



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA.

“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN UN PACIENTE
CON CANCER RENAL”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.L.E. ALBERTO JORGE CASTELLANOS REYES

ASESORA:

L.E. ELVA ROSA VALTIERRA OBA.

MORELIA, MICHOACÁN, AGOSTO DE 2007

DIRECTIVOS

DIRECTORA DE LA FACULTAD
JOSEFINA VALENZUELA GARANDILLA

SECRETARIA ACADEMICA
MA DE JESUS RUIZ RECEDIZ.

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
ANA CELIA ANGUIANO MORAN

PRESIDENTE

L.E. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

VOCAL 1

MARTHA ISABEL IZQUIERDO PUENTE.

VOCAL 2

Dr. BENIGNO CALDERON PUENTE.

INDICE

I. Introducción.....	1
II. Justificación.....	4
III. Objetivos.....	6
IV. Metodología aplicada.....	7
V. Marco Teórico Referencial.....	8
5.1 Proceso de enfermería.....	9
5.2 Teoría de virginia Henderson.....	24
5.3 cáncer.....	28
5.4 cáncer renal.....	29
VI. Historia clínica de enfermería.....	35
VII. Metodología de enfermería.....	38
VIII. Conclusiones.....	52
IX. Referencias bibliográficas.....	55
X. Anexos.....	57

-I. INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería (PE) es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del paciente , la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería por lo tanto es la aplicación del método científico en la practica dentro de esta rama de la salud.¹

Exige del profesional habilidades y destrezas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar evaluare interactuar con otros.

El Proceso de enfermería (PE) requiere una actividad especial y continua con la atención hacia el enfermo ya que trata de mejorar la respuesta humana. Es una herramienta fundamental en la práctica asistida de enfermería ya que da como respuesta un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada paciente.

El proceso de enfermería (PE) florece en una metodología sistemática con carácter cultivado propio de la enfermería, que se basa en principios científicos para saciar las necesidades y retos de la salud al que por naturaleza se enfrentan todos los seres humanos en alguna etapa de su existencia ya sea en forma personal o fusionada con el reto de proporcionar al paciente una calidad de vida favorable.

El proceso aquí presentado toma la filosofía de Virginia Henderson, para su realización se analizó la obra de la autora y los principios en que la fundamenta.

Virginia concederá la enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad

¹ <http://www.wuady.mx/enfermeria/sitioflash/procesoint>.
Se consulto en 04/2007

o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

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

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

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

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

Este trabajo aborda la metodología del proceso enfermo, ya que este resulta un gran apoyo para la atención hacia el paciente del personal de enfermería logrando apoyar en todos los aspectos posibles tanto al enfermo como a la familia.

A partir de la aplicación práctica de la valoración de un paciente que padece cáncer renal, es un adulto mayor, por eso se toma la atención de forma integral mediante el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson que son las siguientes:

- 1) Respirar normalmente.
- 2) Comer y beber de forma adecuada.
- 3) Evacuar los desechos corporales.
- 4) Moverse y mantener una postura adecuada.
- 5) Dormir y descansar.
- 6) Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- 7) Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- 8) Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- 9) Evitar peligros y no dañar a los demás.
- 10) Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11) Profesar su fe.
- 12) Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- 13) Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- 14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

II. JUSTIFICACIÓN

La aplicación del proceso de enfermería en nuestra área, es una meta por la diversidad de factores que caracterizan la formación y practica de esta destacada carrera que es la enfermería, día a día se enfrenta a numerosos retos que se tienen que asumir mediante condiciones laborales distintas pero todo va encausado al bienestar del paciente y a la prestación del servicio con calidad aplicando una metodología.

Es de suma importancia realizar procesos de enfermería metódica y sistemáticamente en el cuidado de personas que no gozan de buena salud, hoy en día en todo el mundo hay grandes cifras de personas que padecen enfermedades de todos tipos, en México el cáncer renal a aumentado el numero de personas que la padecen, algunos la afrontan con éxito y otros lamentablemente no.

Los que padecen esta enfermedad experimentan un deterioro importante en la calidad de vida, lo cual se ve reflejado primero en su productividad y por ende va afectando de manera proporcional los demás aspectos de la vida del paciente.

El cáncer renal es un padecimiento que no presentan síntomas al inicio de la enfermedad. Pero cuando el cáncer renal cursa de manera sintomática, el signo de alarma más común es la evidencia de sangre en la orina. Durante la evolución natural de la enfermedad, el paciente puede presentar dolor abdominal o lumbar y pérdida de peso involuntaria. El diagnóstico se basa en el análisis de orina, en el estudio de las características de las células presentes y en el empleo de pruebas de imagen complementarias para evaluar el riñón y el sistema excretor y excluir la presencia de metástasis a distancia; por lo anterior se considera importante la aplicación de esta metodología de enfermería en este padecimiento.

Lo anterior evidencia esta enfermedad como una condición que se detecta generalmente cuando el daño está avanzado y poco tiempo después del diagnóstico la calidad de vida del paciente se ve alterada de forma drástica en tales casos la atención que el personal de enfermería puede brindarle, a través de un proceso enfermero integral, es fundamental para que el paciente afronte eficazmente este proceso de enfermedad; ya que esta profesión no tiene fronteras y su ejecución va mucho más allá que solo el deber institucional.

III. OBJETIVOS

Objetivos Generales

El pasante de licenciatura en enfermería realizara una estructura que pueda cubrir, las necesidades del paciente y la familia

Actuar para cubrir y resolver las necesidades que la enfermedad (cáncer renal) desencadena.

Objetivos específicos

Realizar una valoración integral y relacionada al modelo de Virginia Henderson aplicado a un paciente con cáncer renal.

Elaborar diagnósticos para el paciente de tal modo que le sean útiles para dar cara a su enfermedad.

Identificar las necesidades alteradas en el paciente y enunciar los diagnósticos enfermeros que permitan brindar una atención integral y de calidad al paciente

IV. METODOLOGÍA

Este proceso se conformo de acuerdo a las 5 fases del proceso actual, utilizando el modelo de Virginia Henderson y las 14 necesidades del ser humano; Se concentraron los problemas de salud y de este modo se usaron los diagnósticos correspondientes, utilizando para esto la clasificación de diagnósticos de enfermería autorizada por la NANDA.

Para la recopilación de datos en las etapas de valoración se usó el formato con las 14 necesidades que contienen la información indispensable para la realización de cada una de ellas, se realizaron entrevistas directamente con el paciente y su esposa se les proporcionaron platicas de orientación de acuerdo a cada necesidad que presentaba alteraciones y de este modo se elaboraron los diagnósticos de enfermería. Conforme a las cinco etapas que consta el proceso de enfermería que son las siguientes:

Valoración.

Diagnostico.

Planeación

Ejecución

Evaluación

V. MARCO REFERENCIAL

5.1 EL PROCESO DE ENFERMERIA.

El proceso de enfermería (Pe) presento sus arranques cuando por primera vez fue considerado como un proceso y esto sucedió con Lydia Hall en el año de 1955 consecutivamente Jonson en 1959, Orlando en 1961 y wiedenbach 1963 , consideraron un proceso de enfermería de tres fases (valoración , plantación y ejecución) consecutivamente Yura y Walsh en 1967 crearon un proceso de cuatro fases(valoración, planeación , realización y evaluación) y a mediados de la década de los 70's, ya establecieron el de cinco fases (valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación), este ultimo es el que se emplea actualmente.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

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

El proceso de enfermería consta de cinco etapas y cada una se encuentra estrechamente relacionadas estas etapas son:

Valoración.
Diagnostico
Planeación
Ejecución
Evaluación.

ETAPA UNO: VALORACIÓN

La Valoración es el primer paso del Proceso de Enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente. Consta de dos componentes: recogida de datos y documentación.

TOMA DE DATOS

El profesional de enfermería toma los datos de salud

Criterios de determinación

La prioridad de la recogida de datos está determinada por la situación o necesidades inmediatas del cliente.

Los datos pertinentes se reúnen utilizando técnicas de valoración adecuadas.

En la recopilación de datos intervienen el cliente, seres queridos y prestadores de atención sanitaria cuando se considere oportuno.

El proceso de recogida de datos es sistemático y continuo.

Los datos importantes se documentan en forma recuperable.

TIPOS Y FUENTES DE DATOS

Tipos de datos

Subjetivos. La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.

Objetivos. Información susceptible de ser observada y medida.

Históricos. Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado.

Actuales. Situaciones o acontecimientos que se están produciendo en el momento.

Fuentes de datos

Primarias. Información obtenida directamente del cliente.

Secundarias. Información sobre un cliente obtenida de otras personas, documentos o registros.

DOCUMENTACIÓN

Objetivos de la documentación:

-favorece la comunicación

-facilita la prestación de una asistencia de calidad al paciente

- proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia
- forma un registro legal permanente
- fuente de datos para la investigación.

Directrices para la documentación

- Se escriben las anotaciones de forma objetiva, sin sesgos, juicios de valor ni opiniones personales.
- Incluir información importante compartida con usted por el cliente o la familia
- Documente información suficiente para apoyar sus interpretaciones del aspecto y conducta del cliente
- Evitar generalizaciones, incluyendo términos globales como bueno, regular, habitual, normal
- Describir los hallazgos de la forma más completa posible, incluyendo características definitorias como tamaño y forma
- Documentar los datos de forma clara y concisa, evitando información superflua y frases largas y prolijas
- Escribir las anotaciones a mano o a máquina de forma legible y en tinta indeleble
- No manipular el registro clínico
- Las anotaciones deben ser correctas gramatical y ortográficamente

- No dejar espacios que permitan a otros introducir información en sus anotaciones
- Identificar correctamente las entradas posteriores
- Cuando un cliente no coopera o decide no seguir el régimen de tratamiento recomendado, proporcione descripciones completas.

ETAPA DOS: EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Definiciones relacionadas con el diagnóstico

Diagnosticar: emitir un juicio y nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en las evidencias de la valoración.

Diagnóstico: es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable.

Además de referirse al segundo paso del proceso enfermero, la palabra diagnóstico puede significar dos cosas: 1) el proceso de analizar los datos y unir las claves relacionadas para emitir juicios sobre los problemas de salud (la habilidad para diagnosticar se adquiere mediante la educación, la práctica, la experiencia y la aplicación de los principios del pensamiento crítico), o 2) el resultado diagnóstico.

Diagnóstico Real: juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

Diagnóstico definitivo: el diagnóstico más específico y correcto.

Diagnóstico enfermero: juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.

Procesos vitales: acontecimientos o cambios que ocurren durante la vida de una persona.

Diagnóstico médico: problema de salud que requiere el diagnóstico definitivo de un médico capacitado. Normalmente los diagnósticos médicos se refieren a problemas con órganos o sistemas (enfermedad, traumatismo) y no siempre requiere de cuidados enfermeros.

Dominio enfermero: acciones que la enfermera está legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que una enfermera está autorizada a formular.

Dominio médico: actividades y acciones que el médico está legalmente capacitado para llevar a cabo.

Intervenciones definitivas: el tratamiento más específico requerido para prevenir, resolver o manejar un problema de salud.

Resultado: efecto de las intervenciones prescritas o plan de cuidados. Normalmente se refiere al efecto deseado de las intervenciones, es decir, la prevención, resolución o manejo del problema.

Factor relacionado: algo que se sabe que está asociado a un problema de salud específico.

Factor de riesgo: algo que se sabe que causa o contribuye a un problema específico.

Diagnóstico de riesgo (potencial): problema de salud que puede desarrollarse si no se toman medidas preventivas.

Diagnóstico de salud: juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de salud a otro mayor.

ETAPAS DEL PROCESO DIAGNÓSTICO

El Proceso Diagnóstico, la segunda fase del Proceso de Enfermería, es una función intelectual compleja. Esta fase tiene cuatro etapas:

1 PROCESAMIENTO DE DATOS

Clasificación; mientras evalúa a un paciente, el profesional de enfermería acumula un gran volumen de datos. Es posible que el profesional de enfermería encuentre grandes dificultades para manejar este volumen total. La clasificación consiste en dividir la información en clases concretas. Algunos ejemplos son los sistemas corporales, los patrones de salud funcional, los datos históricos y los síntomas importantes.

Interpretación; consiste en la identificación de datos importantes, en la comparación con patrones o normas y en el reconocimiento de pautas o tendencias.

Validación; en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.

Validación con el cliente o con sus seres queridos

Validación con otros profesionales

Validación con fuentes de referencia.

ERRORES EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO

- Datos incorrectos o incompletos
 - problemas de comunicación
 - barrera lingüística
 - preguntas incorrectas
 - ocultación de información
 - distracciones
 - Interpretación errónea de los datos
 - utilización de solo un indicio o una observación para hacer deducciones prematuras
 - permitir que prejuicios o predisposiciones personales influyan en la interpretación de los datos.
 - Falta de conocimiento clínico o de experiencia.
-
- que no se reúnan datos fundamentales.
 - que se agrupen indicios de forma incorrecta.
 - que se interpreten los indicios de forma incorrecta.

2 REDACCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

I enunciado: la respuesta humana, identifica la forma en que el paciente responde a un estado de salud o de enfermedad. Esta cláusula indica las necesidades que deben cambiar en un cliente en particular gracias a las intervenciones de enfermería.

II enunciado: factores relacionados o de riesgo (etiología), con el fin de prevenir, reducir o aliviar una respuesta en el paciente, el profesional de enfermería debe saber porqué está sucediendo. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que se cree pueden ser la causa de la respuesta observada en el paciente o que contribuyen a ella; factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Los factores relacionados ayudan a identificar las variables que contribuyen a la presencia de respuestas humanas. También sugieren intervenciones de enfermería específicas que evitarán, corregirán o aliviarán la respuesta.

Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.

3 VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Antes de plasmar el diagnóstico en un papel, es útil confirmar su exactitud.

4 DOCUMENTACIÓN

Después de desarrollar y confirmar la exposición del diagnóstico de enfermería, el profesional de enfermería lo documentará en el registro clínico del paciente.

ETAPA TRES: PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

ETAPA CUATRO: EJECUCIÓN

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

Preparación

Intervención

Documentación

Etapas 1: Preparación

La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades:

Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido

Antes de la prestación de la asistencia, revise el plan de cuidados. Esto le permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el paciente y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.

Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias

Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Determine si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para prestar los cuidados.

Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas

El inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el paciente. Se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del paciente.

Proporcionar los recursos necesarios

En el momento de prepararse para iniciar una intervención de enfermería, hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el profesional y el material.

Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

La ejecución con éxito de las intervenciones de enfermería exige un entorno en el que el paciente se sienta cómodo y seguro.

Bienestar. La creación de un ambiente agradable debe tener en cuenta tanto componentes físicos como psicosociales. Entre las preocupaciones físicas se encuentran el entorno inmediato, intimidad, ruido, olor, iluminación y temperatura. Seguridad.

Grado de movilidad. El grado de movilidad del paciente puede verse afectado por una enfermedad o un traumatismo, por limitaciones externas como la tracción o las escayolas o por la necesidad de conservar la energía o el equilibrio.

Déficit sensorial. El paciente que tiene una disminución de la percepción visual, auditiva, olfativa o táctil puede presentar riesgo de lesión.

Niveles de conciencia/ orientación. Los pacientes con niveles de conciencia reducido o desorientados, a menudo requieren una atención especial o intervenciones que fomenten su salud. Ciertas respuestas exigen la realización de adaptaciones de su entorno para evitar las lesiones.

Etapa 2: Intervención

Refuerzo de las cualidades. Se estudian las cualidades del paciente, sus problemas y las relaciones con los demás.

Ayuda en las actividades de la vida diaria. El baño, el uso del W.C., el arreglo, el vestido la alimentación y la de ambulación son consideradas actividades de la vida diaria. Muchos pacientes necesitan la atención de enfermería porque existe algún problema que interfiere con su capacidad de cuidar de sí mismos.

Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería. Como coordinador del equipo de enfermería, el profesional titulado es legalmente responsable de la prestación de los cuidados de enfermería.

Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. El profesional de enfermería titulado es responsable de coordinar la atención del paciente para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del paciente.

Educación. El proceso de enseñanza-aprendizaje para el paciente, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta relacionados.

Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del paciente.

Etapa 3: Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

ETAPA CINCO: EVALUACIÓN

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente.

Evaluación

Criterios de determinación

La evaluación es sistemática y continuada.

Las respuestas del paciente a las actuaciones se documentan.

Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación con los objetivos.

Se utilizan los datos de la evaluación continuada para revisar diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados, según las necesidades.

Las revisiones de diagnósticos, objetivos y del plan de cuidados se documentan.

El cliente los seres queridos y los prestadores de la atención sanitaria participan en el proceso de evaluación, cuando esté indicado.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del cliente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería.

La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas:

¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados? Tras la obtención de los datos, compare el estado de salud actual del paciente con los objetivos identificados en el plan de cuidados.

Si la respuesta es no, ¿eran adecuados los objetivos?. En ocasiones no se consigue el objetivo, por que el diagnóstico de enfermería o las actuaciones no eran adecuados. El objetivo que se definió con el cliente puede no ser ya aplicable para las necesidades del cliente. En ocasiones, los cambios en las circunstancias o el estado del cliente invalidan el objetivo y exigen un cambio en el plan de cuidados.

¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?

Si la respuesta es no, ¿eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería? En ocasiones el paciente no consigue el objetivo porque el diagnóstico de enfermería no es exacto, aplicable o adecuado.

¿Eran adecuadas las actuaciones? Al estudiar y evaluar cada parte del plan de cuidados, incluidos los objetivos y los diagnósticos de enfermería, juzgará también las actuaciones.

Si la respuesta es no, ¿será necesario revisar el plan de cuidados? La evaluación de la consecución de los objetivos lleva al profesional de enfermería a la revisión del plan de cuidados mediante el Proceso de Enfermería.

Evaluación de la calidad de los cuidados y del Proceso de Enfermería

La garantía de calidad y el proceso de mejora de la misma utilizan los mismos pasos que el Proceso de Enfermería.

Valoración. ¿Cuál es el proceso que necesita ser mejorado? ¿Qué información se debe reunir para comprender este proceso? ¿Quién la debe reunir y cuándo?

Diagnóstico. Basándose en los datos de valoración, ¿cuál es el problema que está impidiendo unos cuidados de calidad? ¿Qué está provocando la elevación de los costes, el descontento de los clientes y los profesionales, los retrasos o las pérdidas?

Planificación. ¿Qué cambios sugiere el equipo para mejorar el proceso? ¿Cómo se realizarán estos cambios? ¿Quién es necesario que participe en el proceso de cambio? ¿Cómo sabremos que los cambios han tenido éxito?

Ejecución. En esta fase, se ejecutan los cambios después de una meticulosa preparación, planificación y comunicación.

Evaluación. En esta fase, como el Proceso de Enfermería, consiste en determinar la eficacia del cambio. Se reúnen más datos y se comparan con los datos de valoración para determinar si se ha producido mejoría

5.2 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

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"

* Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma

-ENFERMERÍA: Henderson define la enfermería como la ayuda principal del sujeto sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila, y que esta podía realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

- PERSONA:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales .

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- ENTORNO:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- SALUD:

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

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.²

² Internet: <http://www.terra.es/personal/duenas/teoriasenfermerasteoricasvirginiahenderson>
Se consultó en 04/2007

5.3 CÁNCER

El cáncer no es una sola enfermedad sino un grupo de más de 200 enfermedades distintas en las que se produce un crecimiento anormal de las células, hasta convertirse en masas de tejidos llamados tumores. Básicamente, hay dos tipos de tumores:

- Benignos o no cancerosos
- Malignos o cancerosos.

Los tumores benignos tienen seis características principales:

- Sólo crecen hasta un determinado tamaño.
- Normalmente no crecen muy rápido.
- No destruyen células normales.
- No se propagan al tejido que les rodea.
- Normalmente no producen efectos secundarios graves.
- Por lo general crecen de una manera ordenada.

Los tumores malignos se conocen por su capacidad para invadir y destruir tejidos y órganos, tanto los que están cerca como los que están lejos del tumor original. La muerte se produce cuando la propagación del cáncer daña de tal manera los tejidos y los órganos vitales, que no pueden funcionar.

Las células del cáncer atacan el tejido sano y nunca dejan de multiplicarse. El cáncer tiene un comportamiento distinto en cada persona, según su tipo. Puede darse a cualquier edad, pero es más probable que afecte a personas de edad avanzada; por lo general a partir de los 55 años. El cáncer también puede presentarse en niños, y de hecho, es la segunda causa principal de muerte en niños de edades comprendidas entre 1 y 15 años.

5.4 CÁNCER RENAL.

El cáncer renal es una enfermedad en la cual las células cancerosas crecen en los riñones. Los riñones son dos órganos con forma de frijol, localizados justo por arriba de la cintura, una a cada lado de la columna. Su actividad principal es filtrar la sangre y producir la orina para eliminar los productos tóxicos y el exceso de agua.

El cáncer ocurre cuando las células del cuerpo (en este caso las células del riñón) se dividen sin control. Normalmente las células se divide de una manera regulada, si las células siguen dividiéndose sin control cuando las células nuevas no son necesarias, se forma una masa de tejido, llamado tumor. El término cáncer se refiere a tumores malignos, el cual puede invadir los tejidos adjuntos y propagarse a otras partes del cuerpo. Un tumor benigno no invade ni se propaga.

CLASIFICACIÓN

Existen distintas clasificaciones de tumores renales, sin embargo, prácticamente ninguna de ellas ofrece una manera simple y sistemática de agruparlos.

Una manera sencilla de agrupar los tumores renales es de acuerdo al origen de éstos. Así tenemos:

- Tumores derivados del epitelio tubular:
 - Benignos
 - Malignos

- Tumores derivados del estroma:
 - Benignos (fibroma, lipoma, leiomioma, etc.)
 - Malignos (fibrosarcoma, liposarcoma, rabdomiosarcoma, etc.)

- Tumores derivados del urotelio:
 - Carcinoma de células transicionales
- Carcinoma escamoso (epidermoide)
- Haden carcinoma

Los tumores derivados del epitelio tubular son los que deben concentrar nuestra atención, por su frecuencia e implicancias clínicas.

Clasificación de los Tumores Renales (derivados del epitelio)

- Malignos:
 - (Carcinoma de células renales)
 - Convencional o común
(Células claras): 70-80%
 - Papilar 10-15%

- Cromóforo 5-10%
 - De túbulo colector
- No clasificable 1%

- Benignos:
 - Adenoma papilar
 - Oncocitoma
 - Adenoma metanéfrico

ETIOLOGÍA

Un número importante de factores ambientales han sido implicados en la etiología del cáncer renal, incluyendo el tabaco, obesidad, exposición a cadmio, asbesto y productos petroquímicos.

Este tumor, así como el de mama, colon y próstata, se puede presentar en forma hereditaria o esporádica (no hereditaria).

Ejemplos de cáncer renal hereditario son:

- Asociado a la enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL) [mutación del gen VHL (3p)]
- Asociado a translocación t (3; 8), t(3;6) o t(2;3)
- Cáncer renal papilar hereditario [mutación del gen met (7q)]

PATOLOGÍA

El cáncer renal convencional (células claras) está compuesto, predominantemente, por células con citoplasma claro (por su alto contenido de lípidos y glicógeno), pudiendo coexistir áreas de células granulares. La arquitectura es habitualmente sólida, con algunas áreas quísticas y, ocasionalmente, alguna estructura papilar. Transformación sarcomatosa ocurre hasta en un 5% de estos tumores. Se presume que este tumor se origina del epitelio tubular proximal.

La lesión se origina en la corteza y tiende a crecer hacia el tejido perinefrítico. No posee cápsula propia, pero frecuentemente se constituye una pseudo cápsula compuesta por parénquima renal comprimido, tejido fibroso e infiltrado inflamatorio. Calcificaciones intratumorales son características de este tumor.

Patogenia

Son tumores hipervascularizados que tienden a invadir el tejido perinefrítico, órganos adyacentes y a extenderse directamente a la vena renal y a la vena cava inferior (VCI).

Aproximadamente el 40% de los pacientes tienen una enfermedad ya diseminada al momento del diagnóstico, siendo el pulmón el sitio a distancia más frecuentemente comprometido. Otros sitios frecuentes son hígado, hueso, ganglios linfáticos, suprarrenal y riñón contra lateral.

ETAPAS

Una correcta etapificación permite tomar una conducta terapéutica determinada y establecer un pronóstico. Para ello se requiere de una historia clínica completa, examen físico, exámenes de laboratorio (HMG+VHS, perfil bioquímico, orina completa), radiografía de tórax (ocasionalmente TAC de tórax), TAC abdominal y rara vez de una Cintigrafía ósea.

Las dos clasificaciones más usadas son la de Robson y la TNM. Esta última es más acuciosa en evaluar la extensión de la enfermedad y, por ende, en establecer un pronóstico más certero.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de adquirir una enfermedad o afección. Los factores de riesgo para esta enfermedad son:

Fumar

Tener antecedentes familiares de formas hereditarias de cáncer renal

Edad: 50 años o más

Sexo: Masculino

Algunas exposiciones a productos tánicos (por ejemplo, asbestos)

Tratamiento de diálisis

SÍNTOMAS

Los síntomas pueden incluir:

Sangre en la orina

Dolor inexplicable en la parte baja de la espalda o un dolor nuevo en cualquier otra parte

Dificultad al respirar o tos

Nudo en el vientre

Presión sanguínea elevada

Pérdida de peso significativa no planeada

Fiebre inexplicable

Inflamación de los tobillos, piernas y/o abdomen

TRATAMIENTO

Se recomienda la extirpación quirúrgica de todo el riñón o parte de él (nefrectomía). Este proceso puede incluir la extirpación de la vejiga, de los tejidos circundantes o de los ganglios linfáticos.

La radioterapia generalmente no es eficaz en el tratamiento del carcinoma de células renales y, por ese motivo, no se emplea con frecuencia. En algunos casos, los tratamientos hormonales pueden reducir el crecimiento del tumor.

Los medicamentos, como interferón alfa e interleucina, han sido eficaces en la reducción del crecimiento de algunos carcinomas de células renales, incluso algunos que se han diseminado. En diciembre de 2005, la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos aprobó un nuevo tipo de fármaco, llamado Nexavar, para adultos con carcinoma de células renales avanzado. El fármaco funciona restringiendo el aporte de sangre al tumor.

En algunos casos, se puede recurrir a la quimioterapia, pero es probable que no se logre una curación completa, a menos que se pueda extirpar todo el cáncer con una intervención quirúrgica.

VI. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Datos generales.

Eduardo G. M. Usuario masculino del IMSS, de 74 años de edad es originario de la ciudad de México DF, hace 5 (cinco) años es residente de la ciudad de Querétaro Qro.

Es licenciado en relaciones industriales, casado desde hace 46 años, actualmente vive únicamente con su esposa.

Su casa de tipo urbano, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y extradomiciliarios básicos, toxicomanías negadas.

Antecedentes familiares.

(EGM *) El Señor Eduardo manifiesta que su padre murió hace 27 años por infarto al corazón.

* Su madre murió sin causa aparente

* Su abuela materna murió por Epoc. (Enfermedad pulmonar obstructiva).

Antecedentes Personales.

Refiere que había tenido buen estado de salud hasta hace 4 meses que acudió a su clínica de medicina familiar, debido a que presenta orina con sangre, su medico se negó a proporcionarle su servicio por haber terminado su jornada de trabajo y fue hasta el día siguiente que fue atendido.

Antecedentes históricos

Eduardo G.M. manifiesta que hace aproximadamente veintitrés años, tuvo un accidente automovilístico, por este motivo estuvo hospitalizado por haber sufrido

una fractura en el fémur izquierdo, así como algunas lesiones sin importancia, sin más datos por no contar con expediente clínico pasado por haber cambiado de residencia.

Padecimiento actual.

Actualmente padece cáncer renal (metástasis), persistencia de disnea, crepitos de predominio derecho inspiratorio, disminución de vibraciones vocales, padece polaquiuria debido a la enfermedad, presentando alteraciones en el aspecto de la orina, se realizara pleurodesis con breomicina y se inicia manejo con interferón alfa, pronóstico reservado.

Exploración Física.

El señor Eduardo es un usuario del servicio de medicina interna, sexo masculino de edad cronológica de acuerdo a su edad de fases normales, movimientos coordinados, ubicado en las tres esferas.

Cabeza cráneo normo céfalo, cabello bien implantado, piel reseca, narinas limpias, labios humectados, oídos bien aseados implantación.

Cuello sin adenomegalias, tórax no doloroso a la palpación, ruidos cardiacos rítmicos y buena frecuencia.

Abdomen normal, peristalsis normal, buena frecuencia e intensidad.

Miembros inferiores normales

Miembros superiores con movimientos normales, buena coloración y reflectivos.

VII. METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN POR NECESIDADES

Esta valoración se realiza mediante las 14 necesidades Básicas que menciona Virginia Henderson hacia el paciente para llevar a cabo el examen físico.

Deducciones:

1- Oxigenación: El paciente presenta independencia en la satisfacción de esta necesidad de manera normal manifestada por una FR. 20X", 84X", T/A 130/80 no presenta estertores ni periodos de apnea, toxicomanías negadas. Necesidad sin datos de alteraciones.

2- Nutrición e Hidratación: El paciente presenta dependencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por disminución de peso. Sin alteraciones al masticar los alimentos, ya que aún disfruta de su dentadura original, su peso actual es de 75 kg, el sr. Eduardo a perdido 8 kg en los últimos cuatro meses, con una estatura de 1.75 mts. Refiere que consume sus tres alimentos al día, presenta intolerancia a algunos alimentos en especial aquellos que contienen grasa e irritantes, (debido a su padecimiento presenta restricción médica a algunos alimentos). Esta necesidad presenta evidencia de alteraciones.

3- Eliminación: El paciente presenta dependencia a esta necesidad manifestada por orinar con frecuencia (polaquiuria durante el día y la noche) de aspecto turbio, dolor, ardor y en ocasiones con presencia de sangre. Esta necesidad presenta signo de alteraciones.

Sudoración sin alteraciones evidentes en referencia a la sudoración

4- Moverse y mantenerse en buena postura El paciente presenta independencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por movimientos coordinados,

postura erecta, camina sin apoyo de aparatos ortopédicos, sin limitaciones físicas. Sin evidencia de alteraciones.

5- Descanso y sueño: El paciente presenta alteraciones en la satisfacción de esta necesidad manifestada por sueño entorpecido durante la noche duerme de 3-6 horas por noche. Comenta que en ocasiones padece pesadillas, y se levanta frecuentemente a orinar no ingiere medicamentos hipnóticos o sedantes para poder dormir. Necesidad con evidencia de alteraciones,

6- Vestirse adecuadamente. El paciente presenta independencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por que el sr. Eduardo viste de manera adecuada para su edad y circunstancias, se viste por si mismo, no tiene alergias a los diferentes tipos de fibras de la ropa, sin evidencia de alteraciones.

7- Termorregulación: El paciente presenta independencia en la satisfacción de esta necesidad ya que se mantiene dentro de los parámetros normales; 36.8 ° C Sin evidencia de alteraciones.

8- Higiene y protección de la piel: El paciente presenta dependencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por la piel seca; es autónomo no necesita apoyo para asearse. Con evidencia de alteraciones.

9- Evitar los peligros: El paciente presenta independencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por su autonomía propia. Sin evidencia de alteraciones.

10- Comunicación y sexualidad: El paciente presenta dependencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por tener comunicación pero presenta pérdida del deseo sexual , por la razón de su padecimiento, vive con su

esposa , no lleva vida sexual activa actualmente debido a su enfermedad. Con evidencia de alteraciones

11-Vivir según sus creencias y valores: El paciente presenta independencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por la práctica de su religión (católica) Y deseos de afrontar de manera congruente su enfermedad y las reacciones de la misma. Sin evidencia de alteraciones.

. 12- Trabajar y realizarse. El paciente no presenta alteraciones en la satisfacción de esta necesidad ya que presenta conformidad al ser jubilado y pensionado. Sin evidencia de alteraciones.

13- Jugar y participar en actividades recreativas: El paciente presenta dependencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por la apatía de recrearse y divertirse. Con evidencia de alteraciones.

14- Aprendizaje: El paciente presenta independencia en esta necesidad manifestada por la inquietud de aprender a vivir con una buena calidad de vida respecto a su enfermedad aunque presenta temor y no conoce como a ir avanzando la patología presentada. Sin evidencia de alteraciones.

7.2 DIAGNOSTICO No. 1

Objetivo: proporcionar a la conyugue una lista de alimentos que el paciente pueda ingerir y absorber los nutrientes necesarios para evitar la disminución de peso en los últimos dos meses

El señor Eduardo adecuara la ingesta calórica y nutritiva a sus necesidades metabólicas.

(La familia) o Su esposa colaborará en el diseño y seguimiento del plan terapéutico.

7.3 PLAN DE INTERVENSIÓN

1. Por medio de pláticas establecer con el paciente una enseñanza individual para educarlo de acuerdo a diversos suplementos alimenticios que garanticen el requerimiento necesario calórico. Recomendar alimentos adecuados para mantener la terapia nutricional de acuerdo a su padecimiento.
2. Propiciar un ambiente adecuado y agradable a los sentidos a la hora de ingerir sus alimentos.
 - 2.1 Que el lugar donde consuma sus alimentos este limpio bien ventilado e iluminado.
 - 2.2 que se le proporcione lo necesario como cubiertos, servilletas líquidos para que este a gusto sin disturbios.
 - 2.3 ponerle música instrumental a la hora de comer para crear un ambiente agradable.
 - 2.4 comer en pareja manteniendo pláticas agradables.
3. Del mismo modo elaborar una lista en donde se indique el menú y los alimentos que puede o no comer.
 - 3.1 se le entrego a su esposa un listado de alimentos permitidos.
 - 3.2 esta clasificada por días de la semana, es decir el lunes le toca comer verduras al vapor con una pieza de pollo y así relativamente los demás días.

7.4 EJECUCIÓN

Viernes 9 de marzo se estableció una sesión de plática con el paciente y su esposa resaltando que el cáncer renal es una enfermedad difícil y que por este motivo no puede ingerir ciertos alimentos por rechazo del mismo organismo de tal forma se le otorgo una lista con los grupos de alimentos que su organismo puede consumir. (Anexo no. 1)

- El paciente esta muy conciente de consumir los alimentos permitidos, ya que esta en la mejor disposición para afrontar su enfermedad y sentirse lo mejor posible.
- Su esposa acepto de manera muy responsable elaborar su alimentación en base a esa lista y se le destaco lo importante que es que consuma los alimentos permitidos ya que el paciente con algunos tiende a retener líquidos.
- También acepto crear un ambiente agradable en todos los aspectos al paciente.
- Se le recomendó al paciente que estuviera al tanto de cómo responde su organismo.

7.5 EVALUACIÓN

El paciente a consumido los alimentos permitidos, y a mejorado en la retención de líquidos en una semana de ingerir dichos alimentos . Aunque presenta disminución en el interés ya que los alimentos se le van variando, combinando y elaborando de una u otro forma ya que presenta rechazo al ser los mismos.

Ha logrado mantener el peso que presento al momento de iniciar el proceso.

DIAGNOSTICO No. 2

Alteración de la eliminación urinaria en relación con tumor renal manifestado por polaquiuria, nicturia y disuria.

OBJETIVO

El paciente disminuirá el número de veces en que se levante a orinar por la noche.

El paciente recuperara y mantendrá un patrón de eliminación urinaria adecuado.

El paciente realizará técnicas de reeducación vesical y de hábitos para recuperar cierto control sobre la eliminación urinaria de acuerdo con a su condición.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

1. Cuidados de la incontinencia urinaria:

Ayuda con los auto cuidados: aseo.

2. programar la ingesta de líquidos por la mañana y únicamente los necesarios para cubrir la necesidad de hidratación

EJECUCIÓN:

Establecer un programa de platicas en el que se le indique al paciente que el beber líquidos en exceso en su estado no es conveniente ya que da como consecuencia la eliminación frecuente de líquidos , se le informo que para saciar su sed pasara un algodón húmedo o rodajas de limón sobre sus labios. De tal forma se le sugiere el uso de diuréticos por la mañana para que el volumen de líquidos aumente y disminuya la frecuencia de orinar nocturna, se le insinuó el uso de orinal, para que el levantarse no perturbe su sueño y pueda sentirse a gusto sin trastornar sus patrones de sueño.

EVALUACIÓN

El paciente acepto las platicas y el apoyo brindado de este modo hizo caso de tomar solo los líquidos permitidos e informa que ha disminuido la frecuencia de orinar durante la noche, sin embargo la frecuencia de orinar durante el día a aumentado y por la noche disminuido comenta que se ha ido acostumbrando poco a poco al uso del orinal.

DIAGNOSTICO No. 3

Alteración de patrón del sueño en relación con interrupción del sueño frecuente para orinar (nicturia) manifestado verbalmente y por somnolencia diurna.

OBJETIVO:

-El paciente recuperará un patrón de sueño y descanso.

PLAN DE INTERVENCIÓN

- Terapia de relajación: como masajes, lectura escuchar música instrumental entre otras.
- Manejo ambiental: proporcionar un ambiente tranquilo como sabanas limpias ropa cómoda entre otras.
- Educar: establecer un horario para dormir y descansar.
- Uso de comodo u orinal: proporcionarle al paciente un comodo para que tenga debajo de su cama para que no tenga que interrumpir su sueño al levantarse al sanitario.

EJECUCIÓN:

Al paciente se le brindo una terapia de relajación, como escuchar música, leer libros o revistas de su interés se le explico que su entorno tiene que ser

confortable en todos los aspectos así como limpio, se trato de inducir a escuchar ruido de agua a ciertos horarios para normalizar y establecer un patrón de orinar durante la noche. Y de este modo se le insinuó el uso de comodo, para que el levantarse no perturbe su sueño y pueda sentirse a gusto sin trastornar sus patrones de sueño.

EVALUACIÓN:

El paciente a seguido las recomendaciones de escuchar música, y leer en ocasiones antes de dormir y esto le ha ayudado a no tener pesadillas y descartar los temores de su enfermedad a descansado y dormido mas, el uso del comodo le a sido de gran ventaja ya que no tiene que levantarse de la cama y por este motivo ya no interrumpe su sueño el hecho de que tenga que ir al baño.

DIAGNOSTICO No. 4

Alteración del patrón del sueño en relación con temor ante el dx de cáncer manifestado verbalmente.

OBJETIVO:

Que el sr. Eduardo disminuya el temor en un lapso de tiempo no mayor a 4 meses.

PLAN DE INTERVENCION:

- Aclarar sus dudas relacionadas con las consecuencias que su enfermedad acarrea, así como el desplazamiento de su temor hacia la lectura con el fin de favorecer el descanso nocturno, entablar sesiones de platicas en las cuales se le informe realmente paso a paso de su diagnostico y como puede afrontarlo.

- explorando la percepción o la verdadera razón de su temor que el sr. Eduardo tiene de la amenaza a su integridad física.
- Discutir la realidad de la situación e identificar aquellos aspectos que pueden ser cambiados y los que no.

EJECUCIÓN:

- Al paciente se le dio información real y exacta sobre la situación actual de su enfermedad, de una manera clara y precisa.
- Se le pregunto la verdadera razón de su temor de forma indirecta para no incomodar.
- Por las noches lee libros y revistas de interés.

EVALUACIÓN

- El paciente acepto la información y ya se puede notar menos angustiado. Acerca del temor comenta que el temor por que el hecho de padecer cáncer ya es una sentencia de muerte, el sufrimiento propio y de su familia así como el deterioró físico.
- Gracias a la lectura por las noches logra despejar su mente respecto al tema de su enfermedad y de este modo comenta que se concentra en lo que lee, aunque aún sigue mortificado por su salud se le nota tranquilo y relajado.

DIAGNOSTICO No. 5

Deterioro de la integridad cutánea en relación con alteraciones del estado nutricional y de hidratación manifestado por piel seca

OBJETIVO:

Recuperar y mantener la hidratación adecuada en miembros superiores e inferiores del paciente.

INTERVENCIÓN:

- Vigilancia de la piel, procurando no mantener la piel expuesta al sol, polvo, frío; si va a exponerse a alguno de estos factores cubrirá ya sea con ropa dependiendo la ocasión cremas o bloqueadores.
- Tratamiento tópico sugerirle que use cremas y jabones humectantes. .
- Mantener limpia, seca y humectada la piel, insinuarle el uso de jabones para limpiar su piel y lo mencionado en el punto anterior.

EJECUCIÓN:

Se le comento al paciente y a su pareja que la razón de que su piel presente resequead es por su padecimiento.

Se le insinuó que de preferencia la ducha la realizara diariamente y que a la hora de esta usara un jabón humectante que le ayudara a mejorar el estado de su piel.

Se le oriento en el uso de crema hidratante que la usara inmediatamente después del baño.

EVALUACIÓN

El paciente acepto el baño diario el uso de cremas y jabones humectantes, se le comento que el uso de esto es muy propicio para la salud y apariencia de la piel, se le informo que su piel al estar expuesta al sol puede ser factor de riesgo para desencadenar otras enfermedades, todos los puntos sugeridos los realizo el paciente y la mejororia es muy notoria; por lo tanto el objetivo se cumplió casi en un cien por ciento.

DIAGNOSTICO NO. 6

. Alteración en su vida sexual relacionada a cáncer renal manifestada por no perdida del deseo sexual.

OBJETIVO:

-Que el paciente recobre su seguridad y confianza hacia su pareja logrando recuperar su vida sexual.

INTERVENCIÓN:

- Platicar con el paciente acerca de su enfermedad haciendo énfasis en que no debe sentirse apenado por su padecimiento, que todos somos humanos y que en una etapa de la vida tarde o temprano se presentan complicaciones en la salud.
- Comento que el deterioro de su apariencia es la que la causa pena.

EJECUCIÓN:

El paciente admitió la plática en la cual se le motivó y se trató de que recobrara su seguridad, pero lo más importante la confianza hacia su pareja y preocupación por su apariencia.

EVALUACION

El paciente se torna más seguro y su pareja comentó que muestra menos indiferencia hacia ella.

El objetivo se logró en un setenta por ciento ya que la charla entre los dos no tuvo lugar.

DIAGNOSTICO NO. 7

.Déficit de actividades recreativas relacionado con pérdida de interés manifestado por apatía.

OBJETIVO

Introducir al paciente paulatinamente en actividades recreacionales.

INTERVENCIÓN

- Platicar con el paciente acerca de lo importante que es la recreación para el bienestar tanto físico como mental y tratar de introducir actividades en las que el pueda participar, como ayudar en los quehaceres domésticos ligeros, despertar el interés en lo que sea de su agrado.
- Sugerirle que salga a las plazas como medio de distracción.
- Planificar actividades diarias como salir a caminar, ver televisión, algún juego de mesa.

EJECUCIÓN

- Se platico con el paciente y su esposa de la importancia que tiene la distracción en la vida humana resaltando que por su padecimiento debe mantenerse ocupado en otras cosas sin pensar tanto en dicha enfermedad.
- Se motivo al paciente a que realizara todas las actividades sugeridas de tal forma insistiéndole en que las haga y que con esto va a sentirse un poco mejor anímicamente.

EVALUACIÓN:

- A su esposa se le planteo la situación y ella accedió a motivarle para distraerlo y alegrarlo un poco.
- El paciente ha respondido muy bien a los paseos durante el día y tarde.
- También se ha involucrado en los juegos de mesa en casa dándole inquietud a seguir jugando.
- Su esposa menciona que le ayuda en los quehaceres domésticos más ligeros y comenta también que el paciente se nota mas motivado y alegre.

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES.

Diagnostico	Necesidad
Alteración en la ingesta de alimentos, relacionado a las reacciones secundarias de su enfermedad manifestada por disminución de peso ocho kilogramos en cuatro meses.	Nutrición e hidratación.
Alteración de la eliminación urinaria en relación con tumor renal manifestado por polaquiuria, nicturia y disuria.	Eliminación.
Alteración de patrón del sueño en relación con interrupción del sueño frecuente para orinar (nicturia) manifestado verbalmente y por somnolencia diurna.	Descanso y sueño.
Alteración del patrón del sueño en relación con temor ante el dx de cáncer manifestado verbalmente.	Descanso y sueño.
Deterioro de la integridad cutánea en relación con alteraciones del estado nutricional y de hidratación manifestado por piel seca.	Higiene y protección de la piel.
Alteración en su vida sexual relacionada a cáncer renal manifestada por no perdida del deseo sexual.	Comunicación y sexualidad.
Déficit de actividades recreativas relacionado con pérdida de interés manifestado por apatía.	Jugar y participar en actividades recreativas.

VIII. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

De manera personal las pláticas hacia el paciente lograron mejorar el estado de ánimo del paciente como de su pareja.

Se lograron los objetivos en su mayor totalidad este diagnostico se realizó de manera satisfactoria ya que el sr. Eduardo y su esposa colaboraron de forma muy amable en la realización de dicho proceso.

Se realizaron todas las etapas del modelo de Virginia Henderson así como las etapas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

- BULECHEK Gloria y JOHNSON Marion Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. MMII Edición en español Ed. Harcourt Madrid. España 2004
- HERNANDEZ Conesa J. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método. 1 Edición, Ed. Mc Graw- Hill Interamericana. Madrid, Esp. 1999
- INTERNET: <http://www.cancer.org/doocroot/home/index>
Se consulto en 05/2007
- INTERNET:
<http://www.latinsalud.com/articulos/=00/20asp/guiacompletadelasalud>
Se consulto en 05/2007
- INTERNET: <http://escuela.med.puc/publ/manual/urologia/tumoresrenales>
Se consulto en 05/2007
- NANDA INTERNATIONAL Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación
Edición en español 2005 Ed. Elsevier Madrid. España 2005.

- SHOLTIS BRUNNER, Lillian, SMITH SUDDARM, Doris. Manual de la Enfermera.
Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. México 1991.

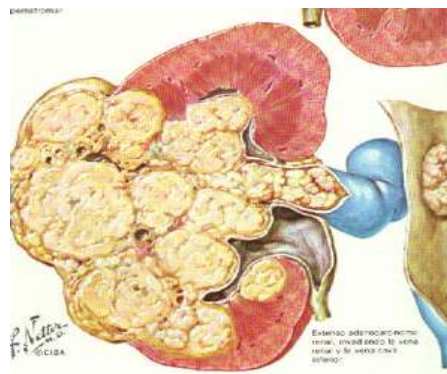
X. ANEXOS.

RESUMEN No. 1

El cáncer renal.

Se oriento al sr. Eduardo y a su esposa ya que ella es la que esta al cuidado del paciente en casa, por medio de platicas se le proporciono la siguiente información, relacionada con su enfermedad. Que es el cáncer renal en ambos órganos.

Se le informo que el cáncer es una enfermedad en la cual se produce un crecimiento anormal de las células, hasta convertirse en masas de tejidos llamados tumores. Básicamente, hay dos tipos de tumores: Benignos y malignos. En el caso del paciente se concentro solamente en lo que es el cáncer renal.



El cáncer de las células renales (llamado también cáncer del riñón o adenocarcinoma renal) es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en ciertos tejidos del riñón. El cáncer de células renales es uno de los tipos de cáncer menos común. Ocurre más a menudo en los hombres que en las mujeres.³

³ internet: <http://www.cancer.org/carenal.com>

Los diferentes tratamientos que el medico otorga dependen de la etapa en la cual se encuentre el cáncer ya que este tiene varias etapas:

Etapa I

El cáncer se encuentra en el riñón únicamente.

El paciente podría recibir alguno de los siguientes tratamientos:

1. Terapia biológica.
2. Radioterapia externa para aliviar los síntomas.
3. Quimioterapia.

Etapa II

El cáncer se ha diseminado a la grasa que rodea el riñón, pero el cáncer no se ha extendido a la cápsula que contiene al riñón.

El paciente podría recibir alguno de los siguientes tratamientos:

1. Cirugía para extraer el riñón y los tejidos a su alrededor (nefrectomía radical). También se pueden extraer los ganglios linfáticos del área.
2. Radioterapia de haz externo antes o después de una nefrectomía radical.
3. Cirugía para eliminar la parte del riñón donde se encuentra el cáncer (nefrectomía parcial).
4. Radioterapia de haz externo para aliviar los síntomas en los pacientes a quienes no se les puede someter a una cirugía.

5. Inyección de pedazos pequeños de una esponja especial de gelatina en la arteria principal que llega al riñón para bloquear el flujo sanguíneo a las células cancerosas (embolización arterial). Este procedimiento por lo general sólo se realiza en pacientes a quienes no se les puede someter a una operación.

6. Pruebas clínicas.

Etapa III

El cáncer se ha diseminado al vaso sanguíneo principal que transporta sangre limpia del riñón (vena renal), al vaso sanguíneo que transporta sangre de la parte inferior del cuerpo al corazón (vena cava inferior) o a los ganglios linfáticos situados alrededor del riñón. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de fríjol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten la infección).

El paciente podría recibir alguno de los siguientes tratamientos:

1. Cirugía para extraer el riñón y los tejidos situados a su alrededor (nefrectomía radical). También se pueden extraer los ganglios linfáticos del área. Si el cáncer se ha diseminado a los vasos sanguíneos principales que transportan sangre al riñón y desde el riñón (la vena renal o vena cava), también puede extraerse parte del vaso sanguíneo.

2. Inyección de pedazos pequeños de una esponja especial de gelatina en la arteria principal que llega al riñón para bloquear el flujo sanguíneo a las células cancerosas (embolización arterial) seguido de nefrectomía radical.

3. Radioterapia de haz externo para aliviar los síntomas.

4. Embolización arterial para aliviar los síntomas.

5. Cirugía para extraer el riñón (nefrectomía simple o radical) para aliviar los síntomas.
6. Radioterapia de haz externo antes o después de una nefrectomía radical.
7. Pruebas clínicas de terapia biológica acompañada de otras terapias.

Etapa IV

El cáncer se ha diseminado a órganos vecinos como el intestino o el páncreas o se ha diseminado a otras partes del cuerpo como los pulmones.

El paciente podría recibir alguno de los siguientes tratamientos:

1. Terapia biológica.
2. Radioterapia de haz externo para aliviar los síntomas.
3. Cirugía para extraer el riñón (nefrectomía) para aliviar los síntomas.
4. Si el cáncer se ha diseminado al área situada alrededor del riñón únicamente, cirugía para extraer el riñón y el tejido que lo rodea (nefrectomía radical). Si el cáncer se ha diseminado a un área limitada, cirugía para extraer el cáncer donde se ha diseminado (por metástasis) además de nefrectomía radical.
5. Pruebas clínicas

El paciente se encuentra en la etapa numero dos, se le ha motivado para que siga adelante con su tratamiento resaltándole la importancia de seguirlo ya que es para su bienestar.

RESUMEN 2

Alimentación del paciente oncológico.

Al paciente se le dio a conocer los alimentos que puede consumir y como motivarle a la hora de sus comidas para crearle un ambiente agradable.

Se le sugirió a la esposa del paciente que procuraran comer los dos juntos en casa sin prisas y que ella le proporcionara todo lo necesario para que no perturbe al paciente.

La inapetencia, una disminución en la ingesta alimentaria y una marcada pérdida de peso son comunes en el paciente con cáncer, debido a que el tumor provoca alteraciones metabólicas que llevan a la destrucción de la masa muscular.

En asesoría con el dietista del IMMS se realizó una dieta que cubre las necesidades del paciente respecto a su enfermedad. La lista que se le entregó a la señora y es la siguiente:



1- PROTEINAS

-Huevos

-Carnes rojas (vacuno y cerdo)

- Carnes blancas (pollo, pavo, pescado)

-Leche y sus derivados

- De origen vegetal:

Cereales.

Legumbres

Verduras

Se le recomendó de preferencia las carnes blancas y la clara de huevo, son la mejor manera de consumir proteínas sin riesgos. Estos alimentos contienen menos agua, sodio y colesterol.

3. HIDRATOS DE CARBONO

-Cereales -Azúcares -Harinas

-Legumbres -papas -Frutas



4. LIPIDOS O GRASAS.

- a) Grasas saturadas: Son de origen animal terrestre (leche y sus derivados así como los embutidos en general)
- b) Grasas monoinsaturadas: están presentes en las carnes y especialmente en algunos vegetales.

4. AGUA

Al paciente se le otorgaron los siguientes consejos respecto a beber agua y el consumo de la sal.

- Coloque el total de líquido que puede beber durante el día en una botella.
- Divida la cantidad de líquido permitido en iguales partes para todo el día.

-Trasforme en hielo el agua que puede beber y consuma cubitos de hielo. Ellos calman más la sed que un vaso con agua.

-Enjuáguese la boca con agua, haga gárgaras si es necesario, pero no se tome el agua.

- Evite tomar bebidas dulces.

-Consuma alimentos pobres en sal. Hay que recordar que la acumulación de sal en el cuerpo causa sed.

El paciente puede consumir en su mayoría toda la variedad de verduras y algunas frutas así como carnes blancas.

Verduras y carnes cocidas a vapor con muy poca sal para no presentar retención de líquidos.

¿Por qué el enfermo renal debe seguir una dieta?

1.- El aparato digestivo transforma los alimentos en pequeñas partes, las que son absorbidas en el intestino y transportadas por la sangre a todo el cuerpo. Como resultado de esta transformación bioquímica se producen desechos tóxicos que deben eliminarse (urea, creatinina, agua, etc.) Para mantener la vida es preciso que las células y la sangre mantengan un nivel bajo de estos desechos. Los llamados aparatos excretores son los encargados de expulsar estas sustancias. El aparato excretor más importante es el urinario. Al pasar la sangre por los riñones, estos retiran el agua y las sustancias de desecho que finalmente forma la orina.

Cuando el riñón falla, de tal modo que pierde su función excretora, se comienzan a acumular toxinas y agua en el organismo. Esta situación implica un gran riesgo para la salud. ⁴

RESUMEN No. 3

Sueño y descanso

Todos los seres humanos necesitamos descansar; pero sobre todo dormir bien por la noche de esto depende la calidad de vida que llevemos durante el día.

En esta necesidad se le brindo al paciente una terapia de relajación en casa para que por consiguiente el y su esposa comprendieran como realizarla en siguientes ocasiones.

Esta terapia llevo por objetivo que el paciente pudiera conciliar el sueño y descansar durante la noche, se realizó de la siguiente manera:

⁴ Internet : [http:// todocancer.com](http://todocancer.com)

Primer día :

Se toco un disco de música instrumental, a las veintiún horas que es la hora que acostumbra acostarse para dormir el paciente se notaba muy comodo hasta que lentamente se fue quedando dormido.

Segundo día:

Se capacito a su esposa para que diera un ligero masaje por hombros y espalda muy suavemente de manera que el señor Eduardo se relajara y conciliara el sueño, en seguida se puso en marcha y el objetivo se logro con éxito.

Tercer día:

Este tercer día el pasante de licenciatura ya no fue a casa del paciente únicamente se le dijo que por la noche recurriera a la lectura que fuera de su interés de manera en que leyendo fuera quedándose dormido.

En esta terapia se le dijo al paciente que antes de irse a la cama tomara un baño con agua caliente para relajarse y que a diario acostumbre acostarse a la misma hora, cada sesión la va ir repitiendo conforme a la que le haya sido de mayor preferencia y a diario va a usar comodo para no tener que levantarse y perturbar su sueño y descanso.

Dentro de esta terapia se le dio la misma información al paciente del resumen 1 de manera que vaya sabiendo como que es, como va ir avanzando su enfermedad y como afrontarla, ya que el paciente como todo ser humano esta conciente de su estado de salud pero aún así muestra temor a la muerte.

Resumen No. 4

La conducta sexual del paciente oncológico.

Uno de los aspectos más importantes en la restauración de la Calidad de Vida del paciente con Cáncer, es la “rehabilitación” de su vida sexual. El ciclo de la respuesta sexual en el paciente oncológico, puede ser dañado en cualquiera de sus etapas: Deseo, Excitación y Orgasmo. Esto es debido a la interacción existente entre los factores psicológicos disparados por el Diagnóstico, y las alteraciones que la enfermedad y sus tratamientos llegan a producir en la Estructura Hormonal, Vascular y Neurológica, constituyentes del sustrato biológico de la respuesta sexual.

De cualquier forma, no debemos dejar de tener en cuenta, que no es posible comprender la conducta sexual de un paciente, sin conocer y evaluar su historia personal y su sexualidad previa al Diagnóstico de la enfermedad, como también su relación de pareja y las características particulares de la misma.

Tal como ocurre en la mayoría de los enfermos crónicos graves, el deseo sexual tiende a decrecer en todos aquellos pacientes con cáncer de larga evolución. Esta pérdida de interés, suele estar directamente relacionada con el agobio que produce la prolongada afectación de la autonomía y de la libertad de acción, como una lógica consecuencia del simple hecho de estar enfermo durante mucho tiempo. Contribuyen también, la desvitalización progresiva de estos pacientes y la circunstancia de que a medida que el tiempo transcurre, la enfermedad se convierte en el centro de atención, alrededor del cual giran el paciente, la familia e incluso el Equipo Médico, poniendo en evidencia un progresivo desinterés hacia otros aspectos de la cotidianeidad, que alguna vez fueron placenteros, entre ellos el Deseo y el Goce Sexual.

Otra posibilidad reside, en que este síntoma sea secundario a los diversos tratamientos, a los que están expuestos los Enfermos Oncológicos, como la Quimioterapia, la Radioterapia, o el uso prolongado de Tranquilizantes, Analgésicos Opiáceos y Antieméticos.

La Excitación, que está representada en lo somático, por la erección en el hombre, se encontrará afectada en todos aquellos enfermos que han pasado por Tratamientos Quirúrgicos y Radioterápicos, que lesionaron las estructuras biológicas correspondientes, sobre todo si el daño es severo. ⁵

⁵ Internet: [http:// manualdeurologia](http://manualdeurologia)