumorales secundarias, y algunos estudios encontraron un aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte.

Después se investigó la vigilancia, lo cual ha proporcionado tasas de supervivencia que no se pueden distinguir de las relacionadas con terapia de radiación. La tasa de recaída para pacientes de fase I que se pusieron bajo vigilancia después de orquiectomía es de alrededor de 18%, comparado con 4% después de terapia de radiación. La vasta mayoría de éstos se puede curar con terapia de radiación al tiempo de la recaída, en tanto casi todos los demás se curan con quimioterapia. Factores de riesgo para recaída durante la vigilancia incluyen un tumor grande (por ejemplo mayor a 4 cm) e invasión del testículo restante.

El riesgo de recaída es de alrededor de 10, 16 y 32% para hombres con cero, uno o ambos factores de riesgo, respectivamente. Un programa de vigilancia habitual es realizar un examen físico, rayos X de tórax, medición de STM, y un rastreo de CT abdomino-pélvica en los siguientes intervalos:

- 1 a 3 años: Cada cuatro meses.
- 4 a 6 años: Cada seis meses.
- 7 a 10 años: Cada año.

Una estrategia alternativa para evitar la toxicidad tardía de la terapia de radiación es la quimioterapia con Carboplatino, ya sea en uno o dos ciclos a dosis de 400 mg/m<sup>2</sup> o un AUC de 7. Un estudio al azar que comparó un único ciclo de Carboplatino con radiación de haz externo informó que no hubo diferencia en la tasa de recaída. Estudios de dos ciclos de Carboplatino informaron menores tasas de recaída en alrededor de 2%.<sup>4</sup> El seguimiento a largo plazo para pacientes tratados con Carboplatino es muy limitado, pero la supervivencia

específica de la enfermedad en series informadas es de 100%. Se conoce poco acerca del riesgo hipotético de recaída tardía y toxicidad tardía.

**SEMINOMA FASE II:** El tratamiento de seminoma fase II no ha sido investigado en estudios bien diseñados al azar, principalmente debido al número pequeño de pacientes. Desde el punto de vista histórico, el tratamiento ha sido con base en la carga de enfermedad. Pacientes de fase IIA reciben terapia de radiación, de fase IIC son tratados con quimioterapia basada en cisplatino para enfermedad diseminada, y los de fase IIB pueden ser tratados con cualquiera de las estrategias. La tasa de curación para enfermedad IIA/IIB es de 90 a 95% y de 85 a 90% para IIC.

### **Tumores de células germinales no seminomatosos fases I y II**

**NSGCT FASE I Hombres con NSGCT fase I** que tienen STM persistentes elevados deberían ser tratados como pacientes en fase III utilizando quimioterapia basada en cisplatino.

Los STM elevados indican metástasis distante. Los NSGCT fase I en hombres con posorquiectomía normal de STM se pueden tratar con éxito con cualquiera de las siguientes tres estrategias:

- Vigilancia.
- Cirugía (disección de ganglio linfático retroperitoneal).
- Dos ciclos de quimioterapia de BEP (BEP = Bleomicina, epóxido, Cisplatino).

Cada una de ellas resulta en una supervivencia específica de enfermedad de alrededor de 99%. Hombres en vigilancia presentan en promedio 30% de riesgo de recaída, pero el riesgo es mayor para los que cursan con invasión broncovascular y/o predominancia de carcinoma embrionario. La vigilancia requiere visitas frecuentes al médico y pruebas médicas:

La disección de ganglios linfáticos retroperitoneal reduce el riesgo de recaída, permite establecer fases más precisas, y parece reducir el riesgo de recaída tardía, al eliminar cualquier teratoma metastático. Sin embargo, esta operación se debe realizar por cirujanos altamente experimentados con el fin de evitar resección incompleta y/o efectos colaterales innecesarios tales como la infertilidad. Si no se encuentra cáncer en la cirugía, el riesgo de recaída es de 5 a 10%, pero si se encuentra cáncer, a menudo se recomienda quimioterapia coadyuvante, en particular si la fase es IIB o IIC. La quimioterapia adyuvante con dos ciclos de BEP o EP después de disección de los ganglios linfáticos retroperitoneales reduce el riesgo de recaída a alrededor de 1%.

La quimioterapia primaria se refiere a la que se da como tratamiento primario en seguida de orquiectomía. Dos ciclos de BEP en este escenario resultan en un riesgo de recaída menor a 3%. La quimioterapia primaria es el tratamiento más eficaz para prevenir las recaídas. Sin embargo, existe preocupación de que estos pacientes pudieran tener un aumento en el riesgo de recaída tardía, debido a cánceres tratados de manera incompleta o no resecados, elementos teratomatosos quimio resistentes, y existe una preocupación acerca de toxicidad tardía a partir del BEP. Como resultado, de estas tres opciones de tratamiento para NSGCT fase I, la mejor permanece en discusión.

**NSGCT FASE II** Los **NSGCT fase II** son tratados ya sea con disección de ganglio linfático retroperitoneal o con quimioterapia basada en cisplatino para enfermedad diseminada. Una cantidad significativa de hombres con evidencia radiográfica de enfermedad de volumen bajo (IIA) y STM normales, se descartará que tengan hallazgos patológicos benignos durante la operación, y entonces estará en la fase I patológica. Una meta de RPLND en pacientes de fase II clínico es obtener la fase con exactitud y evitarla administración innecesaria de quimioterapia. A pacientes en fase II que experimentan RPLND se les advertirá que serán asesorados para someterse a quimioterapia coadyuvante con dos ciclos de quimioterapia con BEP o EP.

Pacientes con enfermedad ganglionar abultada en el rastreo de CT y/o STM elevados, por lo general son tratados con tres ciclos de BEP o cuatro de quimioterapia con EP. La RPLND en el escenario de STM elevados está relacionada con riesgo muy alto de recaída. Los que experimentan quimioterapia para NSGCT en fase II también serán asesorados para someterse a RPLND posquimioterapia para retirar cualquier GCT residual.

### **Cáncer de testículo en fase avanzada:**

#### **Quimioterapia de primera línea.-**

La quimioterapia de primera línea para cáncer testicular habitualmente es curativa, y los esquemas óptimos han sido bien definidos en estudios al azar controlados. Se deben evitar las desviaciones a partir de los cuidados estándar y seguir los siguientes lineamientos:

- Evitar el retraso del tratamiento y la reducción de la dosis.
- Monitorear toxicidad pulmonar si se está administrando bleomicina.
- Se recomienda un almacenaje de semen antes de la quimioterapia.

#### **Quimioterapia de primera línea para pacientes de riesgo bajo:**

- Tres ciclos de quimioterapia de BEP.
- Cuatro ciclos de quimioterapia de EP.

#### **Quimioterapia de primera línea para pacientes de riesgo intermedio y riesgo alto:**

- Cuatro ciclos de quimioterapia con BEP.
- Cuatro ciclos de quimioterapia con VIP (etopósido, ifosfamida, cisplatino).

#### **Quimioterapia de salvamento:**

La quimioterapia de salvamento está menos definida para cáncer testicular, ya que se han llevado a cabo pocos estudios al azar. La quimioterapia de

salvamento produce una tasa de curación menor (25 a 50%) que la quimioterapia de primera línea. Pacientes con seminoma puro tienen mayor probabilidad de curarse con quimioterapia de segunda línea que aquellos con GCT no seminomatoso. La quimioterapia a dosis alta en este escenario permanece sin aclararse.

#### **Esquemas de quimioterapia de rescate:**

- Cuatro ciclos de VeIP (vinblastina, ifosfamida, cisplatino).
- Cuatro ciclos de TIP (**paclitaxel, ifosfamida, cisplatino**).
- Dos ciclos de quimioterapia a dosis alta con rescate autólogo de células madre periféricas.

#### **Quimioterapia de tercera línea:**

- Cisplatino, gemcitabina y paclitaxel.
- Gemcitabina y paclitaxel.

#### **Tratamiento de masas residuales:**

- **No seminomas:**

Las masas residuales después de la quimioterapia en pacientes con NSGCT pueden consistir de fibrosis (45 a 50%), teratoma (40 a 45%), o cáncer viable (10%). La imagen radiográfica, incluyendo PET, no distinguen de forma adecuada estas entidades. Cuando sea factible, quirúrgicamente, todas las masas posquimioterapia residuales en pacientes con NSGCT deberán ser resecadas. Esto puede incluir la escisión de masas pulmonares, hepáticas y retroperitoneales.

La elevación persistente de los STM después de quimioterapia no es una contraindicación para resección, pero la quimioterapia de salvamento se debe considerar como tratamiento si los marcadores están elevados. Los elementos teratomatosos de NSGCT pueden ser muy resistentes a quimioterapia. Si

permanecen sin ser resecados, estos elementos se pueden transformar en carcinomas, sarcomas y otros cánceres.

Resecciones pos quimioterapia minuciosas en estos pacientes pueden ser desde el punto de vista técnico difíciles y riesgosas; la remisión a un cirujano con mucha experiencia es apropiada.

- **Seminoma:**

Masas residuales después de quimioterapia en hombres con seminoma son por lo general benignas. El criterio clínico más común para decidir si una masa residual es tumoral son:

- 1) Tamaño mediante rastreo de CT (< comparado > 3 cm).
- 2) Resultados de FDG-PET.

### **III. METODOLOGIA**

El presente Proceso de Atención de Enfermería fue elaborado en el Hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Oncomedica, del 7 de Mayo al 25 de Agosto de 2017, autorizada por el paciente Miguel E.S, el cual presenta dificultad para satisfacer sus necesidades fundamentales; al cual se le explica de manera clara y comprensiva la finalidad del trabajo, los beneficios y las implicaciones éticas que de él se derivan como son la confidencialidad y la no maleficencia.

#### **3.1 Valoración**

Se valoró el estado general del paciente mediante la exploración física (céfalo-caudal) empleando la inspección, palpación, auscultación y percusión. (Fecha de elaboración 7 de Mayo del 2017).

Obtención de los datos e información requerida; para ello fueron necesarios los siguientes documentos, instrumentos y fuentes de información.

Los documentos medico legales empleados fueron:

- Hoja de enfermería.
- Expediente Clínico.

Los instrumentos que se emplearon fueron:

- Se aplicó un instrumento de valoración para recabar datos y poder valorar las 14 necesidades estipuladas por Virginia Henderson.

Las fuentes que se necesitaron para la obtención de los datos requeridos fueron:

Fuente primaria:

- Paciente (Miguel E.S).

Fuentes secundarias:

- Médico tratante.



- Enfermera responsable.
- Personal de enfermería del servicio de Oncomédica.

### **3.2 Diagnósticos de Enfermería.**

- Durante esta etapa fue necesario realizar las siguientes actividades:
- Análisis de la información recabada.
- Detectar cuales de las 14 necesidades valoradas se encuentran afectados.
- Análisis del grado de dependencia e independencia.
- Realizar una síntesis de los datos obtenidos durante la valoración de cada necesidad.

Elaboración de los diagnósticos de enfermería de las necesidades afectadas, para lo cual se emplearon las:

Etiquetas diagnósticas establecidas por la NANDA 2015-2017.

### **3.3. Planeación.**

En esta etapa se realizó:

- La priorización de los diagnósticos identificados.
- Elaboración de objetivos dirigidos hacia el paciente.
- Fundamentación de los diagnósticos de enfermería.
- Planeación de las estrategias necesarias para prevenir, minimizar o corregir los problemas de salud y para la promoción a la salud.
- Fundamentación de cada una de las intervenciones planeadas.
- Elaboración de materiales como trípticos, pláticas y selección de información relevante para el paciente.

### **3.4 Ejecución.**

En esta etapa se realizaron las siguientes acciones:

- Se puso en práctica las intervenciones planeadas.

- Se le proporciono al paciente pláticas, tríptico e información relevante para la realización de los cuidados requeridos para prevenir, minimizar y corregir las afectaciones y disminuir los factores de riesgo detectados.

### **3.5 Evaluación.**

Durante esta etapa fueron evaluadas las intervenciones planeadas y ejecutadas mediante:

- La evaluación de la respuesta del paciente
- Evaluación del logro de los objetivos propuestos durante la planeación de las intervenciones.

## **IV APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **4.1 Datos generales:**

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería fue aplicado a un paciente masculino adulto joven con diagnóstico de Cáncer de Testículo Germinal Mixto estadio III B no seminoma, tipo carcinosarcoma embrionario y teratoma hospitalizado en el Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI, al cual se le solicitó la autorización para la realización del presente trabajo, con la finalidad de emplearlo como herramienta que permitirá al profesional de enfermería planificar y priorizar intervenciones de cuidado y educativas en beneficio del paciente.

**Tiempo:** del 7 de Mayo al 25 de Agosto de 2017

**Lugar:** Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Elección de estudio:** Se solicitó al paciente su autorización para la obtención de datos y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, el cual en un inicio mostraba una actitud de enfado y poca importancia en el tema, posteriormente se enfatizó sobre importancia de dicho trabajo en beneficio de su atención. Actualmente fue dado de prealta del hospital y se continua su seguimiento en su domicilio.

### **4.2 Presentación del caso:**

**Nombre:** Miguel E.S.

**Edad:** 26 años.

**Sexo:** Masculino.

**Personas con las que convive:** Su madre en mayor medida.

**Diagnóstico Médico:** Cáncer de Testículo Extragonadal Germinal mixto estadio III B no seminoma, tipo carcinosarcoma embrionario y teratoma.

Paciente adulto joven originario del estado de Puebla, estudiante de Licenciatura de Administración de Empresas, no práctica ninguna religión, reside desde hace 4 años en la Ciudad de México por motivos de sus estudios, el lugar donde vive es rentado y por el momento se encuentra principalmente bajo el cuidado de su madre.

Refiere que su padecimiento inicio en el mes de Septiembre del año 2016 con lumbalgia persistente por lo que acudió a su Clínica de Medicina Familiar No. 31 del IMSS donde se le dio el diagnóstico médico de Infección en Vías Urinarias y tratamiento con antibioticoterapia, terminado el tratamiento prescrito la molestia persistía sin mejora por lo que acudió de nuevo a revisión a su clínica y se le brinda otro tratamiento para el mismo diagnostico dado en un inicio, sin embargo las molestias se empezaron a agudizar, por lo que acudió de nueva cuenta a consulta y se le otorga un tercer tratamiento para Infección de Vías Urinarias, así como toma de análisis de laboratorio y un ultrasonido renal, presentándose demora en la realización de los estudios diagnósticos. Posteriormente en el mes de Octubre de 2016 en espera aún de la toma de laboratorios y del ultrasonido renal, la lumbalgia se agudizo con una intensidad mucho mayor, por lo que acudió a su Hospital General de Zona no. 47 donde es ingresado al servicio de Urgencias con el diagnostico de Litiasis Renal en uréter derecho, por lo que el servicio de Urología programa una cirugía de tipo abierta en la cual durante el transoperatorio se hace el hallazgo de un tumor retroperitoneal con proporciones de 10 x 20 cm procediendo a la toma de una biopsia para envío a patología, así como toma de marcadores tumorales y una tomografía torácica-pélvica dando el hallazgo de que la tumoración era de origen maligno con metástasis a pulmones con cerca de 40 nodulaciones, por lo que fue transferido al Hospital de Oncología de Centro médico siglo XXI en donde se enfrentó a diversas problemáticas para recibir el tratamiento oportuno a causas de políticas administrativas para su ingreso ya que aún no se contaba con los resultados de la biopsia realizada con anterioridad; por lo que la madre del paciente tomando acciones solicita el apoyo del director médico del Hospital de Oncología para autorizar el ingreso de su hijo para recibir la atención médica correspondiente la cual le fue otorgada en mayo

de 2017 por lo que ingresa al servicio de urgencia donde al ser analizado su caso y los resultados de los marcadores tumorales es internado en el servicio de hospitalización para iniciar lo más pronto posible tratamiento con quimioterapia, quedando a cargo del servicio de Oncomedica el cual indica iniciar tratamiento quimioterapias. Se inició el tratamiento con un ciclo de 5 sesiones de quimioterapia las cuales debido a las condiciones de metástasis ya existentes se prolongaron a un total de 40 sesiones lo cual trajo consigo consecuencias que no solo mermaron su salud física si no también psicológica del paciente y su familia; por lo cual durante el periodo de tratamiento su madre se vio en la necesidad de abandonar su empleo en el estado de Puebla, y se traslada a la Ciudad de México para auxiliar al paciente en sus actividades y asistencia hospitalaria.

**Antecedentes heredofamiliares:** Hipertensión Arterial Sistemática Crónica por parte de la madre y por parte del padre Diabetes Mellitus tipo 2.

**Antecedentes patológicos personales:** Circuncisión, Asma actualmente sin tratamiento (última crisis en 2010), colecistectomía laparoscópica, cirugía de uréter derecho por calcificaciones y tratamiento de quimioterapia.

**Conclusión:**

Se observa al paciente en un estado de deterioro anémico y una actitud depresiva, ansiosa de frustración y enojo, así con poco interés para proporcionar los datos correspondientes para la elaboración del presente trabajo.

**4.3 Valoración por necesidades:**

NECESIDAD DIAGNOSTICADA	GRADO DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD
1. Oxigenación	Dependiente	Tos esporádica poco productiva, apoyo de oxígeno con nebulizador a 40% de FiO2, disnea de pequeños esfuerzo, saturación de oxígeno ambiental 85% y con

		<p>aporte de oxígeno de 96%. Se observa pies con temperatura ocasionalmente menor a la temperatura del cuerpo. Se encuentra en tratamiento con Acenocumarol.</p> <p>Antecedente de Asma desde los 8 años de edad sin tratamiento actualmente, última crisis 2010. Pulso: 120 latidos por minuto. Presión arterial: 140/100 mm Hg. Respiración: 28 por minuto.</p>
<p><b>2. Nutrición e hidratación</b></p>	<p>Dependiente</p>	<p>Palidez de tegumentos, deshidratado, con náuseas y vómito de contenido gástrico, en tratamiento con Omeprazol 20 mg cada 8 horas, Ondansetrón 8mg cada 8 horas, Metoclopramida 10 mg cada 8 horas, intolerante a la lactosa; refiere hipoglucemias de hasta 60 mg/dl ocasionales aun con adecuada alimentación, posteriormente al tratamiento médico con quimioterapias. IMC: 16.65. Peso: 47 kg. Talla: 1.68 cm.</p> <p>Disgusto por mayonesa, anteriormente preferencia por el pescado a partir del tratamiento de quimioterapia es disgusto así como al agua simple.</p>

<p><b>3. Eliminación</b></p>	<p>Dependiente</p>	<p>Abdomen semigloboso, con leve resistencia y dolor a la palpación, disminución de la perístasis. Estreñimiento prolongado con necesidad de enema evacuante, retención urinaria a causa de deterioro sensitivo por lo cual se requiere instalación de sonda vesical a derivación con diuresis con leve tinte hemático y diaforesis nocturnas. Se encuentra en un entorno con poca privacidad para poder realizar sus necesidades de eliminación.</p>
<p><b>4. Moverse y mantener una buena postura.</b></p>	<p>Dependiente</p>	<p>Extremidades con fuerza y tono muscular disminuido, dolor en la región lumbar, extremidades superiores e inferiores con escala EVA de 7, conducta expresión facial de dolor, presenta trombosis venosa profunda en ambos miembros pélvicos, refiere neuropatías periféricas de extremidades superiores e inferiores. Lleva una vida mayormente sedentaria debido a la debilidad por el tratamiento médico.</p>
<p><b>5. Descanso y sueño</b></p>	<p>Dependiente</p>	<p>Refiere estrés, ansiedad y</p>

		somnolencia. Duerme solo 6 horas, para conciliar el sueño tarda una hora. Hay diversos factores que no le permiten tener un sueño reparador como el dolor, náusea, vómito, cefalea, estrés y ansiedad. Presenta pesadillas ocasionales. Se encuentra en tratamiento con Clonazepam.
<b>6. Usar prendas de vestir adecuadas.</b>	Dependencia	Por el momento no lo puede hacer como desea ya que se encuentra hospitalizado
<b>7. Termorregulación</b>	Independencia	Normotermico. Temperatura: 36.5 °C.
<b>8. Higiene y protección de la piel.</b>	Dependiente	Alopecia provocada por el tratamiento de quimioterapia, extremidades superiores multi-puncionadas con sitios de flebitis a causa de los accesos vasculares previamente instalados, leve deshidratación en tegumentos. Refiere incomodidad, estrés, ansiedad miedo, al depender de los demás para la realización de sus actividades de higiene corporal.
<b>9. Evitar peligros.</b>	Dependiente	Presenta fobia, disminución de la sensibilidad en extremidades superiores e inferiores ocasionadas por neuropatía periférica relacionada con



		<p>antecedente de tratamiento con quimioterapia, trombosis venosa profunda en ambos miembros pélvicos. Durante la hospitalización refiere sentirme mal emocionalmente e inseguro. Es apoyado por sus familiares y un bastón para poder moverse. Antes situaciones estresantes llega a perder el control y lo manifiesta en ira, llanto, melancolía, tristeza llegando a un estado depresivo. Comenta no tener interés en llevar a cabo técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás.</p>
<b>10. Comunicación.</b>	Dependiente	<p>Tiene una comunicación en ocasiones poca afectiva con su familiar a cargo. Ya que se mantiene el mayor tiempo hospitalizado carece de establecimiento social. Se observa Irritabilidad, incertidumbre, temor, ansiedad, y frustración, tristeza.</p>
<b>11. Vivir según sus creencias y valores.</b>	Dependiente	<p>Cuestiona el porqué de su sufrimiento si existe un propósito en ello, preguntarse si existe Dios y si así es estar molesto con él por lo que le acontece con su</p>

		enfermedad, tiene temor de lo que suceda, expresándolo en llanto y notándose sufrimiento en su semblante. Afirma no tener ninguna creencia religiosa.
<b>12. Trabajar y realizarse.</b>	Dependencia	Actualmente debido al tratamiento se encuentra con periodos prolongados de hospitalización por lo cual no realiza una actividad escolar ni laboral. Tuvo que renunciar a propuestas de trabajo debido a su padecimiento.
<b>13. Jugar y participar en actividades recreativas.</b>	Dependencia	No tiene ningún pasatiempo por el momento. Refiere demasiada fatiga para llevar a cabo actividades recreativas.
<b>14. Aprendizaje.</b>	Dependía	No presenta ninguna alteración física, mental y neurológica, sin embargo refiere poco interés de adquirir conocimientos a causa de su estado de salud. Se encuentra cursando actualmente la licenciatura en Administración de Empresas, mas sin embargo debido a su estado de salud no acude actualmente a la escuela.

#### 4.4 Diagnósticos de Enfermería identificados.

- **Necesidad de oxigenación:**

**Diagnostico Enfermero:** Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno manifestado por disnea de esfuerzo y fatiga.

- **Necesidad de nutrición e hidratación:**

**Diagnóstico de Enfermería:** Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con alteraciones que afectan el aporte de líquidos y pérdida importante de volumen de líquidos a través de vías anormales.

**Diagnostico enfermero:** Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con ingesta insuficiente de alimentos manifestado por alteración del sentido del gusto, aversión por la comida y pérdida de peso.

- **Necesidad de eliminación:**

**Diagnostico enfermero:** Estreñimiento relacionado con agente farmacéutico (opiáceos y quimioterapia), actividad física disminuida, aporte insuficiente de líquidos manifestado por distensión abdominal, incapacidad para defecar, masa abdominal palpable, sonidos abdominales hipoactivos y dolor abdominal.

**Diagnostico enfermero:** Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo motor manifestado por retención urinaria.

- **Necesidad de moverse y mantener una buena postura:**

**Diagnostico enfermero:** Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular, disminución de la fuerza muscular, disminución de la resistencia y dolor manifestado por alteraciones en la marcha e inestabilidad postural.

- **Necesidad de descanso y sueño:**

**Diagnostico enfermero:** Insomnio relacionado con agente farmacéutico, ansiedad, estresores, malestar físico y temor manifestado por alteración en el estado de humor, alteración en el patrón de dormir, alteraciones en la emotividad, dificultad para iniciar el sueño y dificultad para permanecer dormido.

**Diagnostico enfermero:** Ansiedad relacionada con crisis situacional, estresores y grandes cambios manifestados por angustia, desamparo, incertidumbre, incremento de la preocupación y temor.

**Diagnostico enfermero:** Dolor agudo relacionado con lesión de agentes biológicos (neoplasia) manifestado por autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas (escala numérica EVA de 6), cambios de parámetros fisiológicos, conducta expresiva (inquietud y llanto), expresión facial del dolor y postura para aliviar el dolor.

- **Necesidad de evitar peligros:**

**Diagnostico enfermero:** Riesgo de infección relacionado con enfermedad crónica e inmunosupresión.

**Diagnostico enfermero:** Riesgo de caída relacionado con dispositivos de ayuda (bastón y silla de ruedas), deterioro de la movilidad, dificultad para caminar, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, enfermedad vascular, neuropatía y agente farmacéutico.

**Diagnostico enfermero:** Riesgo de sangrado relacionado con régimen de tratamiento (anticoagulante).

- **Necesidad de vivir según sus creencias y valores:**

**Diagnostico enfermero:** Desesperanza relacionado con pérdida en un poder espiritual manifestado por expresión verbal pesimista y disminución de las emociones.

**Diagnostico enfermero:** Sufrimiento espiritual relacionado con aumento en la dependencia a otros, dolor, enfermedad, eventos de vida inesperados y haber recibido malas noticias, soledad manifestado por ansiedad, cuestiona el significado de la vida, cuestiona el significado del sufrimiento, llanto, temor, ira hacia un poder superior y sufrimiento percibido.

- **Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

**Diagnostico enfermero:** Déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización prolongada manifestado por los pasatiempos habituales que no pueden realizarse en el entorno habitual.

#### **4.5 Plan de Cuidados de Enfermería**

##### **Necesidad de oxigenación:**

**Diagnostico enfermero:** Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno manifestado por disnea de esfuerzo y fatiga.

**Código:** 00092

**Dominio 4.** Actividad/Reposo

**Clase 4.** Respuestas cardiovasculares/pulmonares

**Definición diagnóstica:** Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

##### **Objetivos:**

- Desarrollar un plan de actividad/reposo acorde con las limitaciones físicas.
- Reconocer la influencia de las respuestas emocionales sobre la tolerancia a la actividad.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<p>•Establecer conjuntamente objetivos realistas y esclarlas grandes metas en pasos pequeños y manejables.</p>	<p>Detrás de la conducta del paciente siempre hay un factor desencadenante, temores, frustración, desesperanza, etc., es fundamental preguntar por los motivos que subyacen en ese tipo de reacciones.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Ambulación.</li> <li>•Higiene.</li> <li>•Se baña.</li> <li>•Se viste.</li> <li>•Nivel de fatiga.</li> </ul>	3	5	4
		<p><b>Escala de medición</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>			
<p>•Determinar qué actividades son esenciales y de cuales se puede prescindir y reorganizarlas en función de los equivalentes metabólicos consumidos.</p>	<p>Estimula al enfermo a expresar emociones. Identifica las necesidades físicas, emocionales, sociales y/o Espirituales en el enfermo y su familia.</p>				
<p>•Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física; evaluar periódicamente los logros obtenidos y ajustar el programa a ellos.</p>					
<p>•Ayudar a la persona a elegir actividades coherentes con</p>	<p>La comodidad es una condición para el bienestar físico y mental.</p>				

<p><b>sus capacidades y asignar prioridades a las mismas a fin de acomodar los niveles de energía.</b></p> <p><b>•Mantener una posición confortable y adecuada a la actividad física que se realiza y evitar permanecer de pie más tiempo del necesario.</b></p> <p><b>•Controlar los signos vitales y la aparición de cambios físicos y mentales relacionados con la actividad que indiquen la necesidad de interrumpirla inmediatamente.</b></p>	<p>Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser calificados ni cuantificados.</p>				
--	---	--	--	--	--

### **Evaluación**

Se desarrolló un plan de actividad la cual pudiera tolerancia del paciente ya que reconoce que lo hace sentirse mejor elevando su autoestima, obteniendo un mejor estado de emocional para poder sobrellevar su padecimiento.

## Necesidad de nutrición e hidratación:

**Diagnóstico de Enfermería:** Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con alteraciones que afectan el aporte de líquidos y pérdida importante de volumen de líquidos a través de vías anormales.

**Código:** 00028

**Dominio 2.** Nutrición

**Clase 5.** Hidratación

**Definición diagnóstica:** Vulnerable a sufrir una disminución del volumen del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede poner en peligro la salud.

### Objetivo:

- Mantener un volumen de líquidos y un balance de electrolitos adecuado.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<b>•Observar si hay manifestaciones de desequilibrios en electrolitos (alteración sensorial y debilidad).</b>  <b>•Asegurar la disponibilidad de suficiente agua potable.</b>  <b>•Control estricto de líquidos.</b>	Los síntomas pueden existir desde un tiempo variable (horas a días). La presencia de procesos infecciosos produce fiebre y estado hipermetabólico, aumentando las pérdidas ocultas del líquido.  Mantiene la hidratación y el volumen circulatorio.  El tipo y la cantidad de líquidos dependen del grado de déficit y	<b>Indicadores</b>			
		•Calambres musculares.	3	5	4
		•Debilidad muscular.	2	4	4
		•Conocimiento: dieta saludable.	3	5	5
		•Hidratación.	2	5	4
		•Nivel de glucemia.	3	5	4
		•Peso masa corporal.	3	5	4
		•Severidad de las náuseas y los vómitos.	2	4	4



	la respuesta individual del paciente.	<b>Escala de medición</b>			
<b>•Monitorización de signos vitales.</b>	Son indicadores de grado de deshidratación y de suficiente volumen circulatorio.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderada 4. Leve 5. Ninguno			

### Evaluación

El paciente incremento la ingesta de líquidos manteniendo un aporte de electrolitos necesaria para una adecuada hidratación.

**Diagnostico enfermero:** Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con ingesta insuficiente de alimentos manifestado por alteración del sentido del gusto, aversión por la comida y pérdida de peso.

**Código:** 00002

**Dominio 2.** Nutrición.

**Clase 1.** Ingestión.

### Definición diagnóstica:

Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas

### Objetivos:

- Regular la ingesta de alimentos necesarios deseables.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<b>•Desarrollar conjuntamente un registro diario del tipo y cantidad de alimentos que</b>	Los pacientes oncológicos que siguen una nutrición adecuada se encuentran mejor y presentan menos	<b>Indicadores</b>			
		•Ingestión calórica.	1	5	4
		•Ingestión proteica.	1	5	4

<b>consume el paciente.</b>	complicaciones.	•Ingestión de fibra.	1	5	4
<b>•Identificación del peso del paciente.</b>		•Ingestión de vitaminas.	1	5	4
<b>•Ayudar al paciente a reconocer las preferencias alimentarias, incluyendo los alimentos altos en carbohidratos complejos y proteínas.</b>	Una dieta saludable (equilibrada, variada y suficiente) ayuda a sentirse más fuerte, facilita una mejor tolerancia y eficacia de los tratamientos y mejorando el funcionamiento general del cuerpo.	<b>Escala de medición</b>			
<b>•Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.</b>	Aumenta la probabilidad de que las intervenciones elegidas sean efectivas.	1. Inadecuado			
		2. Ligeramente adecuado			
		3. Moderadamente adecuado			
		4. Sustancialmente adecuado			
		5. Completamente adecuado			

### Evaluación

El paciente acepto que el tener una dieta equilibrada y balanceada le permitirá una recuperación más rápida durante su tratamiento con quimioterapia así como el aumento en la cantidad de alimentos para mantener un peso óptimo conforme a su talla, sin embargo por los efectos del tratamiento llega a perder el apetito pero de una manera menos severa.

### Necesidad de eliminación:

**Diagnostico enfermero:** Estreñimiento relacionado con agente farmacéutico (opiáceos y quimioterapia), actividad física disminuida, aporte insuficiente de

líquidos manifestado por distensión abdominal, incapacidad para defecar, masa abdominal palpable, sonidos abdominales hipoactivos y dolor abdominal.

**Código:** 00011

**Dominio 3.** Eliminación e intercambio

**Clase 2.** Función gastrointestinal

**Definición diagnóstica:** Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

**Objetivos:**

- Aumentar la ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra.
- Obtener alivio al estreñimiento.

INTERVENCIÓNES	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADOS (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<p>•Practicar una dieta rica en fibra (frutas, verduras, hortalizas, cereales) de acuerdo con la preferencia individual.</p> <p>•Limitar la ingesta de alimentos astringentes (arroz, granadas, productos elaborados con harinas refinadas, té, etc.)</p>	<p>La fibra resiste la digestión enzimática y absorbe líquidos a su paso por el intestino y, en consecuencia, produce heces voluminosas, que actúan como estimulante para la defecación.</p> <p>Disminuyen la motilidad intestinal, provocando en ocasiones estreñimiento.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>•Tolerancia alimentos alimentación.</p>	3	5	4
		<p>•Ruidos abdominales.</p>	3	5	5
		<p>•Apetito.</p>	3	5	4
		<p>•Eliminación intestinal.</p>	3	5	4
		<p><b>Escala de medición</b></p>			

<p><b>•Si no existe contraindicación, establecer una pauta para la toma de un mínimo de 2 litros de líquidos, preferentemente agua.</b></p> <p><b>•Consensuar un plan de ejercicio diario moderado y regular adaptado a las características de la persona.</b></p> <p><b>•Proporcionar intimidad durante las deposiciones: cerrar la puerta y correr las cortinas, ventilar la habitación o usar un desodorante ambiental para neutralizar los olores.</b></p> <p><b>•Si hay un estreñimiento acusado y no se consigue la evacuación tras dos o tres días de instaurar un tratamiento higiénico-dietético, consultar con el médico la posibilidad de usar en esa situación concreta un laxante o enema.</b></p>	<p>Permite mejorar la consistencia de las heces, en caso estreñimiento. Ayuda a mantener el estado de hidratación en caso de diarrea.</p> <p>La pérdida de tono muscular reduce el peristaltismo o puede alterar el control del esfínter rectal.</p> <p>Se lograr crea un ambiente de relajación para el paciente, que puede ayudar a que evacue.</p> <p>Aumenta la motilidad intestinal, en caso de estreñimiento.</p>	<p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p>			
---	---	--	--	--	--

## Evaluación

El paciente consume más alimentos ricos en fibra, aumentando su motilidad intestinal evitando en mayor número la frecuencia de estreñimiento.

**Diagnostico enfermero:** Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo motor manifestado por retención urinaria.

**Código:** 00016

**Dominio 3.** Eliminación e intercambio

**Clase1.** Función urinaria

**Definición diagnóstica:** Disfunción en la eliminación urinaria.

### Objetivos:

- Reestablecer el patrón de micción renal.
- Evitar el desarrollo de infección de vías urinarias en el paciente.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<b>•Colocación de sonda vesical a derivación.</b>	Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención, tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga.	Indicadores			
		•Cantidad de orina.	3	5	4
		•Ingesta de líquidos.	2	5	4
<b>•Valorar características de la orina.</b>	Control adecuado de diuresis.	•Hidratación.	2	5	4
<b>•Obtener análisis de la orina si el catéter permanece por más de 48 horas.</b>	Ayuda a establecer un diagnóstico y tratamiento, así como el seguimiento del padecimiento.	<b>Escala de medición</b>			
<b>•Control estricto de líquidos.</b>		1. Gravemente			

<p>•Peso diario.</p>		<p>comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p>			
----------------------	--	--	--	--	--

**Evaluación.**

El paciente ha mejorado su patrón de micción evitando así infección en las vías urinarias; sin embargo debido a su tratamiento sigue presentando esporádicamente retención urinaria.

**Necesidad de moverse y mantener una buena postura:**

**Diagnostico enfermero:** Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular, disminución de la fuerza muscular, disminución de la resistencia y dolor manifestado por alteraciones en la marcha e inestabilidad postural.

**Código:** 00085

**Dominio 4.** Actividad/reposo

**Clase 2.** Actividad/ejercicio

**Definición diagnóstica:** Limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

**Objetivos:**

- Enseñar al paciente métodos para un mejor traslado para limitar el daño físico y el aumento del dolor.
- Proporcionar información sobre cómo comunicar claramente sus síntomas.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA.		
			VI	VD	VF
<p>•Ayudar al paciente en la tarea de analizar las actividades diarias.</p> <p>•Proporcionar información respecto a la simplificación de tareas, dispositivos de ayuda, y otras técnicas de conservación de ayuda.</p> <p>•Fomentar la expresión de los sentimientos respecto al significado/resolución de los síntomas.</p>	<p>El no tener un orden de tareas puede provocar estrés que acompañado a un diagnóstico de cáncer puede manifestarse en síntomas de fatiga, problemas para dormir, y depresión.</p> <p>El expresar sentimientos ha demostrado que reducen los síntomas de depresión, fatiga, y ansiedad.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>•Movimiento articular.</p>	3	4	4
		<p>•Realización del traslado.</p>	3	4	4
		<p>•Equilibrio.</p>	3	4	4
		<p>•Nivel de fatiga.</p>	2	4	4
		<p><b>Escala de medición</b></p> <p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p>			

### Evaluación

Se le ha enseñado al paciente métodos para un mejor traslado para limitar el daño físico y el aumento del dolor como el hacer uso de la silla de ruedas proporcionada por el hospital y dispositivo de apoyo (bastón) durante su actividad física.

El paciente se mostró con cooperación sobre comunicar claramente sus síntomas y emociones con el personal médico y familiares aceptando que ello propiciara le puedan ayudar de una mejor manera.

**Necesidad de descanso y sueño:**

**Diagnostico enfermero:** Insomnio relacionado con agente farmacéutico, ansiedad, estresores, malestar físico y temor manifestado por alteración en el estado de humor, alteración en el patrón de dormir, alteraciones en la emotividad, dificultad para iniciar el sueño y dificultad para permanecer dormido.

**Código:** 00095

**Dominio 4.** Actividad/Reposo

**Clase 1:** Sueño/Reposo

**Definición diagnóstica:** Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

**Objetivos:**

- Recuperar el patrón de sueño habitual.
- Dormir durante toda la noche o al menos por periodos ininterrumpidos de duración creciente.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<b>•Evaluar el grado de estrés o de orientación a medida que avanza el día.</b>  <b>•Reforzar la conveniencia de que esté lo</b>	El aumento de la confusión, la desorientación y las conductas no cooperantes puede interferir con lograr un patrón de sueño.  Fomenta la relajación y la somnolencia ayuda tener un	<b>Indicadores</b>			
		•Patrón de descanso.	3	5	4
		•Descansado físicamente.	2	5	4
		•Energía recuperada después del descanso.	3	5	4



<p><b>más cómodo posible: cama confortable, temperatura agradable, ambiente tranquilo, etc.</b></p> <p><b>•Administrar la medicación para el sueño según se indique.</b></p>	<p>estado de relajación.</p> <p>Usados en forma adecuada, los hipnóticos en bajas dosis son efecto corto y acción rápida pueden ser en el tratamiento del insomnio.</p>	<p>•Fatiga</p> <p><b>Escala de medición</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	2	5	4
--	---	---	---	---	---

### Evaluación

El paciente ha recuperado en gran medida su patrón de sueño habitual, logrando dormir por un tiempo más prolongado por periodos ininterrumpidos durante la noche.

**Diagnostico enfermero:** Ansiedad relacionada con crisis situacional, estresores y grandes cambios manifestados por angustia, desamparo, incertidumbre, incremento de la preocupación y temor.

**Código:** 00146

**Dominio 9.** Afrontamiento/tolerancia al estrés

**Clase 2.** Respuestas de afrontamiento.

**Definición diagnóstica:** Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

## Objetivos:

- Experimentar un nivel de ansiedad reducido.
- Demostrar técnicas de afrontamiento eficaces.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<p>•Establecer pautas para reducir o eliminar las interferencias que la situación crea en la vida diaria.</p> <p>•Animar al paciente a informar sus sentimientos y creencias sobre la quimioterapia.</p> <p>Retrasar la información si el grado de ansiedad es alto.</p> <p>•Explicar los efectos terapéuticos de los fármacos citotóxicos; proporciona información.</p>	<p>Proporciona al paciente una sensación de humanidad, ayudando a reducir la paranoia y la desconfianza.</p> <p>Potencia la sensación de confianza y las explicaciones pueden aumentar la cooperación y reducir la ansiedad.</p> <p>Los pacientes pueden experimentar periodos de confusión, que producen un incremento de la ansiedad.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>•Busca información para reducir la ansiedad.</p> <p>•Utiliza técnicas de relajación.</p> <p>•Afrontamiento de problemas.</p> <p>•Nivel de ansiedad.</p>	3	5	4
		2	5	5	
		3	5	4	
		4	1	2	
		<p><b>Escala de medición</b></p> <p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado.</p>			

## Evaluación

El paciente se muestra más tranquilo y cooperador con un nivel de ansiedad reducido.

Ha disminuido la dosificación de ansiolítico para poder conciliar el sueño durante la noche.

**Diagnostico enfermero:** Dolor agudo relacionado con lesión de agentes biológicos (neoplasia) manifestado por auto informe de intensidad con escalas estandarizadas (escala numérica EVA de 6), cambios de parámetros fisiológicos, conducta expresiva (inquietud y llanto), expresión facial del dolor y postura para aliviar el dolor.

**Código:** 00132

**Dominio 12.** Confort

**Clase 1.** Confort físico

**Definición diagnóstica:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

### Objetivos:

- Obtener el alivio del dolor.
- Mantener la calidad de vida, esperanzas y confianza.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
•Colaborar con el médico para establecer un esquema regular para la administración de analgésicos	Un tratamiento efectivo para el alivio del dolor no sólo dependerá de los conocimientos y técnicas aplicados, fundamentalmente de la relación que se	<b>Indicadores</b>			
		•Refiere dolor controlado.	2	4	4
		•Refiere síntomas incontrolables.	5	1	2

parenterales, orales.	establezca entre médico, enfermero, paciente y familia.	•Reconoce síntomas relacionados al dolor.	5	1	2
•Proporcionar al paciente/familiar información exacta del uso de analgésicos.	Es un trabajo de equipo interdisciplinario, donde cada uno de sus miembros aporta una visión del problema a partir de su profesión y de su subjetividad, y comparten el objetivo común del alivio del dolor y el sufrimiento.	•Control del dolor.	2	5	4
•Proporcionar información sobre las diversas estrategias para aumentar el alivio del dolor (ejercicios de relajación, recreativos, etc.)		•Nivel de dolor.	5	2	3
•Ayudar al paciente a esclarecer dudas y establecer objetivos realistas acerca del dolor.		•Satisfacción del paciente: manejo del dolor.	2	4	4
		<b>Escala de medición</b> 1. Nunca demostrado  2. Raramente demostrado  3. A veces demostrado  4. Frecuentemente demostrado  5. Siempre demostrado			

### Evaluación

Ha disminuido la intensidad de dolor más sin embargo se siguen utilizando analgésicos ya que propicio a la tumoración y como consecuencia del tratamiento ha provocado mayor susceptibilidad en el organismo del paciente.

Se muestra optimista y en confianza con su proceso ya que afronta de manera positiva las situaciones que se presentan.

**Necesidad de evitar peligros:**

**Diagnostico enfermero:** Riesgo de infección relacionado con enfermedad crónica e inmunosupresión.

**Código:** 00004

**Dominio 3.** Seguridad/protección

**Clase 1.** Infección

**Definición diagnóstica:** Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

**Objetivo:**

- Evitar el riesgo de desarrollar alguna infección durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<p>•Monitorizar la temperatura cada 4 horas.</p> <p>•Seguir las pautas del deterioro de la integridad de la piel.</p> <p>•Si no está contraindicado, animarle a ducharse y conserve una adecuada higiene de manos y bucal diariamente.</p>	<p>La temperatura corporal es una medida de la capacidad del organismo de generar y eliminar calor.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>•Factores que afectan a la respuesta inmunitaria.</p>	3	5	5
		<p>•Importancia de la higiene de las manos.</p>	3	5	5
	<p>La piel es una de las principales barreras defensivas del organismo frente a las infecciones y otras agresiones externas.</p> <p>La piel es un importante órgano de relación para el ser humano, ya que en ella se alberga el sentido del tacto.</p>	<p>•Prácticas que reducen la transmisión.</p>	3	5	5
		<p>•Enfermedad crónica.</p>	3	4	4
		<p>•Estado nutricional.</p>	3	5	5

<p><b>•Usar técnicas de asepsia al realizar cualquier procedimiento.</b></p>	<p>La higiene personal es muy importante para mantener las manos y el cuerpo limpio es vital para detener el desarrollo y la propagación de enfermedades e infecciones</p>	<p><b>Escala de medición</b></p> <p>1. Ningún conocimiento</p> <p>2. Conocimiento escaso</p> <p>3. Conocimiento moderado</p> <p>4. Conocimiento sustancial</p> <p>5. Conocimiento extenso</p>			
--	--	---	--	--	--

### Evaluación

Se han evitado infecciones en la piel mediante prácticas de higiene como lavado de manos, baño y aseo diario cuando no existen restricciones para ello fomentando su cuidado personal.

**Diagnostico enfermero:** Riesgo de riesgo de caída relacionado con dispositivos de ayuda (bastón y silla de ruedas), deterioro de la movilidad, dificultad para caminar, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, enfermedad vascular, neuropatía y agente farmacéutico.

**Código:** 00155

**Dominio 11.** Seguridad/protección

**Clase 2.** Lesión física

**Definición diagnóstica:** Vulnerable a un aumento en la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.

### Objetivos:

- Mantener la seguridad.
- Eliminar o evitar los posibles riesgos para la seguridad.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<p>•Utilizar barandales y frenos en cama hospitalaria y silla de ruedas.</p> <p>•Recomendar el uso de calzado y sandalias de baño con suela antiderrapante.</p> <p>•Dejar al alcance de la persona los artículos necesarios y darle instrucciones para que solicite ayuda en caso de ser necesario.</p> <p>•Si la persona utiliza ayuda de dispositivo para su deambulación comprobar que este adaptada a sus necesidades y en buen estado.</p> <p>•Cuando tome medicamentos que puedan contribuir a agravar el problema, proporcionarle la información necesaria, como sus riesgos y efectos secundarios.</p>	<p>Las personas con problemas de salud están en riesgo de caerse o tropezar.</p> <p>Esto puede ocasionar fracturas de huesos o lesiones más serias.</p> <p>Consumir cinco o más medicamentos es un factor de riesgo de sufrir caídas debido a su interacción con el sistema nervioso central.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>•Colocación de barreras para prevenir caídas.</p>	3	5	5
		<p>•Utiliza dispositivos de ayuda correctamente.</p>	5	5	5
		<p>•Ambular: silla de ruedas.</p>	4	5	5
		<p>•Resistencia y/o respuesta a la medicación.</p>	3	4	4
		<p><b>Escala de medición</b></p> <p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p>			

		5. Siempre demostrado			
--	--	-----------------------	--	--	--

### Evaluación

Se han evitado riesgos de caídas con la utilización de barandales arriba en su cama y la utilización de dispositivos de movilización (silla de ruedas y bastón) así como la vigilancia por parte de su familiar.

**Diagnostico enfermero:** Riesgo de sangrado relacionado con régimen de tratamiento (anticoagulante).

**Código:** 00206

**Dominio 11.** Seguridad/protección.

**Clase 2.** Lesión física.

### Definición diagnóstica:

Vulnerable a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

### Objetivos:

- Mantener la perfusión tisular y el retorno venoso.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
•Observar si hay signos y síntomas de hemorragia.	Las hemorragias son causa de emergencia médica, por lo que la actuación debe ser rápida y decidida, de lo contrario la oxigenación de los tejidos se verá reducida o eliminada, produciendo la muerte de los mismos.	<b>Indicadores</b>			
		•Autocontrol: Tratamiento anticoagulante.	3	5	5
		•Coagulación sanguínea.	3	4	4
		•Conocimiento: manejo del cáncer.	4	5	5



<p><b>•Enseñanza: medicamentos prescritos.</b></p>	<p>Los anticoagulantes aumentan el riesgo de sangrado y de hematomas. Esto puede ser una emergencia médica.</p>	<p>•Detección del riesgo.</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>5</p>
<p><b>•Identificación de riesgos.</b></p>	<p>Detener el medicamento puede aumentar el riesgo de tener trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o ataque cerebral. Es importante seguir las indicaciones médicas.</p>	<p><b>Escala de medición</b></p>	<p>1. Desviación grave del rango normal</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal</p> <p>4. Desviación leve del riesgo normal</p> <p>5. Sin desviación del rango normal</p>		
<p><b>•Vigilancia.</b></p>					

**Evaluación.**

Se ha brindado orientación acerca del porque la prescripción médica de anticoagulantes así como las consideraciones a tomar en cuenta de su uso.

**Necesidad de vivir según sus creencias y valores:**

**Diagnostico enfermero:** Desesperanza relacionado con pérdida en un poder espiritual manifestado por expresión verbal pesimista y disminución de las emociones.

**Código:** 00124

**Dominio 6.** Autopercepción

**Clase1.** Autoconcepto

**Definición diagnóstica:** Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

**Objetivos:**

- Experimentar un aumento de la cesación de control sobre su lugar en la vida y sus propias actividades.
- El paciente desarrollará expectativas sobre él mismo y el futuro.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<p>•Adoptar objetivos alcanzables de acuerdo con la situación.</p> <p>•Precisar las alteraciones sufridas en las actividades de la vida diaria y establecer conjuntamente un plan para reducirlas, eliminarlas o comenzarlas.</p> <p>•Involucrar a la persona d sus cuidados: determinar cuáles puede realizar y</p>	<p>Cuando se consideran las opciones y se ejecutan los planes para cualquier eventualidad, el paciente tiene la sensación de control sobre las circunstancias.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>•Expresión de una orientación futura positiva.</p>	3	5	4
		<p>•Expresión de confianza.</p>	2	5	5
	<p>El conocimiento y la aceptación de lo que queda fuera del control personal reducen el sentimiento de inutilidad o las conductas de exteriorización, fomentando la concentración en áreas que la persona puede controlar.</p> <p>Permanecer activos e interactuar con los demás ayuda a contrarrestar los sentimientos de desamparo.</p>	<p>•Expresión de ganas de vivir.</p>	2	5	5
		<p>•Expresión de razones para vivir.</p>	2	5	5
		<p>•Aceptación estado de salud.</p>	3	5	4
		<p>•Esperanza</p>	2	5	5
<p>•Motivación.</p>	2	5	5		
		<p><b>Escala de medición</b></p>			

<p><b>estimular a hacerlos, supliéndola en aquellos que sea incapaz de llevar a cabo.</b></p> <p><b>•Si hay un conflicto de valores y creencias, ayudar a identificar exactamente los principios que se contraponen, y las posibles alternativas existentes y facilitar el contacto con las personas que puedan serle de ayuda.</b></p>	<p>El grado de desesperanza que siente el paciente sobre su situación y de impotencia para cambiar lo que está pasando, influye en su capacidad de afrontamiento.</p>	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>			
---	---	---	--	--	--

### Evaluación

El paciente se siente más relajado y optimista ante la vida de una manera realista dice creer en Dios y que le ayudara a sobrellevar este acontecimiento por el que está pasando.

Se siente motivado con razones para continuar adelante ante el futuro con semblante positivo y relajado, teniendo un mejor control ante el estrés.

**Diagnostico enfermero:** Sufrimiento espiritual relacionado con aumento en la dependencia a otros, dolor, enfermedad, eventos de vida inesperados y haber recibido malas noticias, soledad manifestado por ansiedad, cuestiona el significado de la vida, cuestiona el significado del sufrimiento, llanto, temor, ira hacia un poder superior y sufrimiento percibido.

**Código:** 00066

**Dominio 10.** Principios vitales

### Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones

**Definición diagnóstica:** Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al propio yo.

#### Objetivos:

- Mejorar el bienestar espiritual.
- Desarrollar un sistema de soporte con amigos/miembros de la iglesia.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<p>•Ofrecer modelos de personas que han superado dificultades, utilizando ejemplos de la literatura, la Biblia, experiencias personales, etc.</p> <p>•Fomentar/aceptar la expresión de los sentimientos de cólera/ira.</p> <p>•Si es preciso, solicitar la ayuda del líder espiritual para tratar de hallar soluciones alternativas.</p> <p>•Facilitar el contacto con la persona o personas que</p>	<p>El ejemplo de personas en situaciones parecidas puede ayudar al paciente a encontrar sus propias soluciones a sus problemas.</p> <p>Es en beneficio del paciente para comprender el punto de vista del paciente y como se está cuestionando su fe ante la tragedia. Una ayuda específica puede apoyar la recuperación del área afectada.</p> <p>La presencia o falta de sistemas de apoyo pueden afectar a la</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>•Expresión de confianza.</p>	1	5	5
		<p>•Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias.</p>	2	5	4
		<p>•Expresión de serenidad.</p>	2	5	4
		<p>•Salud espiritual.</p>	1	5	5
		<p>•Severidad de la soledad.</p>	1	5	5
		<p>•Severidad del sufrimiento.</p> <p><b>Escala de medición</b></p> <p>1. Gravemente comprometido</p>	1	5	5

<b>puedan ayudarlo a recuperar la paz espiritual.</b>	recuperación del paciente.	2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
---	----------------------------	---	--	--	--

### **Evaluación**

El paciente ha mejorado su bienestar espiritual afirma creer en Dios y que es su base para tener un mejor estado de ánimo y enfrentar las adversidades de la mejor manera.

Se ha integrado más hacia su familia así como con sus amistades y ha entablado comunicación de armoniosa y llevadera con los miembros de la iglesia a la cual asiste.

### **Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

**Diagnostico enfermero:** Déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización prolongada manifestado por los pasatiempos habituales que no pueden realizarse en el entorno habitual.

**Código:** 00097

**Dominio 1.** Promoción a la salud

**Clase 1.** Toma de conciencia de la salud

**Definición diagnóstica:** Disminución de la estimulación (del interés o la participación) en actividades recreativas o de ocio.

### **Objetivos:**

- Identificar estrategias para obtener los recursos necesarios.
- Identificar las fuerzas y limitaciones para tomar parte en las actividades recreativas.
- Tomar parte en las actividades recreativas satisfactorias.

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO (NOC)	PUNTUACIÓN DIANA		
			VI	VD	VF
<p>•Ayudar al paciente a describir el patrón habitual de actividades recreativas.</p> <p>•Identificar conjuntamente los gustos y áreas de interés, y hacer un listado de las actividades que puede hacer en el momento actual.</p> <p>•Planificar conjuntamente las actividades diarias, intercalando periodos de descanso, actividad y ocio, de acuerdo con las presencias y nivel de energía del paciente.</p> <p>•Reducir en la medida de lo posible el dolor o cualquier sintomatología.</p>	<p>Ayuda al paciente a probar nuevas ideas y desarrollar nuevos intereses personal para que pueda disfrutarlas.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>•Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico.</p>	2	5	4
	<p>Anima al paciente a participar y ayuda a estimular mental y físicamente al paciente para mejorar el estado general y la sensación de bienestar.</p>	<p>•Refiere relajación con las actividades de ocio.</p>	2	4	3
	<p>El crear nuevas actividades, brinda estímulos positivos al paciente.</p>	<p>•Severidad de la soledad</p>	4	1	3
	<p>El dolor impide que las personas hagan las actividades que disfrutan, que hablen y pasen tiempo con los demás.</p> <p>Puede afectar el estado de ánimo y la capacidad para pensar.</p>	<p><b>Escala de medición</b></p> <p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>			

## **Evaluación**

Se han Identificado sus limitaciones físicas para poder hacer un plan para ayudarlo a tener prácticas recreativas sin que estas afecten su estado de salud.

### **4.6 Plan de alta**

#### **Necesidad de oxigenación:**

#### **Cuidados en el hogar en paciente con disnea**

- Posición semi-Fowler a 45º, con uso de ropas livianas y no ajustadas.
- Técnicas de relajación y/o visualización.
- Evitar irritantes ambientales (humo, olores intensos),
- Si la disnea está originada por un acumulación de secreciones, estimular el reflejo de la tos y el drenaje postural.
- Oxigenoterapia según prescripción médica.
- Orientar a la familia y al paciente sobre la detección de datos de alarma de dificultad respiratoria y que hacer en caso de que se presente.
- Recomendar el uso de un oxímetro de pulso portátil.

#### **Tratamiento médico prescrito.**

- Oxigenoterapia por puntas nasales a un flujo de 3 litros por minuto intermitente por tiempo indefinido.

#### **Educación al paciente con oxigenoterapia en domicilio:**

- No utilizar sustancias inflamables en presencia de oxígeno.
- Se recomienda tener un extintor en la habitación donde más se utilice el oxígeno.
- No fumar en el lugar donde se almacena o se esté utilizando oxígeno.
- El sitio de almacenamiento debe ser amplio y ventilado (no en armarios o maleteros, etc.)

- El equipo debe estar a más o menos 2 metros de cualquier llama (cocina, calentador, chimenea etc.)
- Los cilindros de oxígeno deben mantenerse en posición vertical y evitar las posibles caídas.
- Antes de comenzar a utilizar la bala de oxígeno se debe abrir suavemente la válvula reguladora. Las balas de oxígeno no se deben perforar o tratar de destapar en casa, para su llenado se debe llevar directamente a la empresa proveedora.
- No decida disminuir el flujo de oxígeno administrado sin consultar a su médico, recuerde que puede ocasionar daños a la salud del paciente.
- Si tiene dudas en cuanto al manejo del oxígeno comuníquese con un profesional que lo asesore y no reciba consejos de cualquier persona.
- Utilice el oxígeno estrictamente la cantidad y el tiempo de uso indicado por su médico.
- El oxígeno debe mantenerse durante el mayor tiempo posible si está indicado durante las 24 horas, pero nunca menos de 14 horas cada día; de lo contrario, no obtendrá sus beneficios.
- Utilice oxígeno mientras duerme o realice actividades que suponga un esfuerzo (bañarse, vestirse, ir al baño, etc.). Incremente la cantidad de oxígeno según lo indicada por su médico cuando realice estas actividades.
- No incremente el flujo de oxígeno sin autorización médica.
- Fraccione el tiempo que va a permanecer sin oxígeno durante el día.

#### Cuidados con la cánula nasal:

- a) Todos los días revise que los vástagos o “patitas” nasales que estén limpias y permeables.
- b) El flujo de oxígeno puede producir resequedad en la mucosa nasal, para lo cual puede ser útil realizar un lavado nasal con suero fisiológico.
- c) No corte los vástagos de la cánula para evitar laceración de las fosas nasales.



- d) No utilizar productos grasos (cremas, pomadas, vaselina etc.) en la piel ni lubricar los orificios de la cánula. Esto puede producirle irritaciones y quemaduras.
- e) Deseche las cánulas cuando aparezcan deformidades, pérdida de la elasticidad, cambios de color y después de un proceso infeccioso.

#### Señales de alarma durante la oxigenoterapia:

- Cianosis (o piel morada) alrededor de la boca o en las uñas.
- Uso de músculos accesorios durante la respiración
- Hundimiento de los músculos intercostales o del abdomen (se evidencia que la piel del dorso se hunde y pega hacia las costillas).
- Respiración más rápida de lo habitual.

En caso de presentarse esta señales de alarma:

1. Mantenga la calma.
2. Revise que el sistema de oxigenoterapia esté funcionando correctamente:
  - Que la cánula este dentro de la nariz, bien puesta.
  - Que las puntas nasales no este ocluida (por secreción/moco) o pisada por algo o alguien.
  - Que la cánula este bien conectada al humidificador.
  - Que la bala de oxígeno tenga oxígeno (no se haya acabado).
3. Si los síntomas persisten aumente el flujo de oxígeno a 1 litro/min y comuníquese con su médico tratante o diríjase inmediatamente al servicio de urgencias más cercano.

#### **Necesidad de nutrición e hidratación:**

#### Cuidados en domicilio para el manejo de las náuseas y vómito:

- Administrar antieméticos según prescripción médica.
- Reconocer y disminuir los factores que contribuyen o aumentan las náuseas o vómitos.

- Evitar alimentos condimentados.
- Ofrecer la alimentación a temperatura ambiente o fría.
- Promover la alimentación fraccionada, líquida o semilíquida.
- En caso de vómitos abundantes, suspender la alimentación y avisar al médico.
- Llevar un registro del peso en casa del paciente.
- Fomentar y facilitar la ingesta de alimentación agradable para el paciente.
- Dieta de fácil digestión.
- Evitar los alimentos grasosos, los muy dulces y los caramelos.
- Procure beber un mínimo de 6 vasos de líquido al día.
- Ambiente relajado, no obligar al paciente a comer.
- Higiene oral después del vómito.

#### Dieta recomendable.

Grupos de alimentos	Recomendables	No recomendable
<b>Proteicos</b>	Pescado blanco, gambas, surimi (palitos de cangrejo), carne magra (pollo, res magra, conejo), pavos, claras de huevo cocidas, quínoa, soya.	Carnes grasas, cordero, cerdo, embutidos.
<b>Lácticos</b>	Queso fresco, yogurt, flan.	Leche, nata, crema de leche.
<b>Féculas/Legumbres/Cereales</b>	Papa, arroz, pan tostado, pasta, galletas tipo maría.	Legumbres.
<b>Verduras/Hortalizas</b>	Verduras cocidas, calabacín, zanahoria, cebolla.	Verduras de hoja verde, por reacción con acecumarol.
<b>Frutas</b>	Manzana, pera, durazno, membrillo, plátano.	Sin restricciones.
<b>Grasas</b>	Aceite de oliva.	Mantequilla, crema de leche, manteca de cerdo.
<b>Bebidas</b>	Agua bebidas de arroz,	Café, bebidas

	avena, caldos licuados de hortalizas.	almendras, vegetales,	alcohólicas.
--	---	--------------------------	--------------

Tipo de cocción:

- Recomendada: Vapor, horno, hervidos, a temperatura baja
- No recomendada: Estofada, frita, a temperatura alta.

#### **Tratamiento médico prescrito.**

- Metoclopramida 10 mg 1 tableta vía oral cada 8 horas hasta nueva valoración.
- Butilhioscina 10 mg 1 tableta vía oral en caso de dolor abdominal.
- Ondansetron 8 mg 1 tableta vía oral cada 8 horas por 7 días o en caso de náusea.
- Omeprazol 20 mg 1 tableta vía oral cada 24 horas por 7 días.

#### **Necesidad de eliminación:**

##### Recomendaciones para el paciente con estreñimiento en el hogar:

- Ofrecer abundante líquido y alimentos no fermentables para estimular la movilización gástrica.
- Ofrecer alimentación a base de fibra.
- Realizar movilización frecuente del paciente, según posibilidad.

#### **Tratamiento médico prescrito:**

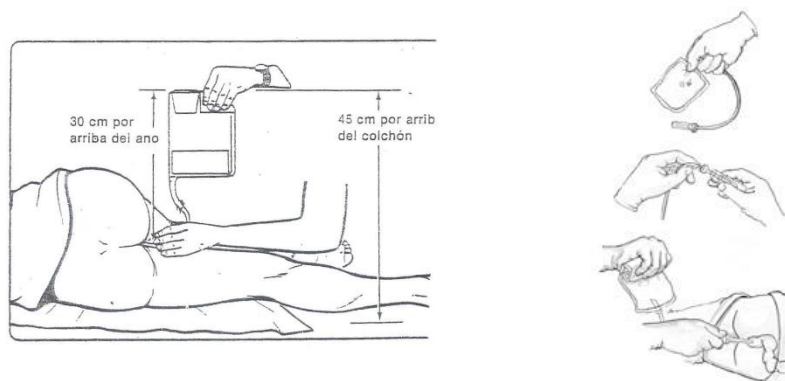
- Acudir a urgencias en caso de presentar retención urinaria.
- Senósidos AB 2 tabletas vía oral cada 24 horas si presenta estreñimiento.
- Aplicación de enema en casa; en caso de no responder a Senósidos.

Objetivos del enema evacuante en el paciente.

- Estreñimiento.
- Eliminación de fecalomas (acumulación de heces en el recto).

## Medidas específicas de control y seguridad en la aplicación de enema evacuante

- Lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Utilizar guantes y cubre boca.
- Valorar las características de la zona anal (hemorroides, infección)
- Si el paciente la tiene no lo administre y avise a su médico.
- Comprobar que la solución tiene una temperatura entre 37°-40°.
- Los enemas deben administrarse en la cama en posición de Sims.



### Método de aplicación de enema evacuante:

- 1) Lavarse las manos antes, después del procedimiento y cuantas veces sea necesario.
- 2) Orientar al paciente acerca del procedimiento.
- 3) Colocar al paciente en posición de Sims, preferentemente al lado derecho en la orilla de la cama y descubrir solamente la región glútea.
- 4) Instalar el recipiente a una altura de 45 cm aproximadamente del colchón y 30 cm del ano del paciente.
- 5) Adaptar el tubo conector con la sonda o cánula (bolsa), purgarlo con agua y lubricar la sonda o cánula.
- 6) Colocarse los guantes, separar los glúteos para visualizar el orificio anal e introducir la sonda suavemente, de 5 a 10 cm de acuerdo a la talla del paciente.
- 7) Proceder a desobturar el tubo y permitir que la solución pase lentamente, sin molestar al paciente.
- 8) Cerrar el tubo conector, retirar la sonda permitiendo que evacue el paciente si lo solicita.

9) Quitar con una gasa las secreciones o excedente de lubricante en la punta de la sonda o cánula y colocarla en el riñón.

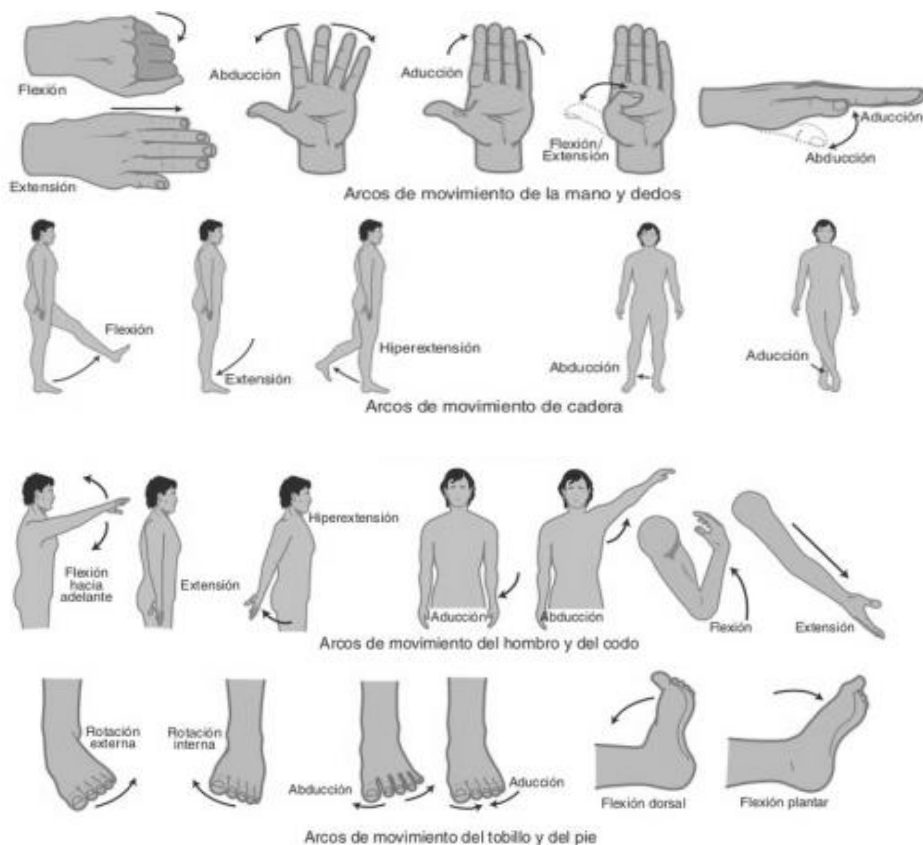
10) Proporcionar al paciente papel sanitario para la limpieza del recto o asistirlo si es necesario.

11) Deje limpio y cómodamente al paciente.

12) En caso de que o resulte acuda a urgencias de su hospital

### Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

- Estimular al paciente para que pueda movilizarse, para que lo haga y enseñar rutinas de ejercicios de acuerdo a sus posibilidades.
- Realizar movilización pasiva en pacientes con alteración de la movilidad, utilizando movimientos de flexión-extensión y abducción-aducción.



### Cuidados en el hogar en pacientes con trombosis venosa profunda:

- Recomendar al paciente el uso de medias antiembólicas eligiendo cuidadosamente la talla y asegurarse de que estas se ajusten adecuadamente a las piernas del paciente.
- Reposo en cama con elevación de las extremidades y cambios posturales cada 2 horas.
- Promover la deambulación en vez de permanecer parado o sentado por mucho tiempo.
- Orientar al familiar y al paciente para la detección de cambios en la coloración y temperatura de las extremidades.
- Utilizar almohadas para aumentar el máximo confort y mantener el cuerpo alineado.
- Evitar la actividad física hasta nueva revaloración.

### **Métodos y técnicas no farmacológicas aplicables al paciente para ayudar a disminuir el dolor.**

Estas técnicas que se comentan a continuación NO sustituyen la medicación que el médico le ha prescrito.

- **Visualización**

La visualización es una combinación entre la relajación física y la mental. Consiste en la elaboración de escenas mentales agradables.

- **Distracción**

La distracción consiste en realizar cualquier actividad que entretenga al paciente (escuchar la radio, hacer punto, trabajos manuales, pintar, leer, etc.) y pueda ayudarle a no estar pensando continuamente en su dolor u otros problemas.

- **Musicoterapia**

La musicoterapia es otro método basado en la distracción. Los sonidos musicales producen una relajación física y emocional que ayuda a reducir la

ansiedad, el dolor, el miedo, etc. La musicoterapia es parte integrante de las terapias multidisciplinarias que han demostrado indudables beneficios en el alivio del dolor, facilitación del sueño y mejora en la autoestima, entre otros.

### **Tratamiento médico prescrito:**

- Diclofenaco 75 mg 1 tableta vía oral cada 8 horas hasta su próxima cita de valoración.
- Tramadol/Paracetamol 325 mg/37,5 mg 1 tableta vía oral cada 8 horas por tiempo indefinido o tomar hasta 2 tabletas más, durante el lapso de entre una toma y otra en caso de dolor.
- Buprenorfina 1 tableta vía sublingual en cada 8 horas por tiempo indefinido o hasta 1 tableta más, durante el lapso de entre una toma y otra en caso de dolor.
- Enoxaparina 60 mg cada 12 horas vía subcutánea indefinidamente hasta nueva revaloración por trombosis venosa profunda bilateral.
- En caso de no responder a analgésicos acudir a urgencias.

### **Necesidad de descanso y sueño:**

#### *Actividades para el mejorar el sueño.*

- Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Facilitar el mantenimiento de rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios del sueño, y objetos familiares (leer un libro) si procede.

#### *Técnicas de relajación.*

- Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.
- Frotar la espalda suavemente, si procede.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

### *Terapia de relajación simple.*

- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y temperatura, agradable, cuando sea posible.
- Dejarle un tiempo sin molestar ya que el paciente puede quedarse dormido.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación al paciente.

### **Tratamiento médico prescrito:**

- Clonazepam 6 gotas en caso de insomnio por ansiedad.

### **Necesidad de evitar peligros:**

#### Cuidados de la cuero cabelludo en el paciente con alopecia en el hogar.

- Brindar información, anticipada, sobre la caída del cabello.
- Aconsejar el uso del pañuelo, gorro o pelucas previo a la alopecia.
- Recomendar la utilización de cepillos con cerdas suaves.
- Explicar que la alopecia es reversible.
- Evitar lavar el cabello diariamente.

#### Cuidados de la piel en el paciente oncológico en el hogar.

- La higiene del paciente debe ser realizado en lo posible con jabón hidratante.
- Utilización de cremas que contienen vitaminas A, D o E para minimizar el prurito.
- No utilizar perfumes ni lociones corporales.
- Evitar ropa de lana o pana, y la ropa muy ajustada.



- Evitar la diaforesis que exacerba el prurito.
- Mantener la piel seca en pies y espacios interdigitales.

### **Necesidad de comunicación:**

Estrategias para favorecer la expresión de sus sentimientos y favorecer la comunicación de con la familia:

- El paciente debe de recibir información clara, realista y concisa.
- Brindarle apoyo y comprensión.
- Se le debe proporcionar intimidad y privacidad.
- Hacer que se perdone o perdone a alguien si es necesario.
- Debe sentirse acompañado y recibir apoyo emocional.
- Podrá expresar emociones negativas.
- Reforzar su sensación de utilidad y papel activo en su propio cuidado.
- Favorecer la ruptura del “cerco del silencio”. Así se evitara el aislamiento del paciente.
- Favorecer la ruptura de la incomunicación emocional, promoviendo que entre el paciente y sus familiares se cree un ambiente adecuado donde expresen sus emociones, miedos, sentimientos, etc.
- Facilitar la expresión de sentimientos de los familiares, para que cuenten con el apoyo psicosocial adecuado que les sirva de desahogo emocional.
- Ayudar a los familiares a comprender que el paciente prefiera elegir a la persona que esté a su lado.
- Ayudarle a resolver asuntos emocionales pendientes (resolución de un enojo, una conversación pendiente, disculparse, perdonar, etc.)

### **Necesidad de vivir según sus creencias y valores:**

- Ayudarle a encontrar significado a lo que sucede y por lo que está pasando.
- El paciente propuso empezar a leer y entender la biblia ya que afirma que sin ayuda de Dios no hubiera podido seguir adelante durante este

proceso, así como enfocarse en lecturas de superación personal (un espíritu invencible de Nick Vujicic).

- El paciente adopto el Cristianismo como fe y creencia, asiste a la iglesia en las ocasiones que le es posible.
- Asistencia rutinaria del pastor de la iglesia como su guía espiritual, en casa del paciente.
- Clases de la biblia impartidas por miembros de la iglesia.
- Asistencia a grupos de pacientes con padecimientos similares en el hospital.
- Hacer partícipes a los miembros de la familia en el cuidado y bienestar, creando un ambiente agradable para que el paciente pueda sentirse tranquilo y en seguridad.
- Favorecer el uso de meditación, oración y reflexión acerca de su situación.
- Visita de familiares y amigos con los que se sienta en confianza y agrado.
- Facilitar la participación en eventos de la iglesia y de su comunidad cuando le sean de su agrado propiciando un mejoramiento en su estado anímico.
- Enseñarle a controlar sus emociones para que sus ideales no se vean afectados de manera negativa.
- Propiciar el involucramiento en su tratamiento y en la toma de decisiones respecto a su padecimiento.
- Tomar en cuenta su punto de vista acerca de creencias y la forma de vivir así como sus expectativas.
- Estar abierto a sus sentimientos acerca de la enfermedad y la muerte.
- Respetar las ideas del paciente cuando le sean de importancia espiritual para su bienestar.

### **Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

Estas fueron propuestas por el paciente ya que se considera que no se debe imponer de qué manera el paciente debe recrearse. Pero se hicieron algunas

sugerencias que en la medida que el paciente pueda y esté autorizado para realizarlas.

Concientizar al paciente y a la familia que las actividades recreativas ayudan a transformar la tristeza, permitiéndole trasladarse mental y emocionalmente a una mejor calidad de vida.

Actividades recreativas recomendadas:

- Excursiones.
- Salidas (cine, museo, teatro).
- Charlas-Jornadas en la iglesia a la que asiste.
- Convivencia con su familia.
- Juegos de mesa ya que los ejercicios físicos están restringidos por el momento.

**Necesidad de aprendizaje:**

- El paciente actualmente se ha propuesto terminar su carrera universitaria organizándose con sus estudios y las visitas al hospital para sus chequeos médicos guardando los tiempos de descanso que necesita para su recuperación óptima.
- El reintegrarse al ámbito estudiantil le ayudara a retomar la cotidianidad en su vida.

## **CONCLUSIONES**

La realización del presente trabajo permitió desarrollar empatía y comprensión hacia el paciente oncológico; así como poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre el Proceso de Atención de Enfermería viendo al paciente de una forma integral, en base al modelo propuesto por Virginia Henderson; así como integrar los conocimientos adquiridos en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

Se desea que el presente Proceso de Atención de Enfermería pueda servir como guía a las siguientes generaciones para el desarrollo de profesionales de enfermería capacitados en el manejo de los pacientes oncológicos durante el diagnóstico, tratamiento, seguimiento médico y prevención de posibles complicaciones en su manejo; y se aprecie a la persona como un ser holístico e independiente.

Al ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería planificadas para el manejo de las necesidades mayormente afectadas, se observó que estas permitieron el logro de la mayoría de los objetivos previamente elaborados.

Es fundamental que los profesionales de enfermería reconozcan la importancia de las necesidades espirituales en el paciente oncológico, ya que en muchos casos se omiten o no se les da la importancia debida, sin embargo es de gran relevancia por su aporte positivo a su proceso por el que atraviesa, por medio de la fe que el individuo desarrolla se convierte en ocasiones en un elixir para brindarle un apoyo fundamental para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento médico la cual coadyuva a su fortalecimiento como ser humano generando en él una razón por la cual existir; encontrando un significado a la vida, para formar parte de una familia, comunidad y sociedad en mejora de un mundo mejor.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Guía para la recolección de datos

Basada en la valoración de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson

#### Identificación

Nombre (solo iniciales): Miguel E. S. Edad: 26 años. Sexo: Masculino.

Escolaridad: Licenciatura en Curso. Lugar de nacimiento: Puebla.

Domicilio: Ciudad de México.

Ocupación: Estudiante. Estado Civil: Soltero. Religión: Ninguna.

#### Antecedentes

#### HEREDOFAMILIARES

Familiar	¿Vive?		Causa de la muerte
	Si	No	
Abuelo paterno		X	
Abuela paterna		X	
Abuelo materno	X		
Abuela paterna		X	
Padre	X		
Madre	X		

## **NO PATOLÓGICOS**

Características de la vivienda: De ladrillo con techo de losa y piso de cemento, contando con servicios de agua potable, drenaje, y electricidad.

¿Consume alucinógenos o alguna otra droga? No.

## **PATOLÓGICOS**

Enfermedades que ha padecido, ya sea propias de la infancia, traumatismos, fracturas, transfusiones, cirugías, hospitalizaciones, alergias, otros: Circuncisión, Asma (última crisis en el 2010), colecistectomía laparoscópica, cirugía de uréter derecho por calcificaciones y tratamiento de quimioterapia.

## **Padecimiento actual**

Desde su inicio, evolución, hasta su estado actual:

Cáncer de Testículo Extragonadal Germinal mixto estadio III B no seminoma, tipo carcinosarcoma embrionario y teratoma.

## **SIGNOS VITALES**

Pulso: 120 lpm Presión arterial: 140/100 mm Hg Temperatura: 36.5°C

Respiración: 28 rpm.

Peso: 47 kg. Talla: 1.68 mts.

## **Valoración de las 14 necesidades básicas**

### **NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

1. Observaciones (exploración física, campos pulmonares, ruidos respiratorios, características de secreciones, cianosis, tos, aleteo nasal, etc.). Tos esporádica poco productiva. Campos pulmonares ventilados, apoyo de oxígeno con nebulizador a 40% de FiO<sub>2</sub>, respiraciones rítmicas, sin esfuerzo y mayormente abdominales, pared torácica con ausencia de zonas de hipersensibilidad y masas, ruidos vesiculares y broncovesiculares a la auscultación, expansión

torácica simétrica y completa, columna vertebral alineada; disnea de pequeños esfuerzo, saturación de oxígeno 85%, ruidos cardiacos rítmicos, palmas de las manos con adecuada coloración, pies con lechos ungueales con ligera cianosis, llenado capilar de 2 segundos.

2. ¿Fuma? No ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_

4. ¿Varía la cantidad según su estado emocional? \_\_\_\_\_

5. ¿Cómo afecta la realización de las actividades de la vida cotidiana su respiración? Refiere disnea de esfuerzos y apoyo de oxígeno suplementario para realizar actividades de la vida diaria.

6. ¿Cómo afecta su estado de ánimo su respiración? (frecuencia. Ritmo, etc.).

En situaciones de estrés hiperventila.

7. ¿Tiene conocimientos acerca de una respiración correcta? Sí.

8. ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoran su respiración (relajación, yoga, etc.)? Respiraciones profundas.

9. ¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guardan relación con la temperatura ambiental? Si, en pies la temperatura suele ser en ocasiones menor a la temperatura del cuerpo.

10. ¿Es propenso a sufrir hemorragias? Sí, debido a tratamiento con acecumarol.

11. ¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios (dolor precordial, taquicardia, asma, alergias, etc.)? Asma desde los 8 años de edad sin tratamiento actualmente, última crisis 2010.

## NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

**12.** Observaciones (Exploración física, sistema tegumentario, mucosas, uñas y cabello, hábitos alimenticios, trastornos digestivos) Palidez de tegumentos, labios con ligera cianosis, uniforme de textura blanda y lisa, lengua en posición central y con un ligera capa blanquecina, dentadura completo, con primer y segundo molar superior e inferior con amalgamas, normohidratado, náuseas y vómito de contenido gástrico matutinas y nocturnas, en tratamiento con Omeprazol 20 mg cada 8 horas, Ondansetrón 8mg cada 8hrs, Metoclopramida 10 mg cada 8 hrs, intolerante a la lactosa; refiere hipoglucemias de hasta 60 mg/dl ocasionales aun con adecuada alimentación, posteriormente al tratamiento médico con quimioterapias, IMC: 16.65.

Desayuno	Comida	Cena
Fruta y atole.	Ensalada de frutas y verduras, agua de sabor.	Manzana hervida y atole.

**13.** ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza?

Desayuno 9am, comida 3pm, cena 9 pm.

**14.** ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día? Jugo 200 mil, agua 800 mil.

**15.** ¿Cuál es la pauta de ingesta? Con los alimentos.

**16.** ¿Qué preferencia/disgusto siente por determinados alimentos? Disgusto por mayonesa, anteriormente preferencia por el pescado a partir del tratamiento de quimioterapia es disgusto así como al agua simple.

**17.** ¿Qué dificultades encuentra para procurarse, almacenar y prepararse alimentos adecuados? Se encuentra hospitalizado.



18. ¿Conoce las necesidades de alimentos e hidratación y su relación con la edad y con la actividad? Sí.

19. ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación (comer despacio, masticando e insalivando bien etc.)? Sí.

20. ¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso relacionados con modas, costumbres etc.? Si debido al tratamiento con quimioterapia, y el estar hospitalizado.

21. ¿Tiene algún problema al masticar y/o tragar la comida/bebida? No.

22. ¿En la actualidad tiene algún problema digestivo? Náusea y vómito posterior a la sesiones de quimioterapia.

### **NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

23. Observaciones (exploración física de abdomen y genitales, características y frecuencia de la orina y evacuación intestinal causa y factores de riesgo que alteran la eliminación).

Abdomen semigloboso, con leve resistencia y dolor a la palpación, disminución de la perístasis.

24. ¿Cuáles son los patrones habituales de eliminación (heces, orina, menstruación, sudoración)?

Estreñimiento prolongado con necesidad de enema evacuante, retención urinaria a causa de deterioro sensitivo por lo cual se requiere instalación de sonda vesical a derivación con diuresis con leve tinte hemático, diaforesis nocturnas.

25. ¿Cómo afectan las emociones sus patrones de eliminación? No interfiere.

26. ¿Se siente satisfecho con respecto a sus patrones habituales de eliminación (frecuencia diurna, nocturna, cantidad y calidad)? no, ya que refiere presentar estreñimiento, le molesta los enemas, y la sonda vesical.

27. ¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de alimentación? Si, ya que no hay intimidad en el entorno, y el uso del comodo le ocasiona desagrado, y de las comidas en el hospital.

28. ¿El cambio de horario modifica los hábitos de eliminación? Sí.

29. ¿Qué tipos de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación?

Aseo general y baño diario.

30. ¿La modificación de estos hábitos le causa algún tipo de problema? No.

31. ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda ( masajes, dietas, etc.) Sí.

32. En la actualidad ¿tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación (ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar etc.)? Sí, retención urinaria y estreñimiento.

33. ¿Tiene problemas de eliminación (incontinencia, colostomía, sudoración etc.)? Sí.

34. En el supuesto anterior, ¿realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema? Sí.

### **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

35. Observación (exploración física del sistema musculoesquelético, implica fuerza, debilidad, marcha, etc.; postura correcta, ritmo de movimientos y causas y factores que afectan la hipoactividad). Extremidades integra, con fuerza y tono muscular disminuido, dolor en la región lumbar, extremidades superiores e inferiores con escala EVA de 6, conducta expresión facial de dolor, presenta trombosis venosa profunda en ambos miembros pélvicos, refiere neuropatías periféricas de extremidades superiores e inferiores.

36. ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o preferencia por determinado grupo cultural? Normal.

37. ¿Cuántas horas del día cree usted que permanece sentado, andando, de pie, reclinado? Sentado 4 hrs, andando 1 hrs, de pie 30 min, reclinado 17:30 hrs.

38. ¿Se considera una persona activa o sedentaria? Sedentaria por el momento debido a a su padecimiento actual.

39. ¿Conoce la importancia de esta necesidad y las medidas saludables de vida con respecto a ella (consecuencias de la hipoactividad o de malas posturas, elección de mobiliario, y calzado adecuado, etc.)? Sí.

40. ¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular? Sí.

41. ¿Cómo afectan sus emociones esta necesidad? Refiere que al presentar dolor, no puede descansar ni dormir adecuadamente ya que le genera ansiedad.

42. ¿Cómo afectan sus creencias y/o valores de comunicación intercultural esta necesidad (posturas y movimientos aceptados por determinadas culturas)? Refiere no tener ninguna creencia.

### **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

43. Observación (nivel de ansiedad, estrés, presencia de ojeras, expresión de irritabilidad, cefalea, como estado de conciencia, y condiciones que ayudan/impiden la satisfacción de esta necesidad). Refiere estrés y ansiedad, somnoliento, orientado en tiempo persona y espacio.

44. ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño (horas, duración, etc.) 6 horas.

45. ¿Habitualmente duerme solo/a o acompañado? Solo.

46. ¿Los cambios en el entorno, su situación y hábitos modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuáles y cómo. Sí, se encuentra fuera de su hogar le es difícil conciliar el sueño.

47. ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño? 5 horas.

48. ¿Cómo le afectan las emociones en la necesidad de dormir y reposar (estrés, ansiedad, peso, etc.)? Sí se encuentra en periodos de dolor, náusea, vómito, cefalea, estrés y ansiedad afectan en sus hábitos de sueño.

49. ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor? Sí.

50. ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar (leer, dormir, etc.) Recostarse.

51. ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento? Sí.

52. ¿Qué sentido tiene para usted el dormir (cómo rutina, obligación, placer, etc.)? Le proporciona descanso, salud y bienestar.

53. ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada uno de estas formas de comportamiento? Sí.

54. ¿Tiene sueños/pesadillas cuando duerme? Ocasionales.

55. ¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse? Sí, Clonazepam.

56. Si lo utiliza ¿conoce sus efectos? Sí.

57. ¿Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño (masaje, relajación, visualización, música, lectura)? Ninguno.

58. ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo/descanso? 6 horas.

#### **NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

59. Observaciones (tipo de ropa, acorde a la talla y temporada, y si está relacionada con sus valores, si lo realiza por el mismo o requiere de ayuda). Usa bata hospitalaria con adecuada limpieza, sandalias, y ropa de cama para cubrirse en la noche.

60. ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o con alguna otra necesidad (autoestima, relaciones con los demás, etc.)? De protección para el clima y comodidad.

61. ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias, personales, sociales, culturales? Refiere que no debería, pero la hace.

62. ¿Puede elegir por sí mismo/a la ropa que se pone habitualmente (en la casa, trabajo) Por el momento no lo puede hacer como desea ya que se encuentra hospitalizado.

63. ¿Conoce la relación entre calidad/cantidad de ropa necesaria para la adecuada comodidad del propio cuerpo y de acuerdo con la temperatura ambiental? Sí

64. ¿Necesita algún tipo de ayuda para elegir el tipo de ropa o para vestirse/desvestirse? Sí

65. Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir? No.

66. ¿Tiene algún objeto o accesorio de vestir que tenga un significado especial? No.

67. ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener? No.

68. ¿De qué forma le afecta vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de personal? Siempre busca la privacidad y el respeto.

### **NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

69. Observaciones (monitoreo de la temperatura, características del clima ambiental, como son condiciones del entorno físico, por ejemplo aire acondicionado, etc.; considerar causas y factores que intervienen). Normotermico, hogar con deficiente ventilación.

70. ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío? Manifiesta sentir mayor comodidad con el clima frío ya que con el calor presenta fatiga.

71. ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental? No.

72. ¿Tiene alguna creencia o valor que interfiera y/o favorezca sus comportamientos en esta necesidad (uso de alcohol para entrar en calor)? No.

73. ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, etc.) y que limitaciones tiene (de conocimiento, económicas)? Ropa idónea de acuerdo al clima.

74. ¿Cómo le afectan las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira)?, ¿Sabe cómo controlarlas? No interfiere.

### **NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN EN LA PIEL**

75. Observaciones (Inspección del estado de la piel como son textura, turgencia, manchas, lesiones, cabello, y hábitos higiénicos y factores que lo limitan). Alopecia provocado por el tratamiento de quimioterapia, extremidades superiores multipunsonadas con flebitis presente, leve deshidratación en tegumentos, textura suave, limpieza.

76. ¿Qué significado tiene para usted la limpieza? Bienestar y Salud.

77. Forma de cuidar su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad). Aseo de manos antes y después de comer e ir al baño, así como aseo bucal adecuado, y baño diario.

78. ¿Cómo le afecta depender de otra persona para satisfacer esta necesidad? Refiere incomodidad, estrés, ansiedad, miedo, al depender de los demás.

79. ¿Tiene preferencias horarias con respecto a su aseo diario? Por las mañanas.

80. ¿Qué hábitos higiénicos, son imprescindibles mantener (lavarse los dientes o manos, etc.)? Higiene bucal, lavado de manos, baño diario, cambio de ropa.

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

**81.** Observaciones (observación de la integridad neuromuscular, así como de los sentidos, falta de control, condiciones del entorno, como el suelo mojado, barandillas en la cama etc.). Presenta fobia, disminución de la sensibilidad en extremidades superiores e inferiores ocasionadas por neuropatía periférica relacionada con antecedente de tratamiento con quimioterapia, trombosis venosa profunda en ambos miembros pélvicos.

**82.** ¿Qué miembros componen su familia de permanencia? 5 miembros, (padre, madre y dos hermanos).

**83.** ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica?

Durante la hospitalización refiere sentirse mal emocionalmente e inseguro.

**84.** ¿conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? Sí.

**85.** ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia (vacunas, revisiones médicas etc.)? Sí.

**86.** ¿Necesita algún tipo de ayuda? Sí al trasladarse con apoyo de familiar y bastón.

**87.** ¿De qué modo maneja las situaciones de tensión en su vida? Afirma que llega a perder el control y lo manifiesta en ira, llanto, melancolía, tristeza llegando a un estado depresivo.

**88.** ¿Cuáles son sus hábitos con respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, etcétera? No consume.

**89.** ¿Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás? Sí, pero comenta no tener interés en llevarlas a cabo.

## NECESIDAD DE COMUNICARSE

90. Observaciones (habilidad de comunicación verbal y no verbal, barreras idiomáticas, lenguaje corporal, gestos y condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad; también de que manera le afecta en su vida familiar, social, y productiva) Tiene una comunicación en ocasiones poca afectiva con su familiar a cargo.

91. ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, etcétera? Totalmente ya que no está presente toda su familia, y amistades.

92. ¿Tiene contactos sociales en forma regular, y que le resulten satisfactorias? No, ya que se mantiene el mayor tiempo hospitalizado.

93. Comúnmente ¿de qué forma expresa sus sentimientos y pensamientos? No los expresa.

94. Por lo general, ¿qué tipo de humor tiene? Irritabilidad, incertidumbre, temor, ansiedad, y frustración, tristeza.

95. ¿Qué posición ocupa en el seno de la familia? Es el según hijo de tres.

96. Si tiene problemas de espacio físico en su entorno inmediato, ¿le afecta en su necesidad de comunicación? En un entorno reducido por periodos prolongados le ocasiona ansiedad.

97. ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria? Sí.

## NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

98. Observaciones (accesibilidad a lugares determinados y específicos de un grupo social o religioso, cuáles son sus valores relevantes en la familia y la sociedad, tendencia a la donación de órganos) Ha perdido comunicación o contacto con sus amistades y parte de su familia, declara haber perdido un



significado para su vida, cuestionando el porqué de su sufrimiento si existe un propósito en ello, preguntarse si existe Dios y si así es, está molesto con él por lo que le acontece con su enfermedad, tiene temor de lo que suceda, expresándolo en llanto y notándose sufrimiento en su semblante.

**99.** ¿Cómo influye en usted el estado de ánimo, las tensiones o el estrés en la satisfacción de esta necesidad? Al encontrarse con tensión, refiere no tener deseos de tener visitas debido a que se siente incómodo.

**100.** ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? Catolicismo, más sin en cambio en el presente afirma no tener ninguna creencia religiosa.

**101.** ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social? No pertenece a ningún grupo social.

**102.** En caso de necesidad ¿desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades (donación de órganos, testamento, etc.)? Sí.

### **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

**103.** Observaciones (distribución equilibrada entre en el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio, capacidad de resolución problemas, satisfacción personal y profesional, motivos que lo impiden). Actualmente debido al tratamiento se encuentra con periodos prolongados de hospitalización por lo cual no realiza una actividad escolar ni laboral.

**104.** ¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza? Estudiante.

**105.** ¿Cómo se siente en relación a su trabajo u ocupación? Mal, tuvo que renunciar a propuestas laborales debido a su padecimiento.

**106.** ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? En la actualidad depende económicamente de sus padres.

107. ¿Su rol profesional le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales? No.

108. ¿De qué manera se enfrenta a la situación? No aplica.

109. ¿Se plantea formas alternativas de estilo de vida? Sí.

110. ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad (asociaciones, grupos de autoayuda, etc.)? Sí, pero no dese participar en ellos.

### **NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

111. Observaciones (el estado de ánimo, autoestima, existencia de material que indique hobbies, pasatiempos, otras actividades, en tiempos libres; causas y factores que impiden satisfacer esa necesidad). Se observa intranquilo, ansioso y preocupado. No tiene ningún pasatiempo por el momento.

112. ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre? Ninguno.

113. ¿Son importantes para usted? No le interesa por el momento. ¿Por qué? Refiere demasiada fatiga para llevarlas a cabo.

114. ¿Considera que el tiempo que usted dedica al ocio habitualmente es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo? No.

### **NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

115. Observaciones (medir las capacidades físicas, neurológicas y psicológicas que afectan el aprendizaje; escolaridad, grado de conocimiento de sus necesidades básicas, de su estado de salud actual, tratamiento y autocuidado) No presenta ninguna alteración física, mental y neurológica, mas sin embargo refiere poco interés de adquirir conocimientos a causa de su estado de salud.

116. ¿Qué estudios ha realizado? Se encuentra cursando la Licenciatura en Administración de Empresas.

**117.** ¿Alguna vez ha tenido dificultad en aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? No.


**118.** ¿Tiene conocimiento sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y autocuidado? Sí.

**119.** ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad y las utiliza? Sí.

**120.** ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud/enfermedad? Sí.

## Anexo 2




### Tríptico



*"Y una vez que la tormenta termine, no recordarás como lo lograste, como sobreviviste. Ni siquiera estarás seguro si la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa si es segura. Cuando salgas de esa tormenta, no serás la misma persona que entro en ella. De eso se trata esta tormenta."*

Haruki Murakami

Procura llevar el control de tus citas y chequeos médicos, así como horarios de medicamentos, puedes anotar en un lugar visible o pedirle a un familiar o amigo de confianza si te puede ayudar a recordártelo.



### Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células.



El tratamiento te ayuda a tener una esperanza de vida, siempre y cuando se continúes conforme a las indicaciones médicas y una dieta adecuada.

### ¿Qué efectos provoca?

- Anorexia
- Dolor
- Nausea
- Depresión
- Vomito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Ansiedad

Recuerda que no estás solo, puedes compartir tus sentimientos con personas de tu entera confianza o en grupos de ayuda, además de amigos y familiares.

### Una alimentación sana te ayudara a sobrellevar mejor los efectos del tratamiento.

Alimentos sugeridos

- Agua simple
- Aceite de oliva
- Fresas
- Legumbres
- Manzana
- Melón
- Pescado
- Aguacate
- Jitomate
- Guanábana
- Alimentos ricos en fibra



## BIBLIOGRAFÍA

Carpenito-Moyet. Manuel de Diagnósticos de Enfermería. 14ª Ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

CHABNER Bruce, "Harrison manual de oncología", Ed. Mc Graw Hill, México D.F., 2008, 256pp.

Ferrin C, Novel G. El modelo de Henderson y El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Masson; 1999.

Hager MD, Clínica Mayo Guía de autocuidado: Soluciones a los problemas cotidianos de salud. México: Intersistemas; 2001.

Kim M J. Guía Clínica de Enfermería. 5th. Ed. Madrid: Mosby; 1994.

Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Enfermería Fundamental: conceptos. Procesos y práctica. 7th. Ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2005.

Luis RM. Los Diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 7th. Ed. Madrid: Elsevier; 2006.

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevie; 2010.

Quintín OJ. Dietas normales y dietas terapéuticas. México. Francisco Méndez Cervantes; 1982.

Ralph SS, Rsenberg CM, Herdman HT, Lavin AM. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011. Madrid: Elsevier: 2010.

Rodríguez SB. Proceso Enfermero: Aplicación actual. 2th. Ed. México: Cuéllar: 2002.

Schmitz CC, Hipp E. Como enseñar a manejar el estrés. México: Pax México; 2005.

Serra GR, Bagur CC. Prescripción de ejercicios físicos para la salud. Madrid: Paidotribo; 2004.

WESLEY, "Teorías y modelos de enfermería", ed. McGraw-Hill Interamericana, México, D.F., 1997.

Wulkinson MJ, Ahern R.N. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9th. Ed. Madrid: Pearson; 2008.