

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA



Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a un caso clínico de cáncer de testículo

Que para obtener el título de Licenciado en enfermería

Presenta:

P. L. E. Gerardo Pérez López

Asesor:

MCE. Roberto Martínez Arenas



Morelia Michoacán a septiembre del 2011

Directivo

Directora de la facultad de enfermería
Doctora María Leticia Rubí García Valencia.

Secretaria Académica
M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero.

Secretario administrativa
M.C.E. Roberto Martínez Arenas

MESA SINODAL

Presidente o presidenta de la mesa sinodal

M.C.E Roberto Martínez Arenas

Vocal 1

Fabiola Núñez pastrana

Vocal 2

María Isabel Valenzuela Villegas

Suplente 3

Elizabeth Flores Damián.

DEDICATORIA

Antes que nada agradezco adiós por esta gran oportunidad de vivir, a mis hermanos que en los momentos tan difíciles de mi vida siempre han estado conmigo, sin importar la distancia y las dificultades que pueden haber para estar conmigo. Por confiar en mí y en mis deseos de seguir preparando para ser una mejor persona. Y sentir el orgullo de parte mía hacia ellos por tener los mejores hermanos. A ello mis más sinceros agradecimientos Sergio, Gladiz, Alma, Jesús y Yuridia.

A mis padres Eduardo y Alicia. A quienes me dieron 2 grandes regalos: el primero la vida, y el segundo, la libertad para vivirla. A quienes me hicieron aprender que el amor, el trabajo y el conocimiento deben de ser manantiales de mi existencia y el reflejo fiel del ejercicio de mi decisión. A quienes me han enseñado con sus hechos y convicciones que existir es cambiar, que cambiar es madurar y que madurar es crearse uno así mismo constantemente. Por brindarme esa confianza que siempre han tenido conmigo, por permitirme la oportunidad de abrirme las puertas de la superación por sus consejos, en ocasiones regaños. Pero que desde ahorita veo el fruto de lo que antes fue mucha disciplina

A mis grandes amigos que siempre estuvieron conmigo en todo momento, brindándome sus palabras de aliento y de apoyo.

A todos ustedes DEDICO este trabajo y con ustedes lo comparto, muchas gracias por todo ya que este esfuerzo también es suyo y me congratulo en contar con excelentes persona.

ÍNDICE

I.	JUSTIFICACION.....	1
II.	OBJETIVOS.....	2
	2.1 General	
	2.2 Especifico	
III.	METODOLOGIA.....	3
IV.	CASO CLINICO.....	4
V.	MARCO TEORICO	
	5.1 Antecedentes.....	6
	5.2 Teoría del déficit del autocuidado Dorothea E. Orem.....	20
	5.3 Cáncer de testículo.....	24
VI.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.....	29
	6.1 Valoración con el referente Teórico de Dorothea E. Orem.....	29
	6.2 Diagnostico, Planeación, Ejecución, Evaluación.....	31
VII.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	50
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	51
IX.	BIBLIOGRAFIA.....	53
X.	GLOSARIO DE TERMINOS.....	54
XI.	ANEXOS.....	55
XII.	APENDICES.....	65

INTRODUCCIÓN

Proceso de Atención Enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite brindar cuidados centrados en las necesidades del paciente, nos brinda la oportunidad de proporcionar una atención de calidez y calidad. Este método conocido permite al personal de enfermería proporcionar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Uno de las razones principales de ser del proceso de atención de enfermería es el cuidado el cual ocurre desde que existe la humanidad, no es un evento reciente.

El paso del tiempo, los avances científicos y tecnológicos han sido un punta pié para el desarrollo de un marco conceptual que identifique a la profesión, iniciándose una demarcación con respecto a las demás disciplinas. El proceso de enfermería como marco conceptual para los profesionista, ha sido de gran utilidad por estar presente en el cuidado del individuo, familia y/o comunidad.

En la actualidad, la trascendencia de Enfermería no solo exige la aplicación de una metodología propia, sino que requiere de un método que se fundamente mediante la aplicación de un modelo o una teoría de enfermería generando con ello un sustento con mayor peso científico al cuidado de enfermería.

Por tal razón en el desarrollo de este trabajo, se presenta parte del cuerpo y estructura del proceso de enfermería, aplicado a una persona con diagnóstico médico de cáncer de testículo, haciéndose una valoración con el referente de Dorothea Orem, así mismo aplicando cada una de las demás etapas como son la elaboración del Diagnóstico, planeación de intervenciones, ejecución de las mismas y valoración de los resultados. Dentro de la misma estructura del trabajo se presenta el desarrollo de la enfermedad causal que por tanto; genera alteraciones en el estado de salud, afectando así el autocuidado y generando con ello mismo necesidades y déficit de autocuidado, apartado donde la enfermería hace presencia para prestar sus atenciones y planificar sus intervenciones. Así mismo se presenta la fundamentación teórica del trabajo, conclusiones y sugerencias. Las cuales están respaldadas por referencias bibliográficas científicas.

I. JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial: se estima que en 2005 murieron de cáncer 7.6 millones de personas, y en los próximos 10 años morirán otros 84 millones si no se toma ninguna medida. Más del 70% de todas las defunciones por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, cuyos recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes. (1)

Durante la Cumbre Mundial contra el Cáncer para el Nuevo Milenio, celebrada en febrero de 2000, se estableció mediante la Carta de París, que el día 4 de febrero de cada año sea declarado Día Mundial contra el Cáncer. Por ello el Hablar de cáncer es hablar de una enfermedad que día a día viene trascendiendo y ganando más espacios en seres humanos, sin respetar a su vez, raza, color, religión, estatus económica. Anualmente ocurren 10 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo, aun que esta enfermedad ha sido considerado un problema que afecta principalmente al mundo desarrollado, el 53% ocurren en países menos desarrollado. La mortalidad por tumores malignos registrado en el país en el año 2005, fue de 495 240 casos, de los cuales 55.2% sucedieron en hombres y 44.8% en mujeres. Los tumores malignos ocupan el tercer lugar en la lista de principales causas de defunción en el país; por dicha causa fallecieron 63 128 personas, el volumen representa 12.7% del total de defunciones registradas en el año.

En los varones, las tres principales causas de muerte por tumores malignos en el año corresponden a los de: tráquea, bronquios y pulmón (15.6%), próstata (15.5%) y estómago (9.1por ciento). En las mujeres, 13.3% de las defunciones por cáncer maligno corresponden al del cuello del útero (cérvico - uterino) y 13.1% al de mama; asimismo, el de hígado y vías biliares intrahepáticas ocasionó 7.9% de las muertes. A nivel estado explica que los tumores malignos ocupan el tercer lugar en Michoacán, como una de las principales causas de muerte: de 1998 al 2006, el porcentaje de muertes por causa de tumores cancerígenos fluctuó entre el 12.4 y 13.4 % del total de defunciones, siendo el año 2000 cuando se presentó mayor número de muertes por esta enfermedad. (2)

En los varones, los tumores malignos representan la cuarta causa de muerte con un total de mil 293 defunciones, que representan el 11 % de los fallecimientos de ese género. En información proporcionada por el INEGI se indica que el 17.3 % de los hombres contraen cáncer de próstata y 16.9 % fallecen de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. (3)

En la ciudad de Morelia se atiende aproximadamente 250 pacientes, y cada año son detectados 250 nuevos casos. La mortalidad por cáncer hace algunos años, superaba el 80%, los tipos de canceres más destacados son: El cáncer de mama, el cervicouterino en las mujeres y el de próstata, testículo y colon en los hombres. (4)

La magnitud de los datos así como las repercusiones sociales que representa este problema de salud, lo hacen susceptible de analizar, estudiar y generar estrategias que contribuyan a la disminución, no solo, de los casos presentes, sino de las consecuencias que implican para el individuo y su familia. Un paciente oncológico necesitara de cuidados durante el transcurso de su tratamiento tan largo y de alto costo, por ello el papel que desempeña el profesional de enfermería es sumamente importante ya que contribuirá, no solo a satisfacer las necesidades de estos pacientes, sino que fungirá como directora en el Autocuidado fortaleciendo la independencia que el ser humano requiere para un desarrollo sustantivo y holístico.

II. OBJETIVOS

2.1.General:

Aplicar la metodología del proceso enfermero con el referente teórico de Dorothea Orem, en un paciente con diagnóstico de cáncer de testículo.

2.2.Específicos:

- Identificar las respuestas humanas del paciente con diagnóstico médico de cáncer de testículo
- Estructurar los principales diagnósticos de enfermería en el paciente con cáncer de testículo
- Elaborar los planes de intervención, fundamentando cada una de las intervenciones de enfermería
- Evaluar los objetivos planteados con anterioridad en el proceso enfermero.
- Realizar un trabajo académico con fines de titulación para obtener el grado de licenciado en enfermería.

III. METODOLOGIA

El desarrollo del presente trabajo académico, inicia con la realización de un curso metodológico del Proceso de Enfermería, el cual duro 40 horas, esto con la finalidad de entender y analizar mas afondo cada una de las diferentes etapas, donde cada fin se vio y analizo los componentes o características del proceso mismo que inicio con un breve resumen de los objetivos y finalidad. A si mismo se fue desarrollando la explicación de etapa por etapas, a base de un proyector, material didáctico que se empleo para la exposición de los temas impartidos, durante las jornadas del curso se nos permitió realizar y hacernos partícipes en las rondas de preguntas, La integración de equipos para practicar y ejemplificar las etapas o teórica que se miraba en el momento

Se selecciono al paciente al que se le aplicaría la valoración, la cual se realizó, en el Centro Estatal de Atención Oncológica, de la ciudad de Morelia Michoacán. Posterior a ésta, se obtuvieron los diagnósticos de Enfermería y conjuntamente se realizaron los planes de cuidados y las intervenciones necesarias, para alcanzar los objetivos planteados. Se hace una evaluación de las acciones de enfermería y necesidades resueltas en el paciente.

Una vez concluida la fase metodológica del proceso de Enfermería, se procede a documentar y estructurar el trabajo académico que se utilizara para obtener el título de Licenciado en Enfermería.

IV. CASO CLINICO

AMV masculino de 30 años de edad, con diagnóstico actual de Ca de testículo, practicante de religión católica, estado civil casado, con grado de escolaridad de secundaria. Vive con esposa, hija y sus padres. Residente de atapeneo, municipio de Morelia Michoacán. Padre de una hija, Habita en vivienda prestada por parte de hermano mayor, cuenta con servicios básicos agua potable, luz eléctrica, alumbrado público, recolección de basura, drenaje y alcantarillado. Ocupación actual ayudante de albañil refiriendo que cuanto tiene trabajo realiza 11 horas por jornada o día, con ingreso mensual de 2000, y cuando se queda sin trabajo depende económicamente del sueldo e su esposa.

Anteriormente fumaba 2 a 3 cigarrillos durante el día 3 veces a la semana. . Dentro de su alimentación consume, leche, cereales frutas, verduras pastas y harinas una vez a la semana, huevos y pescado una vez al mes. Cocinando sus alimentos a base de aceite, sin restricción alguna para cocinar la alimentación habitual. Dentro de la higiene bucal lo realiza 2 veces al día todos los días, cambio de ropa interior y exterior todos los días después del baño de regadera, lavado de manos tres veces al día. Ingiere agua de 500 a 1000ml al día de garrafón, a la vez líquidos fuera del hogar aproximadamente como 600 ml como es coca cola, aguas preparadas o consumo de alcohol cada 15 días, cuenta con esquema de vacunación completa. Evacuación normal 2 veces al día, coloración café de consistencia pastosa Habitualmente duerme de 6 a 8 horas despertándose con sensación de descansado. Anteriormente en sus ratos libres le gusta salir a la cancha para practicar football y básquet y jugar con sus compañeros de barrio actividad que dejo de realizar desde hace 4 años.

En su historial familiar refiere, tía materna finada de Ca Ma y paterna finada con Ca intestinal, resto de antecedente negados por desconocimiento. No recuerda aspectos relevantes de su salud en ninguna etapa de su vida, hasta el momento que fue diagnosticado con Cáncer de testículo acude en el centro estatal de atención oncológica de Morelia Michoacán donde inicia tratamiento, con apoyo de los estudios realizados con anterioridad. Realizándole orquiectomía el día 31 de julio de 2010. Y posteriormente tratamiento de quimioterapia.

Actualmente cursa su tercer y último ciclo de tratamiento de quimioterapia encontrándose en el cuarto día de cinco. A la toma de signología vital presenta una T/A: de 130 /80, frecuencia cardiaca de: 75 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto y una temperatura de 36* C. Llenado capilar de 3 segundos.

Pesa 80 kg, talla de 1.82 y un IMC de 24.07. No ha presentado variación de peso desde su diagnóstico con una dentadura completa sin intervención por el momento. Antes de iniciar tratamiento de quimioterapia y a término del mismo le produce ausencia de evacuar que tarde hasta una semana y el momento de la evacuación la consistencia se torna dura. Durante la micción la coloración es de color ámbar, 1000 ml durante 24 horas y 500ml en 12 horas de sudoración disminuida. Se encuentra consciente, orientado en lugar tiempo y espacio, estable, cooperador. Seguro de si mismo sin presencia de dificultad para preguntar y responder.

Por el momento el paciente se encuentra angustiado por el costo de hospitalización y tratamiento, a la vez presenta dificultad para dormir por presencia de hipo constantemente, dificultad para adaptarse al lugar donde se encuentre, por tanto refiere sufrir cambios en el sueño, a la entrevista se observa bostezo, insomnio, ojeras, dificultad de adaptabilidad por el ruido y la luz, presenta dolor dental a término de cada ciclo de quimioterapia, distensión abdominal con presencia de gases con sensación de defecar y con usencia de la misma al acudir al baño; presenta nauseas, hipo constantemente que desaparece al lograr conciliar sueño, vomito 100ml aproximadamente por única vez durante el día. Presenta corte de cabello por

alopecia, se Muestra ansioso, desesperado, aburrido, enfadado sin nada según el para distraerse. Durante la alimentación presento problemas con la dieta blanda que se le proporcionaba, razón por la cual se progresa su alimentación a dieta líquida a tolerancia. Durante la guardia se observa que consume líquidos 1 a 2 litros por indicación médica.

Dentro de la farmacología indicada para tratamiento tenemos Dieta líquida, solución fisiológica de 1000ml para 12 horas. Ondansetrón 8 mg, Dexametasona 10 mg, Ranitidina 50 mg, cisplatino 40 mg y en "y" solución glucosa al 5% de 1000 para 6 horas. Etopósido 190 mg día 1 y Bleomicina 30 U. día 2 y 8.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Antecedentes:

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (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. Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica; cuando las enfermeras comenzaron a compartir las experiencias de dar cuidado, el enfoque procedimental cambió hacia el de práctica basada en el conocimiento científico. (5)

Concepto de proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.

Esta a su vez consta de las siguientes propiedades:

- Es resuelto: porque va dirigido a un objetivo
- Es sistémico: por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito
- Es dinámico porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.
- Es interactivo: por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermero-paciente.
- Es flexible: ya que se puede demostrar dentro de los contextos
Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación.
Uso de sus fases en forma sucesiva.

Posee una base teórica: sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades (6)

Objetivos

- ❖ Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, familia y la comunidad.
- ❖ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- ❖ Actuar para cubrir y resolver los problemas. Prevenir o curar la enfermedad.
- ❖ Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- ❖ Imprimir a la profesión un carácter científico.
- ❖ Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- ❖ Traza objetivos y actividades evaluables.
- ❖ Mantener una investigación constante sobre los cuidados.

- ❖ Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social. (7 y 8)

Características

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

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

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

- Le proporciona mayor experiencia.
- Le permite brindar una mejor atención de calidad.
- Herramienta de aprendizaje (5)

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

Beneficios del proceso de enfermería

- Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería.
- Impide omisiones o repeticiones innecesarias.
- Permite una mejor atención.
- Se centra en la respuesta humana única del individuo.
- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.

- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo

Habilidades

El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tengan que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del paciente. Incluidas entre estas habilidades están aquellas de identificar, diferenciar los problemas de salud, actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.
- Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el paciente, y la obtención ética de información necesaria y relevante del paciente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.
- Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el paciente el realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos (9)

Pensamiento crítico y proceso de enfermería:

El pensamiento crítico consiste en razonar sobre una situación, un problema, una interrogante o un fenómeno utilizando información de una amplia variedad de fuentes. Significa pensar de modo que se generen más preguntas, se identifican hipótesis y se les pongan pruebas, se establezcan nuevas conexiones y se amplíe el campo de posibles soluciones.

- ❖ Incluye elementos de razonamiento: objetivos, preguntas, conceptos, información, puntos de vista, hipótesis, consecuencias e implicaciones.
- ❖ No atada a una secuencia
- ❖ Requiere de una actitud de manera abierta y pensamiento crítico, así como de hechos y otros conocimientos.

Utiliza habilidades cognitivas de interpretación, análisis, inferencia, evaluación, explicación, justificación, persuasión, también emplea intuición y corazonada. (10)

Etapas del proceso de enfermería

El proceso de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad. Sus etapas son valoración, diagnostico, planeación, Ejecución y evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicadas en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona. Es importante aclarar que las etapas del proceso de

enfermería están estrechamente relacionadas entre si, y que uno conlleva a la otra, o que una está implícita en la otra.

Valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios.

La valoración se divide en tres etapas que son:

Recolección de la información.

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

- datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento como por ejemplo (cifras de la tensión arterial).
- datos históricos: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
- datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual. (5)

Para la recolección de estos datos, el personal de enfermería puede utilizar diferentes tipos de métodos como son:

Métodos para la obtención de datos

- a) **Entrevista:** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. Al igual que la observación, debe ser continua en la relación enfermera-paciente, y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad; la entrevista **formal** a través de un interrogatorio dirigido para desarrollar una empatía entre ambos, y obtener información necesaria para planear y proporcionar cuidados. La **informal** durante la realización de cuidados en la que con frecuencia el paciente expresa sentimientos y problemas mismos. (11)

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.

- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender o (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos e implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona. (5)

b) Observación: La observación es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse, y consta de (vista, oído, tacto, olfato y gusto). Esta herramienta debe utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria. Consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente (características, actividad física, manifestaciones clínicas, necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, reacciones y ambiente).

Un elemento importante es la observación con objetividad y no la interpretación personal en relación con el paciente, para no distorsionar la realidad de lo que está sucediendo. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.

c) La exploración física: Para la obtención de datos, debe recurrirse a fuentes de información directa (paciente) o indirectas (familia, recursos humanos y registros documentales). Uno de los instrumentos de trabajo más utilizados es el expediente clínico. El expediente clínico es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondientes a su intervención. (6)

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

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

Diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Validación o Análisis de la información

Una vez que la enfermera ha reunido la información del paciente a través de la historia de enfermería y sus observaciones, la etapa siguiente consiste en analizarla. Para examinar en forma crítica los datos reunidos, a la enfermera le resulta útil agrupar la información por categorías. Así se ayudara en cierto orden lógico y desarrollara una estructura o un esqueleto que no solo permite que el volumen de datos obtenidos tenga mayor significado, si no también sea más fácil de manejarlo. (7)

El análisis supone elegir y organizar o agrupar la información y determinar las necesidades no satisfechas, a demás de la fortaleza del paciente. Los hallazgos se comparan entonces con las normas documentadas para determinar si hay algo que interfiera o pueda interferir en las necesidades o la habilidad del paciente para mantener su patrón de salud habitual. Después de un análisis minucioso de toda la información disponible, se alcanza unas de las posibles conclusiones. (12)

Registro de la información o Síntesis de la información

Una vez analizado la información reunida e identificado los datos importantes, se relaciona enseguida con los obtenidas de otras fuentes. Para llegar a una sola conclusión.

Diagnostico:

Esta es la segunda etapa del proceso, el diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y las necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos. Se basa en las necesidades y problemas del paciente, en individualizado y específico, esto está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y forma de vida del paciente. (6)

También se le denomina por otros autores como, problemas fisiológicos y problemas colaborativos respectivamente. Alteraciones fisiológicas que impiden el funcionamiento óptimo del individuo y que por lo tanto dirigen la realización de acciones de Enfermería independientes e interdependientes. Los elementos que la integran son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas y factores relacionados o de riesgo con la etiología. (13)

Intervenciones de la Nursing interventions classification (NIC) Las intervenciones o tratamiento se agrupan en los campos fisiológicos, conductuales, de seguridad, familiar, sistema sanitario y comunidad. Consta de etiqueta o nombre, definición y actividades.

Resultados que se correlacionan con los cuidados enfermeros, de la Nursing Outcomes classification (NOC). Describe el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Estos tienen una etiqueta, definición, y una lista de indicadores para evaluar los resultados.

Los diagnósticos de la NANDA son el inicio de una lista de términos propuestos para problemas de salud sugeridos, que pueden ser identificados y tratados por los profesionales de enfermería. Se clasifican de acuerdo con la taxonomía I de los modelos de respuesta humana.

Las partes del diagnostico son dos:

- ∞ La respuesta humana en el contexto del diagnostico que identifica como responde el paciente ante un estado de salud o enfermedad.
- ∞ Factores relacionados con la etiología, con el fin de impedir, reducir o mitigar una respuesta en el paciente; estos factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales son la causa que contribuyan a la respuesta manifestada por el paciente.

Las formulaciones diagnosticas son:

- Formulación diagnosticas reales (signos y síntomas definitorios).
- Formulación de diagnostico de riesgo (factores de riesgo sin características definitorias).

- Formulaciones diagnosticas de (bienestar o salud).
- Formulaciones diagnosticas de (Síndrome).

Estructura del diagnostico de enfermería

La estructura del diagnostico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos. La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica. Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre si en una situación dada, la conclusión diagnostica a de ser la misma. NANDA, ya tiene para uso de los profesionales de enfermería, 78 problemas, denominados categorías diagnosticas y que como tales representan conjuntos de signos y síntomas aprobados en la 7ª conferencia de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA

Formulaciones diagnosticas de enfermería real:

Se emplea el formato PES que se incluye, para escribir una formulación diagnostica de enfermería real. Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales. Se debe unir el problema real con su etiología usando las palabras "relacionado con", añadiendo "manifestado por" o "evidenciado por" y escribir los signos y los síntomas mayores que validen la existencia de ese diagnostico.

Formulación diagnostica de enfermería de riesgo

La formulación diagnostica de riesgo se escribe en dos partes:

- P: Identificación o expresión del problema potencial
- E: agregado de "relacionado con" para unir el problema y los factores contribuyentes.

Juicio clínico del cual un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema.

Salud o de bienestar

Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o de bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación y no contienen factores relacionados. Ejemplo: disposición para mejorar el bienestar espiritual

Síndrome

Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnostico conteniéndose la denominación diagnostica. (14)

Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería:

1. Escribir el diagnóstico en cuanto a la respuesta del paciente en vez de a la necesidad de la enfermera.
2. Usar ((relacionado con)) en vez de ((debido a)) o ((causado por)) para unir las dos partes de la declaración.
3. Redactar el diagnóstico en unos términos legalmente aconsejables.
4. Escribir los diagnósticos sin emitir juicios de valores
5. Evitar cambiar las partes de la declaración
6. Evitar el uso de señales únicas en la primera parte de la declaración.
7. No deberán significar lo mismo las dos partes de la declaración.
8. Expresar los factores relacionados de forma que puedan cambiarse.
9. No incluir diagnósticos médicos en la declaración del diagnóstico de enfermería. Escribir el diagnóstico de forma clara y concisa. (15)

Características del diagnóstico de Enfermería.

- ❖ Es el resultado de un problema o del estado de salud de un paciente.
- ❖ Puede referirse a problemas potenciales de salud. Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
- ❖ Es el enunciado de un juicio de enfermería.
- ❖ Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
- ❖ Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por Enfermería.
- ❖ Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

Beneficios del uso de diagnóstico de enfermería.

- 1) Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece.
- 2) Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
- 3) fomenta la comunicación entre el personal que labora en la atención del usuario.
- 4) Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería.
- 5) Los diagnósticos de enfermería describe y categoriza el contenido de la práctica independiente de enfermería. los diagnósticos de enfermería tendrán ordenada una terapia donde la enfermera será responsable de dichas terapias.
- 6) Permite construir un cuerpo de conocimientos único para enfermería.
- 7) Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.

El registro de los diagnósticos:

Asignación de enunciados para nominar los problemas, básicamente se refiere a la culminación de las dos primeras etapas del proceso de enfermería. Vale la pena revisar esta lista para ver si hay repeticiones, o si se pueden agrupar problemas iguales con etiologías diversas o tener varios problemas con la misma etiología. Y hacer el registro correspondiente en el apartado que le corresponda al diagnóstico.

Planeación:

Una vez elaborado los diagnósticos de enfermería, se dará inicio a la planeación; esta fase del proceso de enfermería es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud. El tercer paso del PAE consiste en la planeación de los cuidados. Una vez que el enfermero ha obtenido los datos de la valoración, los ha interpretado y convertido en enunciados de diagnóstico de enfermería, el siguiente paso consiste en delinear un plan para la acción. La planeación de los cuidados es el paso del proceso de la enfermería en el que el enfermero elige la mejor manera de prestar atención organizada, dirigida hacia una meta y diseñada con un criterio individual. La planeación de los cuidados implica tres fases; establecimiento de prioridades, identificación del objetivo y planeación de las acciones de enfermería.

Establecimiento de prioridades o jerarquía de necesidades:

Las prioridades inician con la lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el paciente para determinar el orden en que deben resolverse los problemas de este. La clasificación de las prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes, para luego distribuirlos en los cuidados de enfermería. El establecimiento de prioridades se facilita por la puesta en marcha de teorías y modelos, conceptos y principios. Cabe aclarar que el personal de enfermería, no solo debe resolver problemas del paciente en estado de enfermedad, si no también atender sus necesidades emocionales.

Identificación de objetivos:

Una vez que se han determinado y jerarquizado las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar las prioridades o diagnósticos del paciente. Un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular, que permite identificar el qué, cómo, cuándo y quién del actuar de la enfermera y el paciente.

Rober Mager enuncia tres razones aplicables al desarrollo de objetivos en enfermería: primero los objetivos dan dirección para seleccionar las estrategias y el orden; segundo, el objetivo definido en forma apropiada implica el contenido de la estrategia; por último los objetivos proporcionan medios para que la enfermería y el paciente organicen sus esfuerzos. Los objetivos necesitan exponerse en términos del paciente y no de enfermería.

Existen requisitos o lineamientos para la elaboración de objetivos:

- Debe estar centrados en el paciente y reflejar reciprocidad o empatía con las personas que apoyan su cuidado.
- Deben ser realistas, reflejando las capacidades y limitaciones del paciente
- Deben ser realistas de acuerdo con el grado de habilidad y experiencia del personal de enfermería.
- Deben ser congruentes y dar apoyo a otras terapias que el paciente este recibiendo.
- Debe iniciarse con los lineamientos a corto plazo
- Deben ser observables y medibles.
- Deben describirse en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería

Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido en cuestión de horas o días. Los objetivos a largo plazo requieren de un tiempo largo y existen dos tipos: el primero

abarca un periodo prolongado y requiere acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro.

Planificación de cuidados de enfermería:

Se considera como el núcleo o centro del proceso de enfermería, ya que en el se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y, por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir el paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades. Descripción de algunos conceptos generales de la planeación: El plan de cuidados de enfermería inicia con el enunciado del diagnóstico de enfermería y avanza hacia los objetivos.

Un plan bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado del personal, fuente central de información para todos los que intervienen en la atención de un paciente. Los principales actores en el desarrollo del plan son la enfermera y el paciente.

Para redactar los planes se sugiere los lineamientos siguientes:

- El plan debe tener fecha y firma de la enfermera responsable.
- Debe ser actual y flexible.
- Debe redactarse en términos del estado del paciente.
- deben incluir aspectos preventivos, de promoción, y rehabilitación no solamente de curación.
- Deben incluir la colaboración y coordinación de actividades con otros profesionistas que están al cuidado del paciente.
- Los planes deben ordenarse en una secuencia apropiada basada en la prioridad o jerarquización de los problemas del paciente.
- Deben prescribirse las medidas de acción de enfermería que deban basarse en principios científicos.
- Los planes deben ordenarse en una secuencia apropiada basada en prioridades

Finalmente en cuanto a las acciones o cuidados a realizar por el personal de enfermería para ayudar al paciente a lograr sus objetivos, deben contener los siguientes:

- Ser seguros para el paciente.
- Ser realista y congruente con otros tratamientos
- Desarrollar una serie de acciones para lograr cada objetivo.
- Compatible con los objetivos
- Acciones de enfermería basadas en conocimientos
- Lista de secuencia lógica de las acciones y jerarquizar necesidades.

Los registros del Plan de Cuidado.

El plan de cuidado de enfermería es el punto culminante de varios pasos que los proceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas. Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición; para hacerlo se requiere demostrar la capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades que se persiguen. (14)

Ejecución:

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participe en su atención y sus familiares. Esta fase del proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de éstos. A su vez la ejecución consiste en proporcionar al paciente la atención determinada en los pasos previos del proceso de enfermería.

Tipos de intervenciones de enfermería:

Independientes: Son iniciadas por enfermeras. Se basa en conocimiento teórico y habilidades y forman parte del campo de acción legal de la práctica enfermera; no requieren de una orden de otro profesional de salud.

Dependientes: Deben ser iniciadas u ordenadas por otro profesional de la salud, por ejemplo la prescripción de medicamentos.

Interdependientes o en colaboración: Son iniciadas conjuntamente con otros profesionales de la salud.

Durante el proceso de ejecución se volara nuevamente el paciente, para que el personal de salud pueda determinar su estado y corroborar que el plan de atención de enfermería sigue siendo el apropiado. El plan de ejecución aplica habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales. (16)

Habilidades

Cognitivas (intelectuales): Tenemos que son las resoluciones de problemas, toma de decisiones, juicios clínicos, pensamiento crítico y creatividad.

Técnicas (psicomotoras): Se aplica en procedimientos prácticos o de "manos a la obra" como medición de signos vitales, colocación de una sonda vesical. Etc.

Interpersonales: Se refiere a la comunicación verbal y no verbal y son parte de las actividades de enfermería. (10)

Validación del plan de cuidados

Deberá intervenir personal de la misma disciplina y otros profesionistas del equipo de salud, según las necesidades o problemas del paciente para asegurar mayor éxito en su realización.

Fundamentación o razonamiento científico

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería. La fundamentación científica describe y explica la base de estos cuidados, además el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades. Otras fuentes a las cuales se puede acudir son a las entrevistas con expertos, libro de textos, artículos de revistas científicas, libros de referencia, etc.

Brindar cuidados de enfermería

Una vez validado el plan de cuidados de enfermería y fundamentando científicamente, se procederá a su ejecución, pero debe considerarse que el paciente puede presentar durante su atención en la comunidad o estancia hospitalaria, necesidades, problemas o situaciones inesperadas que alteren dicho plan.

Continuidad del cuidado

La ejecución es un plan de enfermería que contribuye a la continuidad del cuidado del paciente por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turno de trabajo, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo.

Registro de los cuidados

El registro de los cuidados de enfermería es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, de riesgo, posibles o probables e interdependientes de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud.

Evaluación:

La evaluación es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso de atención de enfermería, es parte integral de cada una de las etapas y está presente en todas ellas. En el proceso de evaluación se revisan los resultados esperados y el marco temporal del plan de atención de enfermería. Se incluye una valoración concentrada o completa, según sea apropiado. Se compara la nueva base de datos con los resultados deseados y el grupo definitorio de datos, se determina la magnitud de los resultados conseguidos. Si se logra el resultado esperado, las intervenciones de enfermería actuales continúan o se analiza la posibilidad de que el problema de salud o la reacción humana hayan sido resueltos y se eliminan del plan de atención de enfermería, de ser así se identifican y reordenan las prioridades de la atención de la salud que el paciente necesita.

Es un aspecto importante en todo el proceso de atención de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

El resultado de la evaluación pondrá en evidencia la calidad de los cuidados prestados y, por tanto, no se puede hablar de evaluación sin hablar de calidad de cuidados. (6)

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.

2. Revaloración del plan. Es el proceso que puede llevar al profesional de enfermería a suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos, enunciar nuevos diagnósticos; priorizar, establecer nuevos objetivos y programar intervenciones, modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultados y mantener la ejecución de las actividades.

3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados. Aunque la evaluación se ubica en la fase final del proceso enfermero, realmente es una parte integral de cada fase y algo que la enfermera realiza continuamente. Cuando la evaluación se realiza como última fase, la enfermera hace referencia a los resultados del usuario y determina si se consiguieron. Si los resultados no se consiguieron, la enfermera empieza de nuevo la valoración y determina la razón por la cual no se consiguieron.

Para desarrollar el método científico el personal de enfermería debe tener en cuenta como parte fundamental la interacción con el paciente, familia y comunidad, debe tener calidad humana, visión holística del paciente y elevado contenido afectivo para el paciente, por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud. (8)

5.2. TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DOROTHEA E. OREM

Reseña histórica.

Una de las primeras teóricas de enfermería, nació en Baltimore, Maryland. Su padre trabajador de la construcción, su madre, ama de casa. Inició su carrera de enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital de Washington D. C. Obtuvo un BSN en la universidad católica en 1939 y un Máster of Science en formación de enfermería en 1945 en la misma universidad. Fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Providence hospital, Detroit, desde 1940 a 1949. Desde 1950 a 1960, durante esta etapa comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación. En 1959 inicia su actividad docente como profesora agregada de formación de enfermería en la universidad católica de América.

Principales conceptos y definiciones

Para aplicar el modelo de Dorothea E. Orem es indispensable e importante conocer la conceptualización que ella propuso, desde los conceptos paradigmáticos hasta los sistemas de enfermería. Considera su teoría sobre el déficit del autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas.

Metaparadigma.

Persona: la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería como cuidados: El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

Autocuidado: lo define como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

Requisitos del autocuidado: Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo por qué se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano.

Requisitos de autocuidado universales: Se considera los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente estas a su vez tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diferentes etapas de la vida. Y que son representadas en 8 requisitos:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales

Requisitos de autocuidado de desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos del autocuidado de las alteraciones de salud: La enfermedad o la lesión no solo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos si no al funcionamiento humano integrado. Cuando este está seriamente afectado, la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal. Para que estas personas con alteraciones de la salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios oportunos para su propio cuidado. (17)

Necesidades de autocuidado terapéutico:

Conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).

Cubrir elementos de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: 1) describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estable dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y 2) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

Actividad de autocuidado: Es aquella compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agente: Persona que ejecuta la acción.

Agente de autocuidado: Adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes.

Agente de asistencia dependiente: Es el que se ocupa de la asistencia de niños o adultos dependientes. (18).

Déficit de autocuidado

Es una relación entre las propiedades humanas de necesidades terapéuticas de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

Actividad enfermero: es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras y/o enfermeros que les asigna poder para ser representados como enfermeros y/o enfermeras. Para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.

Diseño enfermero: actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y prescripción enfermera, el cual ofrece una guía para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia los logros de las metas propuestas.

Sistemas enfermeros

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. Tipos de sistema de enfermería: se han identificado tres tipos y son:

Sistema de enfermería totalmente compensador: Son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de deambulación o de manipulación.

Acción de la enfermera

- ❖ Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente.
- ❖ Compensa la incapacidad del paciente de comprometerse a desarrollar un autocuidado.
- ❖ Da apoyo al paciente y lo protege.

Sistema parcialmente compensador: Son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativos o deambulatorios.

Acciones de la enfermera

- ❖ Desarrolla alguna medida de autocuidado para el paciente
- ❖ Compensa las limitaciones de autocuidado del paciente
- ❖ Ayuda al paciente adecuadamente
- ❖ Regula la actividad del autocuidado

Acción del paciente:

- ❖ Desempeña algunas medidas de autocuidado

- ❖ Regula la actividad de autocuidado
- ❖ Acepta el autocuidado y la ayuda de la enfermera

Sistema de apoyo educativo: Son para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda.

- ❖ Cumple con el autocuidado Regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado. (17)

5.3 CÁNCER DE TESTICULO

Aparato reproductor masculino

Los órganos en el aparato reproductor masculino son los testículos, un sistema de conducto (que abarca los conductos deferentes, eyaculadores y la uretra), glándulas sexuales auxiliares (vesícula seminal, próstata y glándula de Cowper o bulbouretral) y diversas estructuras de sostén, incluida el escroto y el pene. Los testículos o gónadas masculinas producen espermatozoides y secretan hormonas. Un sistema de conductos transporta y almacena los espermatozoides, participa en su maduración y los lleva al exterior. El semen contiene espermatozoides y secreciones que provienen de las glándulas sexuales auxiliares. (19)

El escroto es un caso que cuelga de la raíz del pene, consta de piel laxa y fascia superficial y brinda sostén en los testículos, la temperatura de los testículos está regulada por la contracción de los músculos cremáster y dartos, que los elevan y acercan a la cavidad pélvica, al relajarse, los alejan de dicha cavidad. Los testículos son un par de glándulas ovaladas (gónadas) en el escroto que contiene túbulos seminíferos, en los cuales se producen los espermatozoides; células de Sertoli (sustentaculares), que nutren a los espermatozoides y secretan la inhibina y células (endocrinocitos) intersticiales de Leydig que producen la hormona sexual masculina testosterona. A su vez los testículos son dos glándulas de forma ovoidea de 3.5 a 5 cm de largo y de 1.5 a 2.5 cm de ancho. Cada testículo está alojado en un compartimiento del escroto. (20)

El escroto, además de alojar a los testículos, los protege y, gracias a la musculatura del dartos, les proporciona una temperatura constante ligeramente inferior a la del resto del cuerpo para que puedan funcionar de manera adecuada. Vías espermáticas, están constituidas por los tubos rectos la rete testis, los conductos eferentes, el epidídimo, el conducto deferente, las vesículas seminales y los conductos eyaculadores. Epidídimo, son dos conductos uno derecho y otro izquierdo, que se encuentran en cada testículo, describe una curva y asciende para continuarse con el conducto deferente. El epidídimo tiene como función almacenar a los espermatozoides antes de la eyaculación, en este sitio los espermatozoides terminan su maduración. Conductos deferentes, este conducto es continuación del epidídimo que asciende a lo largo del testículo y del epidídimo hacia la ingle, donde pasa a través del canal inguinal para dirigirse hacia la vejiga, tiene como función conducir a los espermatozoides. Vesículas seminales, son estructuras localizadas atrás de la vejiga y adelante del recto; tiene el aspecto de una bolsa alargada y su extremidad anterior se funde con el conducto deferente, producen un líquido viscoso. Conductos eyaculadores son dos conductos paralelos, centrados en el centro de la próstata, que se extienden desde la vesícula seminal, conducen al esperma. El pene es un órgano eréctil (que tiene la propiedad de hacerse turgente y rígido) situado por encima del escroto y por delante de la sínfisis del pubis, está formado por una porción proximal llamado cuerpo y una porción distal llamado glande. El glande se encuentra cubierto por una piel delgada que puede retraerse, el prepucio. La parte más saliente del glande se llama corona, tiene la función de miccionar y reproductora. Próstata, es una glándula que rodea el cuello de la vejiga y una porción de la uretra; tiene el tamaño y la forma de una castaña y secreta un líquido alcalino que se mezcla con el líquido seminal en el momento de la eyaculación. Glándulas bulbouretrales de Cowper, son dos glándulas que se encuentran debajo de la próstata y a los lados de la uretra; tiene el tamaño y la forma de un chicharro y su conducto desemboca en la uretra produce líquido lubricante. (21)

La mayoría de los **cánceres testiculares** aparecen en jóvenes menores de 40 años. Entre los tipos de cáncer que aparece en los testículos están el seminoma, el teratoma, el carcinoma embrionario y el coriocarcinoma. No se conoce la causa del cáncer testicular, pero los hombres cuyo testículo no descendió dentro del escroto (criptorquidia) a los 3 años de edad, tiene muchas más probabilidades de

presentarlo que aquello cuyo testículo descendido a dicha edad. De manera casi invariable, se trata de tumores de células germinales (TCG) y se considera una entidad importante porque su mayor impacto se da entre jóvenes en edad reproductiva. En México, en el 2001 se documentaron 1186 casos, que representan el 2.4 % de las neoplasias en el sexo masculino y 299 muertes. (20)

Etiología y factores de riesgo:

El antecedente de criptorquidia es el factor de riesgo más relacionado con el desarrollo de un TGC; aun no está claro el mecanismo de transformación, aun que el testículo retenido en el abdomen tiene mayor riesgo que ubicado en el canal inguinal. El riesgo también es elevado en el testículo que se encuentra descendido contralateral al criptorquídico. Otras alteraciones vinculadas son el síndrome de feminización testicular, el síndrome de klinefelter (con los TGC primarios de mediastino) y quizá por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana.

Manifestaciones clínicas:

La mayoría de los casos se presenta como crecimiento indoloro del testículo de 4 a 6 meses de evolución, para hasta en 33 % de los sujetos la manifestación inicial puede ser foco metastásico, como dolor lumbar o abdominal o ambos por metástasis retroperitoneales o hepáticas, tos por metástasis pulmonares o mediastínicos o adenopatías supraclaviculares izquierdas, ginecomastia.

Diagnostico:

El diagnostico histológico en la mayor parte de los sujetos se establece a partir del producto de la orquiectomía, el diagnostico puede establecerse mediante biopsia de algún otro sitio accesible. Sin embargo en muchos casos, el diagnostico se establece o se complementa con la cuantificación sérica de los siguientes marcadores tumorales: alfafetoproteína y fricción beta de gonadotropina coriónica.

Pruebas de laboratorio:

Se realiza los exámenes de rutina, como biometría hemática, química sanguínea, medición de calcio y pruebas de funcionamiento hepático. Es sobre todo útil la medición de deshidrogenasa láctica, alfafetoproteína y fracción beta de la gonadotropina coriónica. El incremento de deshidrogenasa láctica no es un diagnostico pero tiene valor pronostico, su aumento es acorde a las características tumorales: en el seminoma puro, la alfa-fetoproteína es negativa y la fracción beta de la gonadotropina coriónica también es negativo esta levemente aumentada. En usencia de un diagnostico histológico, los marcadores son diagnósticos únicamente en los casos de tumores no seminomatosos.

Estudios de imagen:

El ultrasonido testicular es indispensable en los casos de un tumor no obvio, la tomografía axial computarizada contrastada de abdomen y pelvis es indispensable en todos los casos, ya que permite documentar o descartar enfermedad macroscópica retroperitoneal o hepática. Cabe documentar enfermedad parenquimatosa pulmonar por ello suele solicitarse también una radiografía de tórax. La tomografía axial computarizada o el estudio de imagen por resonancia magnética de cerebro solo se hace ante la sospecha de metástasis cerebral por manifestaciones clínicas.

Estadificación:

De acuerdo con el volumen tumoral y sitio de metástasis, los sujetos se clasifican como de bajo riesgo, moderado y alto. La unificación de la Estadificación a nivel internacional, es un objetivo deseable y potencialmente útil, estos particularmente cierto en los casos de alto riesgo que pueden ser candidatos a diferentes planes de quimioterapia.

- I. Tumor confinado al testículo, sin evidencia de actividad tumoral posorquiectomía.
- II. Metástasis a ganglios retroperitoneales, con tumor no palpable y sin hidronefrosis.
- III. Enfermedad retroperitoneal palpable o metástasis ganglionares supradiaphragmáticas o viscerales o ambas.

Tratamiento:

Se presenta la terapia por estadio clínico y de acuerdo con las características histológicas de los tumores. El cáncer de testículo es un tumor sensible a la quimioterapia. El manejo con drogas como la vinblastina y la bleomicina ha representado un avance mayor para lograr el control de la enfermedad. Otro avance importante en el tratamiento del carcinoma testicular fue el descubrimiento del cisplatino, agente de gran eficacia en tumores de testículo. Por ello el tratamiento se divide por estadios.

Seminoma:

Estadio I

Hay diferencias en las recomendaciones de tratamiento 1. Radioterapia adyuvante a ganglios paraoórticos, 2. Observación y tratamiento de caso de recurrencia. Debido a la eficacia y tolerancia al tratamiento, la mayoría de los pacientes se someten a radioterapia a una dosis de 2600 cGy en las regiones paraaórtico e inguinal. Una tercera opción es el uso de radioterapia adyuvante. Se ha usado uno o dos ciclos de cisplatinos como agente único.

Estadio II Y III

Con metástasis retroperitoneal de 5 cm o menor, la radioterapia es la mejor alternativa, ya que el control se logra en más del 90% de los pacientes con buena tolerancia y, en caso de recurrencia, el tratamiento con quimioterapia es muy eficaz. Masa retroperitoneal es de 10 cm o mayor, el consenso internacional es utilizar quimioterapia, ya que las recurrencias con radioterapia hasta de 80 %. Si después de la administración de quimioterapia, existe un residual de 3 cm o mayor se agrega radioterapia únicamente a la zona involucrada. Se considera como estadio avanzado de seminoma a aquellos que tienen grandes masas ganglionares, ya sea infradiaphragmáticas o supradiaphragmáticas.

Tumores germinales no seminomatosos

Estadio I

En la era prequimioterápica, la terapéutica de elección era la linfadenectomía retroperitoneal, una alternativa mas es la quimioterapia adyuvante en sujetos de alto riesgo, es decir, aquellos con el 50% de posibilidades de recaer. De acuerdo con experiencias anteriores ya que el 80% de los pacientes ha sido tratado con orquiectomía. De manera habitual se proporcionan dos ciclos de cisplatino, etopósido y bleomicina. Debido a que el 50% de los sujetos en vigilancia que recaen lo hace los primeros cinco meses

y menos de 15 % después de un año, es necesario que la vigilancia sea estrecha, con citas cada mes durante el primer año, cada dos meses el segundo año, cada tres el tercer año, cada cuatro el cuarto año y posteriormente cada 6 meses. Durante el primer año se realiza marcadores tumorales y cada dos meses se toman radiografías de tórax. Se indica tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis cada cuatro meses durante el primer año si los marcadores fueron negativos antes de la orquiectomía, o cada seis meses si fueron positivos.

Estadios II y III

En presencia de enfermedad metastásica, la cual en el caso de los tumores no seminomatosos se puede presentar a nivel ganglionar o visceral, las consideraciones terapéuticas más importantes son las siguientes:

1.- volumen tumoral. La Localización de las metástasis y el volumen de las mismas, así como el aumento de los marcadores son factores pronósticos que se han usado para decidir la intensidad del tratamiento. De los esquemas más utilizados cisplatino, bleomicina, etopósido, metotrexate. Algunos pacientes sensibles a la quimioterapia con tumoración extensa que es improbable alcanzar su curación con algún esquema convencional, se ha utilizado dosis altas de células hematopoyéticas.

2.- duración del tratamiento con quimioterapia y velocidad de respuesta. Aun que es práctica común y aceptado el uso de cuatro ciclos de quimioterapia, los sujetos con extenso volumen tumoral requieren un mayor número de ciclos de quimioterapia.

3.- tratamiento local. La cirugía para reseca el tumor residual después del tratamiento con quimioterapia es una importante medida terapéutica, todos los pacientes a un con marcadores tumorales negativos, deben ser llevados a cirugía. (22)

Repercusión del cáncer:

Aspectos psicológicos: La prevalencia de trastornos emocionales (básicamente ansiedad y depresión) es la misma en familiares de pacientes que en los propios afectados. Es por ello que se suele denominar al familiar paciente de 'segundo orden', pues aun cuando no sea el enfermo físicamente, sí tiene riesgo de padecer alteraciones del estado de ánimo. Además, tiene la presión del entorno de no poder desahogarse de su sufrimiento. Se supone que tiene que 'ser fuerte' y aguantar la dolorosa situación de tener un familiar con cáncer y no poder demostrar malestar. Ya que de manera emocional afectaría el estado del paciente y por ende tendría repercusiones en el estado de salud, afecciones en el tratamiento.

Aspectos sociales: Muchas ocasiones el paciente y su familia se sienten aislados a raíz de experiencias desagradables. El aislamiento social es algo relativamente frecuente en los pacientes con cáncer y eso mismo sucede en sus familias. La enfermedad acaba con la energía y la positividad en atender las nuevas necesidades creadas, por la enfermedad, así como por el tratamiento. Al mismo tiempo el tabú del cáncer persiste en la población y muchas personas no saben cómo actuar ante un paciente que ha sido diagnosticado de cáncer. Las dudas ante como actuar, qué es conveniente preguntar o qué no, hacen que, a veces, se opte por evitar el contacto con la familia afectada. Al mismo tiempo ésta a veces reduce la frecuencia de relaciones por su situación especial, por ira o vergüenza o, sencillamente, porque prefiere no hablar del tema. El cáncer afecta profundamente las funciones y las relaciones sociales. La naturaleza y la calidad de la relación previa entre el paciente y la persona a su cargo son consideraciones importantes a

tomar en cuenta en la evaluación y el tratamiento de la persona que brinda la atención debido a la carga que sobrelleva.

Aspectos socioeconómicos: En algunas personas la enfermedad puede suponer un riesgo de perder el empleo o verse obligado a reducir la productividad y por ende la repercusión en el sueldo. Los cuidadores que deben ausentarse repetidamente de su puesto de trabajo debido a las necesidades que genera un enfermo con cáncer, es debidamente desgastante y cansado a la vez, ya que tienen que solventar 2 actividades distintas que es de lo laboral a la de brindar atención y cuidado. Mencionando a la vez que si el paciente tiene la oportunidad de contar con los recursos económicos para iniciar un tratamiento existe mayor posibilidad de supervivencia que un paciente con escasos recursos económicos. Por su puesto dentro de la línea de tratamiento esta las diferentes terapias que son altamente elevados en costo. Y si una persona simplemente no cuenta con los recursos para iniciar tratamiento después de ser diagnosticado con cáncer simplemente deja todo, pierde las ganas de vivir, en ocasiones se dan por vencidas esperando así únicamente su lecho de muerte. O bien se deshace de las pocas cosas que tiene para luchar e iniciar un tratamiento. También cabe la posibilidad que algunos enfermos se han encontrado con algún tipo de discriminación laboral.

Aspecto espiritual: La relevancia que tanto los pacientes como quienes los atienden tienen tareas espirituales paralelas cuando tratan con el cáncer en aspectos tales como encontrar significado y esperanza en el proceso de la enfermedad, mientras se plantean también preguntas existenciales acerca del significado de la vida. El bienestar espiritual puede proporcionar un efecto de alivio a la tensión de la persona a cargo del paciente. Los grados más altos de espiritualidad se relacionan con menos sufrimiento psicológico y mejor bienestar para estas personas. Además, el mantener la fe y encontrar un significado, atenúan los efectos adversos de la tensión sobre la salud mental de las personas a cargo del paciente. La espiritualidad puede fortalecer a quienes prestan asistencia contra la desesperanza, ayudarlos a derivar un significado de la vivencia del cáncer y proporcionar una perspectiva existencial sobre la esperanza y el sufrimiento. Cualquier miembro del equipo de oncología puede explorar los valores espirituales o religiosos que moldean la respuesta de una persona. (23)

Desamparo y angustia: En cualquiera de los casos una persona enfrentada a la pérdida de salud siente amenazada su vida y le confronta con una experiencia de radical desamparo. La sorpresa y el impacto que acompañan a la experiencia de tener cáncer, donde el temor al diagnóstico, el miedo al pronóstico, la trayectoria de posible sufrimiento y dolor de la enfermedad, se significa desde la incertidumbre de lo incomprendible, abriendo una fisura de interrogantes. Todas las incertidumbres posibles se colapsan en la experiencia presente, cuestionándonos sobre la previsión preocupante de nuestro futuro (Qué pasará) y poniéndonos en contacto con una serie de predicciones acerca de nuestro pasado (Qué ha ocurrido, Por qué a mí, Qué hice mal)

La angustia se convierte en la expresión del desamparo del sujeto, tanto del psíquico como del biológico. La ansiedad es una de las manifestaciones afectivas humanas básicas, constituye una respuesta ante el peligro, el sufrimiento del organismo tanto desde un punto de vista biológico, psicológica como social. Por tanto es una respuesta pre programada en la especie que genera cambios. El fin es la preparación ante el peligro. "Ese estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta es una consecuencia de la percepción consciente o inconsciente del peligro y al tiempo, se constituye en una señal de alerta o alarma.

Freud en "Mas allá del principio del placer" "distingue entre la *angustia* que designa como un estado caracterizado por la espera del peligro y la preparación para éste, aunque sea desconocido; el *miedo*, que

supone un objeto definido, del cual se tiene miedo; y el *susto* que designa el estado que sobreviene cuando se entra en una situación de peligro sin estar preparado.

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

6.1 Valoración con el referente teórico de D. Elizabeth Orem

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Descriptivos de la persona

Masculino, 30 años, casado, católico, padre de familia, con una hija, estudios de secundaria, ocupación albañilería.

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: familia y esposa

Dependencia Económica: De el mismo y en ocasiones del sueldo de su esposa

Condiciones del hogar: vivienda prestada por parte de su hermano mayor, de material de construcción, contando con agua potable, luz eléctrica, drenaje. Con servicios básicos como alumbrado público, recolección de basura, drenaje y alcantarillado

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

Aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria de 20 por minuto.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

Durante el turno se observa el consumo de 1 a 2 litros de agua por indicación médica

Ingiere agua de 500 a 1000ml al día de garrafón, a la vez líquidos fuera del hogar aproximadamente como 600 ml como es coca cola, aguas preparadas o consumo de alcohol cada 15 días

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Actualmente con dieta líquida por presentar malestar con dieta blanda.

Peso: 80 kg

Talla: 1.82 mts.

IMC: 24.07

Dextrostix

Dentro de su alimentación Consume leche, cereales frutas, verduras pastas y harinas una vez a la semana, huevos y pescado una vez al mes. Cocinando sus alimentos a base de aceite, sin restricción alguna para cocinar la alimentación habitual

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos.

A término de la aplicación de quimioterapia le produce ausencia de evacuar que tarde hasta una semana y el momento de la evacuación la consistencia se torna dura.

Características de las evacuaciones: color café pastoso

Distensión abdominal con presencia de gases, sensación de defecar y con usencia de la misma al acudir al baño

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Refiere sufrir cambios en el sueño, a la entrevista se observa bostezo, insomnio, ojeras provocados por dificultad de adaptabilidad por el ruido y la luz, a la vez presenta dolor dental a término de cada ciclo de quimioterapia.

Habitualmente duerme de 6 a 8 horas despertándose con sensación de descansado.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Se encuentra angustiado por el costo de hospitalización y tratamiento

Se Muestra ansioso, desesperado, aburrido, enfadado sin nada según el para distraerse.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

T/A: 130/80 FC: 70 por minuto

No consume algún producto o inhala algún producto toxico

Manifiesta interés por el aprendizaje.

Explica conocimientos sobre lo que conoce del tema

Acude a consulta cuando tiene cita o alguna duda

Refiere seguir el tratamiento como lo tiene indicado

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Por falta de conocimientos no hace nada para cuidar y conservar su salud

Describe experiencias previas relacionadas con el tema

Requisito de desarrollo de autocuidado:

Ha recibido educación sexual únicamente por la escuela. Realiza vida sexual activa de 4 a 5 días por semana .Se encuentra satisfecho con la misma

Únicamente ha tenido una sola pareja, emplean el uso de métodos anticonceptivos como pastillas por parte de su esposa y condón por parte de el.

Sin problemas de infertilidad e infección de transmisión sexual

Refiere interés por recuperar sus condiciones de salud lo mejor posible.

Requisitos de desviación de la salud

Por falta de conocimientos no hace nada para cuidar y conservar su salud.

No recuerda aspectos relevantes de su salud en ninguna etapa de su vida, hasta el momento que fue diagnosticado con Cáncer de testículo

Por bajos ingresos económicos el no hubiera iniciado con el tratamiento.

6.2 Diagnostico de enfermería

1. (00198) Trastorno del patrón de sueño relacionado con, dificultad de adaptabilidad, ruido y luz, manifestado por, cambios en el patrón normal del sueño, quejas verbales de no sentirse descansado, insatisfacción por el sueño, presencia de ojera.
2. (00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con, agentes farmacológicos (administración de quimioterapia) manifestado por, distensión abdominal, eliminación dificultosa de las heces, nauseas, vómito.
3. (00097) déficit de actividades recreativas relacionado con, hospitalización de cuatro días, entorno depresivo de actividades recreativas manifestado por, afirmación del paciente que se aburre, los pasatiempos habituales no se pueden realizar en el hospital, desesperado.
4. (00146) Ansiedad relacionado con, cambios en la situación económica (Bajos recursos económicos). Hospitalización y tratamiento manifestado por insomnio, angustia, nauseas, trastornos del sueño, preocupación.
5. (00214) Disconfort relacionado con, dificultad de adaptación del lugar manifestado por ansiedad, deterioro del patrón del sueño, recursos económicos insuficientes, falta de control ambiental, efectos colaterales del tratamiento.
6. (00161) Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con interés en conocer mas acerca de su enfermedad manifestado por, las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados, manifiesta interés en el aprendizaje describe experiencias previas relacionados con el tema, explica su conocimiento sobre el tema.
7. (000162) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos , acude a consulta cuando tiene cita o alguna duda , refiere seguir el tratamiento como lo tiene indicado, expone tener interés por recuperar sus condiciones de salud lo mejor posible.
8. (00182) Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con, actitudes generadoras de salud manifestado por, expresión de deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud, expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado, expresa deseos de aumentar el autocuidado.

Diagnóstico de enfermería 1

(00198) Trastorno del patrón de sueño, relacionado con, dificultad de adaptabilidad, ruido y luz, manifestado por, cambios en el patrón normal del sueño, quejas verbales de no sentirse descansado, insatisfacción por el sueño, presencia de ojera.

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 1 sueño y reposo

Requisito de autocuidado: universal mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Plan de Intervención:

Objetivo: A M V logrará mejorar condiciones en el patrón de sueño contrarrestando signos y síntomas de dificultad para dormir evidenciado por un estado de confort y sensación de descansado.

Agente de autocuidado: independiente

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensador.

Intervención de enfermería: Manejo ambiental.

Acción de de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> Se Controlará o evitará ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. Se le permitirá que emplee un aparato que le Permitir el empleo de música. Se Controlará iluminación para conseguir beneficios terapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementa la comodidad a la hora de dormir y el apoyo fisiológico y psicológico. Ofrece un entorno que produce sueño
<ul style="list-style-type: none"> Se Permitirá que un ser querido se quede con el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilita el descanso, conserva la energía y puede potenciar las capacidades de afrontamiento.
<ul style="list-style-type: none"> Se llevará a cabo medidas agradables: masaje, contacto afectuoso 	<ul style="list-style-type: none"> Un toque suave de palma piel, con conocimiento de la dirección correcta y los puntos clave a manipular, favorece la liberación de endorfinas, sustancias que brinda sensación de bienestar.
<ul style="list-style-type: none"> Se Determinará los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> Permite anticipar al paciente y allegados a comenzar el proceso de adaptación a un nuevo estado y prepararse para algunos posibles efectos secundarios.

Agente de autocuidado: independiente
Demanda de autocuidado: parcial
Sistema de enfermería: parcialmente compensador.

Intervención: Mejorar el sueño.

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Se Ajustara el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • El sueño sin interrupción crea mayor descanso y es posible que el paciente no pueda volver a dormir si se le despierta

Agente de autocuidado: independiente
Demanda de autocuidado: parcial
Sistema de enfermería: parcialmente compensador.

Intervención de enfermería: Musicoterapia.

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • A través de una conversación se identificará el interés, y gusto de de la música de Alejandro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite llevar un control sobre las distintas preferencias musicales. Y no corromper el gusto de la misma.
<ul style="list-style-type: none"> • Se Determinará el interés del individuo por la música y el empleo de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • La música Fomenta la liberación de endorfinas y ayuda a desarrollar un centro interno de control, reduciendo estado de ansiedad.
<ul style="list-style-type: none"> • Se sugerirá el uso de auriculares si es conveniente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite conservar silencio, mantener en orden el área y evita intranquilidad hacia los usuarios que están dentro de una misma habitación.
<ul style="list-style-type: none"> • Se cerciorara que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto. 	<ul style="list-style-type: none"> • El exceso de volumen puede generar problemas auditivos.

Ejecución:

- Se trato de Controlar y evitar ruidos indeseables y excesivos, cada que fue posible. Como fue el apagar la luz y encender únicamente cuando fuera necesario, se le pidió a familiares evitar ruido en lo posible.
- Se le permitió el acceso y empleo de un aparato celular el cual se utilizo para escuchar música.
- Durante la noche se controló la iluminación para favorecer el sueño con el fin de conseguir beneficios terapéuticos.

- Dialogando con la trabajadora social y enfermero a cargo. Se Permitió que un ser querido se quedara con el paciente.
- Se determinó los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- Durante las jornadas laborales se empleo medidas agradables hacia el paciente como fue: masaje, contacto afectuoso y charla con la misma.
- Se Ajusto el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño
- A través de una conversación se logro identificar el interés, de igual forma el gusto de de la música de Alejandro
- Durante la plática que se mantuvo con el usuario Se aprovecho el tiempo para lograr identificar las preferencias musicales de Alejandro.
- Se sugirió el uso de auriculares durante el empleo del aparato
- Se corroboro que el volumen fuera adecuado, y no demasiado alto.

Evaluación:

Con base a las diferentes intervenciones y acciones realizadas a beneficio de A M V, se logró cumplir con el objetivo planteado, durante las visitas nocturnas se observo al usuario conciliando sueño, no presento resistencia al descanso, se le permitió descansar sin interrupción para lograr el propósito. Al despertar del día siguiente refirió sentirse más tranquilo, no presento bostezo, las ojeras lograron disminuir visiblemente, se mejoro sensación de descanso mencionado por parte del usuario que si logro dormir bien. Las acciones planteadas se le dieron continuidad con el propósito de contrarrestar el problema de descanso y sueño. De acuerdo a la musicoterapia se empleo conforme al usuario lo solicitaba misma que permaneció durante los distintos turnos.

Diagnóstico 2

(00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con, agentes farmacológicos (administración de quimioterapia) manifestado por, distensión abdominal, eliminación dificultosa de las heces, náuseas, vómito.

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 2 Función gastrointestinal.

Requisito de autocuidado: universales provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluido los excrementos.

Plan de Intervención

Objetivo: A M V mejorará condiciones de eliminación disminuyendo signos de malestar y motilidad gastrointestinal.

Agente de autocuidado: independiente / Terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensador

Intervención de enfermería: Manejo intestinal

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none">Disminuir la ingesta de alimentos que fomenten gases.	<ul style="list-style-type: none">Disminuye tanto las molestias gastrointestinales como la distensión abdominal.
<ul style="list-style-type: none">Instruir al paciente sobre los alimentos de contenido en fibra.	<ul style="list-style-type: none">La ingesta suficiente de fibra y verduras proporciona volumen y el líquido es un factor importante para determinar la consistencia de las heces.
<ul style="list-style-type: none">Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none">Ayuda a identificar los factores causales que contribuyen a la enfermedad y a las intervenciones adecuadas.
<ul style="list-style-type: none">Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.	<ul style="list-style-type: none">Permite mejorar la consistencia de las heces, ayuda a mantener el estado de la hidratación.
<ul style="list-style-type: none">Instruir al paciente / familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos.	<ul style="list-style-type: none">La ingesta de líquidos, fibra en la dieta así como ejercicio habitual, aumentan la consistencia de las heces y estimula el peristaltismo.

Ejecución:

- Por indicación médica se restringió al paciente el consumo de alimentos que fueran formadores de gases y alimentos no proporcionados por la misma institución.
- Se Instruyó al paciente sobre los alimentos de contenido en fibra.
- Se Evaluó el perfil de los medicamentos el cual permitió determinar los posibles efectos secundarios gastrointestinales
- Se proporciono el cambio de dieta líquida y el aumento de la ingesta de líquidos.
- Fue posible Instruir al paciente y familiares acompañantes durante la visita sobre la relación que existe entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos.

Evaluación:

Con las intervenciones y acciones pertinentes se logró disminuir el problema de eliminación no en su totalidad puesto que la causa de la misma fue producida por alguna reacción del medicamento. De igual manera AMV siempre se le informó sobre las distintas alternativas en su alimentación con el propósito de mejorar condiciones de salud tal información fue comprendida y aceptada. También se logró revertir el vómito, disminuyo la dificultad para evacuar, refiriendo por parte del usuario sensación de mejoría. Toda información se proporciono verbalmente y de forma escrito para ser más comprendida.

Diagnóstico 3

(00097) déficit de actividades recreativas, relacionado con, hospitalización de cuatro días, entorno depresivo de actividades recreativas manifestado por, afirmación del paciente que se aburre, los pasatiempos habituales no se pueden realizar en el hospital, desesperado.

Dominio: 4 Actividad y reposo

Clase: 2 actividad / ejercicio

Requisito de autocuidado: universal, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Plan de Intervención

Objetivo: A M V tratará de conservar actividades habituales realizando las que este a su alcance contrarrestando déficit de actividades recreativas.

Agente de autocuidado: independiente/ terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería: Facilitar las visitas

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none">• Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.	<ul style="list-style-type: none">• Ayuda a cubrir necesidades físicas y emocionales del paciente.
<ul style="list-style-type: none">• Determinar la necesidad de limitación de la visitas por ejemplo, demasiados visitantes, que el paciente esta impaciente, cansado o su estado físico no le permite.• Establecer horas de visita optimas por parte de la familia/ seres queridos.	<ul style="list-style-type: none">• Permite mantener un mejor orden en la unidad, evita sofocar al usuario y le permite decidir que personas desean que lo acompañen.
<ul style="list-style-type: none">• Aclarar las normas de visitas con los miembros de la familia /seres queridos.• Establecer responsabilidades y actividades de la familia/ seres queridos para ayudar al paciente, ejemplo (apoyarlo).	<ul style="list-style-type: none">• Permite fomentar y mantener un orden.• Anima a participar y ayuda a estimular mental y físicamente al paciente para mejorar el estado general y la sensación de bienestar.
<ul style="list-style-type: none">• Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con los seres queridos.• Favorecer la comunicación entre paciente, familia y personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none">• La comunicación genera confianza, seguridad, permite revertir temores.

- Escuchar con atención al usuario y hacerlo sentir seguro y permitir reflejar sentimientos.
- Ayuda a reducir los sentimientos de aislamiento y abandono. Y proporciona seguridad.
- Sugerir la lectura, folletos, revistas o en su defecto periódicos.
- Ofrecer diferentes actividades ayuda al paciente aprobar nuevas ideas y a desarrollar nuevos intereses
- Sugerir el empleo de juegos de mesa como es el ajedrez, domino.

Ejecución:

- Se le permitió al paciente determinar las preferencias en cuanto a visitas e informar de ellas.
- Por parte del personal se determinó la necesidad de limitación de las visitas cuando así lo requería tal ejemplo fue demasiados visitantes.
- Se hizo de su conocimiento las normas de visitas con los miembros de la familia y seres queridos.
- En algunas ocasiones se tuvo la necesidad de Establecer responsabilidades y actividades de la familia y seres queridos para ayudar al paciente, ejemplo (apoyarlo).
- De acuerdo a las normas de la institución se estableció los horarios de visita.
- Se permitió el fomento y empleo del teléfono celular para mantener el contacto con los seres queridos.
- Durante las visitas se le dio mucha prioridad y Fomento a la comunicación entre paciente, familia y personal de enfermería.
- Siempre y en todo momento se escucho con atención al usuario, de igual forma se le hizo sentir seguro y se le permitió la oportunidad de expresar sus sentimientos.
- Se Sugirió la lectura, se proporciono folletos, revistas
- Se Sugirió el empleo de juegos de mesa como es el ajedrez, domino.

Evaluación:

De acuerdo con las diferentes acciones e intervenciones de enfermería se logro el propósito del objetivo. En conjunto con las distintas visitas permitió que AMV se distrajera por un buen rato, permitió a la vez sentirse seguro de sí mismo, refirió en todo momento agradecimientos por tantas atenciones proporcionado por familiares y personal de enfermería. Empleo el uso de lectura a término de las visitas, se dio la oportunidad de ser consentido e importante por todos los que se encontraban a su alrededor.

Diagnóstico 4

(00146) Ansiedad relacionado con, cambios en la situación económica (Bajos recursos económicos). Hospitalización y tratamiento manifestado por insomnio, angustia, náuseas, trastornos del sueño, preocupación.

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al stress

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.

Requisito de autocuidado: universal mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

Plan de Intervención

Objetivo: A M V conservara estado de confort y tranquilidad disminuyendo estado de ansiedad.

Agente de autocuidado: independiente/terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería: Disminución de la ansiedad

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none">Utilizar un enfoque sereno que de seguridad Crear un ambiente que facilite confianza	<ul style="list-style-type: none">La confianza y la seguridad es la base de la relación terapéutica entre enfermero (a) y paciente y les permite trabajar juntos.
<ul style="list-style-type: none">Explicar todos los procedimientos, explicando las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento.	<ul style="list-style-type: none">Una información precisa permite al enfermo tratar con mayor eficacia la realidad de la situación, reduciendo así la ansiedad y miedo a lo desconocido.
<ul style="list-style-type: none">Escuchar con atención.Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo.	<ul style="list-style-type: none">Permite al paciente sentirse más libre en el contexto de esta relación para verbalizar sus sentimientos de indefensión e impotencia y para describir los cambios que puedan ser necesarios.
<ul style="list-style-type: none">Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.	<ul style="list-style-type: none">Tiene una gran importancia personal para que el enfermo pueda disfrutarlas al máximo.

Agente de autocuidado: independiente
Demanda de autocuidado: parcial
Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería: Distracción

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos (por ejemplo) atreves de la música, viendo la televisión, leyendo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite una forma de distracción y mantener la mente ocupada, libre de pensamientos de preocupación, permite adoptar un estado de control y confort.
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acceso de visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a cubrir necesidades físicas y emocionales.

Ejecución:

- Durante el contacto con el paciente y familiar se empleo un enfoque sereno con el propósito de brindar seguridad.
- Durante la atención y contacto con el paciente siempre y en todo momento se explico todo procedimiento que se le realizaría de igual forma se la informaba con que propósito se realizaba la misma, explicando las posibles sensaciones que ha de experimentar durante el procedimiento.
- Escuchar con atención, se realizó siempre que se estaba en contacto con el paciente.
- Se trato en lo posible crear un ambiente que facilite confianza Hacia el paciente.
- Se animo al paciente a expresar todo tipo de sentimientos, percepciones y miedo. Durante el contacto con el mismo.
- Se sugirió al usuario Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. Como fue deambular en los pasillos del hospital, sentarse en los corredores del hospital, escuchar música, etc.
- Se enseñó y explico al paciente los beneficios de estimular varios sentidos como lo es atreves de la música, ver la televisión, leer.
- Siempre que fue posible se facilito el acceso de visitas.

Evaluación:

Conforme a lo establecido en las distintas acciones e intervenciones en relación a otros diagnósticos encontrados, se logro cumplir con el objetivo planteado. Puesto que las intervenciones empleadas coincidieron para cubrir otras necesidades alteradas, siempre y en todo momento se abrió tiempos para platicar con el usuario, se le hizo sentir importante, de igual forma se permitió el empleo de aparato reproductor de música, el acceso de visitas. Con estas diferentes acciones se cumplió la sensación de bienestar, seguridad y tranquilidad por parte de AMV.

Diagnóstico 5

(00214) Discomfort relacionado con, dificultad de adaptación del lugar manifestado por, ansiedad, deterioro del patrón del sueño, recursos económicos insuficientes, falta de control ambiental, efectos colaterales del tratamiento (medicación).

Dominio: 12 confort

Clase: 2 confort ambiental.

Requisito de autocuidado: universal mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

Plan de Intervención

Objetivo: A M V tratara de afrontar y manejar estado de salud de la mejor manera posible para lograr un buen estado de confort.

Agente de autocuidado: independiente/terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensador.

Evaluación:

Conforme a las intervenciones y acciones planteadas y llevados a cabo con anterioridad durante el contacto con AMV nos permitió cubrir el estado de discomfort mejorando condiciones en el estado de ánimo. Fue posible cubrir esta necesidad y por su puesto se cumplió con el objetivo planteado, dándole seguimiento siempre que se necesitara para evitar el descuido y pérdida de algo logrado.

Diagnóstico 6

(00161) disposición para mejorar los conocimientos relacionado con, interés en conocer más acerca de su enfermedad manifestado por, las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados, manifiesta interés en el aprendizaje describe experiencias previas relacionados con el tema, explica su conocimiento sobre el tema.

Dominio: 5 percepción /cognición

Clase: 4 cognición

Requisito de autocuidado: prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Plan de Intervención

Objetivo: A M V conservara el interés de saber sobre su padecimiento para promocionar en un cierto momento sus experiencias con otras personas.

Agente de autocuidado: independiente/terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo.

Intervención de enfermería: Facilitar el aprendizaje

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none">Se establecerá metas realistas objetivos con el paciente	<ul style="list-style-type: none">Favorece a cumplir con expectativas positivas a futuro con el propósito de mejorar condiciones de salud.
<ul style="list-style-type: none">Se adaptara información para que cumpla con estilo de vida del paciente	<ul style="list-style-type: none">El estilo de vida es el componente del desarrollo humano orientado hacia qué hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas, dando prioridad al mejoramiento de las condiciones de vida para alcanzar y mantener la dignidad del individuo en la sociedad, identificando las necesidades humanas para lograr satisfactores de las mismas.
<ul style="list-style-type: none">Se asegurara de que el material de enseñanza este actual y al día	<ul style="list-style-type: none">Favorece a mejorar e incrementar conocimientos de igual forma mantener al corriente sobre los novedosos avances.
<ul style="list-style-type: none">Se proporcionara información escrito al usuario para reforzar información importante	<ul style="list-style-type: none">Una información precisa y escueta ayuda a disipar dudas, ayuda a esclarecer y permite al paciente mantener un cierto grado de control
<ul style="list-style-type: none">Se Utilizara un lenguaje familiarSe definirá la terminología que no sea familiar	<ul style="list-style-type: none">Con el propósito de que la información emitida se ha comprendida por el paciente.

- se presentara al paciente personas que hayan pasado por experiencias similares
- fomentar la participación activa del paciente
- Permite al paciente mejorar condiciones de positividad y del estado de ánimo.
- Fomenta el bienestar, facilita la recuperación y es fundamental para permitir al enfermo conocer de la enfermedad.

Agente de autocuidado: independiente

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería: Asesoramiento.

acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Se Establecerá una relación terapéutica basada en confianza y respeto 	<ul style="list-style-type: none"> • La confianza es la base de la relación terapéutica entre enfermero (a) y paciente y les permite trabajar juntos
<ul style="list-style-type: none"> • Se Demostrará simpatía, calidez y autenticidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite al usuario seguridad, confianza y crea un ambiente de protección ante el paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Se Dispondrá de una intimidad para asegurar la confidencialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantiza que el paciente no se encuentre solo o sea rechazado: transmite respeto y aceptación de la persona, y favorece la confianza.
<ul style="list-style-type: none"> • Se proporcionara información objetiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • La información puede ayudar al enfermo a comprender más la situación y a identificar las acciones que deben emprender. Para cumplir con los objetivos planteados

Ejecución:

- En conjunto con el paciente se logró establecer metas realistas objetivas en beneficio del mismo.
- Se adoptó información que cumpliría con el estilo de vida del paciente de igual forma se expuso en qué consistía el estilo de vida.
- Se corroboró siempre que el material e información de enseñanza proporcionada siempre fuera actual.
- Se hizo entrega de información escrito al usuario para reforzar información importante
- Se utilizó un lenguaje familiar para lograr la comprensión de la información,
- Cuando existió dudas por parte del paciente siempre se despejo incógnitas y se explicó terminología que fuera familiar.

- Con permiso y consentimiento de otros pacientes se realizó presentación al paciente de otras personas que en ese momento estuvieron viviendo la misma situación.
- Se permitió el fomento de la participación activa del paciente.
- Se estableció siempre que se tenía contacto con el paciente y familiar una relación terapéutica basada en confianza y respeto.
- Siempre se demostró simpatía, calidez y autenticidad
- Siempre se guardó y conservó la intimidad del usuario con el propósito de asegurar la confidencialidad.
- Se logró proporcionar información objetiva. Como fue sobre su enfermedad, estilo de vida, tipo de alimentación, cuidados. Etc.

Evaluación:

De acuerdo con las intervenciones y acciones planteadas para cubrir las distintas necesidades, al alta de AMV del servicio de hospitalización se le realizó visitas domiciliarias para no descuidar lo ya logrado. En lo cual se logró el objetivo planteado con anterioridad, durante la entrevista pudimos notar la mejoría sobre su padecimiento, el interés de compartir sus experiencias con otras personas, la seguridad para preguntar y responder, que la información proporcionada si fue comprendida, nuevamente refirió agradecimientos por el apoyo y cuidados brindado.

Diagnostico 7

(000162) disposición para mejorar la gestión de la propia salud (las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos , acude a consulta cuando tiene cita o alguna duda , refiere seguir el tratamiento como lo tiene indicado, expone tener interés por recuperar sus condiciones de salud lo mejor posible.

Dominio: 1 promoción de la salud

Clase: 2 gestiones de la salud

Requisito de autocuidado: prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Plan de Intervención

Objetivo: A M V logrará recuperar condiciones de salud conservando la disposición para mejorar la gestión de su estado de salud.

Agente de autocuidado: independiente/terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo.

Intervención de enfermería: Consulta por teléfono

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none">• Se Determinara si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.	<ul style="list-style-type: none">• Determina el grado de conocimientos, identifica conceptos erróneos, el nivel de preocupación por la enfermedad.
<ul style="list-style-type: none">• Se animara al paciente a que asuma responsabilidad de su propio autocuidado como sea posible.	<ul style="list-style-type: none">• La responsabilidad Identifica los aspectos de mayor preocupación a las necesidades y ayuda en la selección de las intervenciones.
<ul style="list-style-type: none">• Se brindara información acerca del fomento de la salud.	<ul style="list-style-type: none">• Fomenta una recuperación óptima y la conservación de la salud.
<ul style="list-style-type: none">• Se dará recomendaciones e información acerca del tratamiento y las medicaciones si es que así lo requiere o exista dudas.	<ul style="list-style-type: none">• Entre mejor se maneje la información mayor seguridad habrá por parte del paciente para expresar dudas, sugerencias, comentarios.
<ul style="list-style-type: none">• Se tomará en cuenta las barreras culturales y socioeconómicas en la respuesta del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Proporciona una base de conocimientos y fomenta la participación en la toma de decisiones.

Agente de autocuidado: independiente
Demanda de autocuidado: parcial
Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo.

Intervención de enfermería: Escucha activa

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Se realizara preguntas y se emplearan frases que animen al paciente a expresar pensamientos, sentimientos o preocupaciones. • Se responderá las diferentes preguntas de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido. • Se aclarara las dudas mediante el uso de preguntas y retroalimentación. • No se interrumpirá al usuario durante la charla y las preguntas, para evitar distorsión de la información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una comunicación y escucha atenta y activa fomenta éxito durante la charla, comprensión de la misma y permite a la vez despejar incógnitas.
<ul style="list-style-type: none"> • Se mostrara interés en el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmite importancia e interés hacia el paciente.

Ejecución:

- Conforme a las pláticas que se realizó con el paciente se determino el nivel que tiene de conocimientos acerca del estado de los cuidados de salud.
- Siempre se animo al paciente a que asumiera responsabilidad de sus propios autocuidados como fuera posible.
- Se tomó en cuenta las condiciones culturales y socioeconómicas del paciente.
- Se proporcionó recomendaciones e información acerca del tratamiento, las medicaciones y se resolvió dudas.
- Se brindo información acerca del fomento de la salud. Como fue respetar los horarios de los medicamentos, verificar medicamentos antes de consumirlos, el conservar una buena alimentación, la higiene, el descanso, el practicar ejercicio. Etc.
- Se involucro a la familia y seres queridos en planificar y brindar cuidados.
- Se mantuvo siempre la confidencialidad.
- Se demostró interés en el paciente durante y después del tratamiento.
- Durante la conversación fue posible preguntar y emplear frases que animaron al paciente a expresar pensamientos, sentimientos o preocupaciones. y se hizo hincapié en la fe y perseverancia.

- Durante la plática se respondieron las preguntas de forma que observara la comprensión del mensaje recibido.
- Se aclararon las dudas mediante las distintas preguntas y sugerencias.
- Se conservó una plática estable y escucha activa de igual forma no se interrumpió al usuario durante la charla y las preguntas, para evitar distorsión de la información.

Evaluación:

Conforme a las visitas domiciliarias y lo planeado antes de la misma se logró resaltar siempre la importancia de la promoción de la salud como fue conservar una buena alimentación, el favorecer el descanso y sueño, la práctica de algún deporte, la higiene bucal y corporal, se tomó en cuenta las condiciones económicas de AMV, entre otras cosas, se conservó mejorar las condiciones de cuidado, siempre resalto la importancia por parte del usuario de conservar su estado de salud de lo mejor posible. Conforme a las llamadas siempre fueron atendidas por parte del paciente, nunca hubo objeción, siempre se logró crear ambiente de confianza, confidencialidad, seguridad, hubo la oportunidad de atenderlo siempre que asistía a consulta, se dio la oportunidad de resolver dudas durante la consulta por parte del médico y personal de enfermería de igual forma explicarle algunos procedimientos.

Diagnóstico 8

Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con, actitudes generadoras de salud manifestado por expresión de deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud, expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado, expresa deseos de aumentar el autocuidado.

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 2 autocuidado

Requisito de autocuidado: prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Plan de Intervención

Objetivo: A M V tratara de conservar positividad y realizara conductas para mejorar y contribuir en su autocuidado.

Agente de autocuidado: independiente/terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería: Ayuda al autocuidado.

Acción de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none">Se considera la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado	<ul style="list-style-type: none">Potencia la sensación de control y ayuda a la cooperación y el mantenimiento de la autonomía.
<ul style="list-style-type: none">Se comprobara la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes	<ul style="list-style-type: none">Fomenta el bienestar general y ayuda a la prevención de la enfermedad.
<ul style="list-style-type: none">Se animara al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustada al nivel de capacidad.	<ul style="list-style-type: none">Fomenta una recuperación óptima y la conservación de la salud.
<ul style="list-style-type: none">Se establecerá una rutina de actividades de autocuidado.	<ul style="list-style-type: none">Ayuda al paciente y allegados a evaluar y seleccionar actividades que son importantes y comenzar los ajustes a los nuevos estilos de vida saludable.
<ul style="list-style-type: none">Se proporcionara información acerca del fomento de la salud.	<ul style="list-style-type: none">Fomenta una recuperación óptima y la conservación de la salud.

Ejecución:

- Se considero siempre la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado
- Se corroboro la capacidad del paciente para ejercer actividades de autocuidado independientes
- Se animó al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria en beneficio del mismo.
- De acuerdo con el paciente se estableció actividades de autocuidado.
- Se proporcionó información acerca del fomento y promoción de la salud.

Evaluación:

Con las acciones plasmadas con anterioridad, las distintas visitas domiciliarias, fue posible cumplir con el objetivo, se logró generar conductas generadoras de autocuidado, siempre se mantuvo la importancia de conservar positividad y ganas de conservar la salud por parte de AMV, nunca puso resistencia a las sugerencias y recomendaciones, cooperativo, permitió visitarlo las veces que se requirió. Siempre mantuvo confianza para expresar todo tipo de duda y comentarios, siempre aportó comentarios. Se cumplió con el proceso de atención y la importancia de las visitas domiciliarias.

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Al hablar del proceso de atención de enfermería es hablar de una herramienta básica para el personal de enfermería, misma que ha trascendido desde años y que a la vez ha venido sufriendo diferentes transformaciones a través de los tiempos. Para lo que ahora conocemos en sus distintas etapas conformado por valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Esta herramienta de trabajo facilita las diferentes acciones de enfermería y permite priorizar la atención y los cuidados a las necesidades de mayor relevancia en el ser humano, pero es gracias a esta misma que aparte de ser una base importante de apoyo nos brinda la oportunidad de una mejor atención, dicho material de aprendizaje, nos proporciona credibilidad y autonomía personal y profesionalmente, de igual forma nos permite mantenernos más atentos a los llamados del usuario.

Si bien el personal de enfermería está encargado de brindar atención a las personas sanas o enfermas el proceso de atención de enfermería tiene como base una segunda fuerza de apoyo el reforzar y fundamentar la atención, por tal razón fue de gran utilidad mantenerlo a la par con una teórica de enfermería mismas que van de la mano para hacer de dos herramientas una sola dirigido al cuidado, atención y servicio de un individuo o comunidad. El proceso enfermero se logra realizar en un paciente con un diagnóstico de cáncer testicular, en la cual permite desarrollar una anamnesis completa sobre la realidad y acontecimiento del cáncer, la magnitud, trascendencia y el impacto que ha venido y viene marcando en nuestra sociedad, sin respetar religión, raza, edad, posición económica y la forma de cómo puede cambiar la transformación de toda una vida, o el de una familia.

Con el desarrollo del proceso es posible aprender a prevenir y concientizar no solo a un individuo si no a toda una sociedad que esta carente de información.

Con conocimientos y dominio sobre lo que se desea saber y hacer es mas fácil la comprensión y el desarrollo de este; la cual nos brinda pautas que nos dirigen hacia el que hacer, como se va hacer, con que propósito y objetivo se pretende realizar. A su vez el análisis de toda la información recabada y la comparación con diferentes trabajos de investigación crea un concepto personal de autodesarrollo y profesionalmente hablando induce al cómo actuar de la persona ante diferentes situaciones.

Los profesionales de enfermería necesitamos una formación adecuada, para asumir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación y responsabilidad en las mismas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- (OMS) día mundial contra el cáncer (3 de febrero 2006). Disponible 17 de enero del 2011 de: www.who.int >... > Comunicados de prensa 2006.
- 2.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (4 DE FEBRERO DE 2007). Disponible 20 de enero de 2011 de: "www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadísticas/.../cancer07.
- 3.- El cáncer representa la tercera causa de muerte en Michoacán (2 Febrero de 2008). Disponible 20 de enero de 2011 de: www.lajornadamichoacan.com.mx/2008/02/02/index.php?
- 4.- Cáncer de mama y cervicouterino, los más frecuentes en mujeres (24 Noviembre 2010). Disponible. 20 de enero de 2011 de: www.cambiodemichoacan.com.mx/vernota.php?id=138552
- 5.- Proceso de atención de enfermería (22/10/2000). Disponible noviembre 31 de 2010, de www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
- 6.- Rosales Barrera, S y Reyes Gómez, E. (2004). Fundamentos de enfermería (3ª. Edición) México DF: El Manual Moderno.
- 7.- El proceso de atención enfermero (S F) disponible 17 de enero de 2011. De: www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/el.pae.pdf
- 8.- Proceso de atención de enfermería (15/01/2010). Disponible. 17 de enero de 2011 de: www.auxilar-enfermeria.com/.../esquema.pae.htm
- 9.- Proceso de atención de enfermería (01/12/2010). Disponible. 10 de diciembre de 2010 de: es.Wikipedia.org/wiki/proceso_de_atencion_de_enfermeria.
- 10.- Orizaga Sampeiro, j. y Palacios Martínez, r (2000). Cuidados de enfermería (2ª. Edición). México D F. Mc Graw _ Hill interamericano.
- 11.- Luna Gómez R, y mata haya l y Saura portillo E. (2000). tratado de enfermería practica. México DF: Mc Graw Hill.
- 12.- Mantik Lewis s, y Ruff Dirksen s, (2004). Enfermería medico quirúrgica (6a. edición) Colombia: el servier Imprint.
- 13.- Proceso de atención de enfermería (S F). Disponible. 17 de enero de 2011 de: atenea.unicauca.edu.co/.../Proceso de Atención De Enfermería. PAE.pdf.
- 14.- Proceso de atención de enfermería (S F). Disponible noviembre 31 de 2010, de www.encolombia.com/.../enfermeria/proceso de atencion de enfermeria.htm
- 15.- W. ayer, p., j. Taptich, b. y Bernocchi Losey, d. (1993) proceso de enfermería y diagnostico de enfermería (2ª. Edición) san José california: Mc Graw-hill.

- 16.-Teoría y métodos en enfermería. (20 de noviembre de 2008). Disponible 19 de enero de 2010 de perso.wanadoo.es/.../progr_asignat_teor_metod5.htm
- 17.-Marrier Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2007) Modelos y Teorías en enfermería (6a. edición) Madrid: el Sevier
- 18.-Donohue Eben, J. y E Heyes, S. (1997) modelos y teorías de Enfermería (3ª edición) Bogotá: Harcourt Brace.
- 19.-J Tortora, G. y Reynol Grabowski, s. (2002) Principios de anatomía y fisiología (9ª. Edición) México: Oxford
- 20.-H Beers, M., J Fletcher, A. y Poter, R. (2006) Nuevo Manuel Merck de información medica general Barcelona: Océano
- 21.- Higashida Hirouse, B. (2008,2005) ciencias de la salud (6ª. Edición) México, Buenos aires: Mc Graw Hill
- 22.-Aguilar Ponce, J., Aiello Croufoglio, V., Alcara Prieto, F. y Alfeiranruiz, A. (2010,2006) Manual de Oncología procedimiento Médico Quirúrgico (4ª. Edición) México: Mac Graw-Hill interamericano
- 23.-Aspectos psicomotores (octubre 2009).disponible 18 de enero de 2011 de: www.familiaycancer.org/doc.php?.op=familia
- 24.- Aspectos psicológicos en el paciente supervivencia al cáncer. (12 de julio de 2007). Disponible 17 de enero de 2011 de: fundaciónnavazquez.wordpress.com/.../aspectos.Psicológicos-en-el-paciente-superviviente-al-cáncer.

IX. BIBLIOGRAFIAS

1. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PAE (8 DE MARZO DE 2008). Disponible 22 de marzo de 2009 de: atenea.unicauca.edu.co/.../ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf
2. EPISTEMOLOGIA DEL CUIDADO: PROCESO DE ATENCIÒN DE ENFERMERIA. P.A.E (14 Mar 2010). Disponible 20 de enero de 2011 DE: epistemologiadelcuidado.blogspot.com/.../proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html –
3. El Proceso De Atenciòn De EnfermeriA (8 DE AGOSTO DE 2010). Disponible 31 de enero de 2011 de: [www.slideshare.net/.../el-proceso-de-atencin-de-enfermera - Estados Unidos](http://www.slideshare.net/.../el-proceso-de-atencin-de-enfermera- Estados Unidos) -
4. “Proceso de atención de enfermería una herramienta para la garantía del cuidado”, presentada en el Primer encuentro de enfermeras red hospitalaria Hospital Universitario Clínica San Rafael, en Bogotá, Colombia, el 19 de mayo de 2008.

X. GLOSARIO DE TERMINOS

Ciencia: Conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales.

Cáncer: es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas)

Endorfina: Las endorfinas son péptidos (pequeñas proteínas) derivados de un precursor producido a nivel de la hipófisis, una pequeña glándula que está ubicada en la base del cerebro.

Estilo de vida: Calidad de Vida desarrollo humano orientado hacia que hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas. Conjunto de actividades diarias del individuo tales como La buena nutrición, el mantenerse en forma, el emplear la mente ocupada en actividades sanas, favorecer un descanso y sueño

Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Quimioterapia: conjunto de fármacos empleados para el tratamiento contra el cáncer.

Método científico: (camino hacia el conocimiento) es un método de investigación usado principalmente en la producción de conocimiento en las ciencias

Metástasis: es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis

Orquiectomía: procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del testículo.

Sarcoma: es una neoplasia maligna que se origina en un tejido conjuntivo, como pueden ser hueso, cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos

XI. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELEYA MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION (DOROTHEA ELIZABETH OREM)

1. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descripción de la persona

Fecha _____ nombre _____ sexo: masc. () Fem. () edad _____
religión _____ edo. Civil: _____ escolaridad _____ lugar de residencia _____
domicilio actual (calle, número, colonia): _____

Características de la vivienda:

Renta _____ propia _____ otros _____

Material de construcción:

Adobe _____ ladrillo _____ otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable _____ luz eléctrica _____ drenaje _____ pavimento _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alambrado público () recolección de basura () drenaje y alambrado ()

Rol que ocupa la familia:

Padre () madre () hijo () esposa/o ()

Cuántos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buena () regular () mala ()

Nivel de educación:

Analfabética () primaria () secundaria () bachillerato () licenciatura () otros _____

Ocupación _____ horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1s.m. () 1-2 s. m. () mas de 3 s. m. ()

Dependencia económica: si () no () de quien: padres () esposo/a ()

Otros _____

b) Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () culturales () deportivas () religiosas () otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? _____

c) Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () regular () deficiente ()

¿a qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD () particular () otros _____

Diagnostico medico: _____

Estado de salud: grave () delicado () estable ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente:

d) Estado de desarrollo:

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico? Si () no ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico? _____

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria _____ llenado capilar _____

Cianosis _____ si () no () especifique _____

Tabaquismo: si () no () especifique: _____

¿Cocino con leña? Si () no () ¿cuánto tiempo? _____

Alergias: si () no () especifique: _____

Tipo de respiración: normal () disnea () bradipnea () taquipnea () polipnea () otros:

Nariz:

Desviación de tabique () pólipos () secreciones () dolor () edema () otros:

Tórax:

Tonel () en quilla () en embudo () otros: _____

Ruidos respiratorios: estertores () sibilancias () murmullos vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: si () no ()

especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: _____ FC: _____ soplos () arritmias ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si () no () apoyo ventilatorio: _____

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral seca () deshidratada ()

Piel seca () escamosa () normal ()

Turgencia normal () escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500 ml. () 500-1000 ml. () 1500-2000 ml. () + de 2000 ml ()

¿De donde proviene el agua que consume?

Llave pública () pipa () entubada () garrafón () otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

si () no () especifique:

¿Ingiere algún otro líquido durante el día?

Si () no () especifique cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: _____ talla: _____ IMC: _____ cintra: _____

Ha observado variaciones en su peso:

Si () no () pérdida () ganancia ()

1-3 kg. () 4-6 kg. () 7-9

kg () + de 10kg. ()

Dentadura:

Completa: () faltan piezas () prótesis fija () prótesis extraíble ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema de la mucosa oral.

Si () no () especifique: lengua en tónica estomatitis () xerostomía () tumor oral ()

leucoplaquia () edema () lesión oral () drenaje purulento () gingivorragia () ulceraciones ()

otros _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: ausencia () disminuido () aumentado ()

Normal () distensión abdominal () otros: _____

Presenta algún problema de alimentación: si () no ()

Cual: acidez () náusea () vómito () hematemesis () disfagia () pirosis () regurgitación ()

polidipsia () polifagia () bulimia () anorexia () sialorrea () saciedad () eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () no ()

especifique:

Tipo de nutrición:

Sonda nasogastrica () sonda nasoyeyunal () gastroclisis () nutrición parenteral ()

Que tan frecuente usted come:

1=cada día 2= una vez a la semana 3= una vez al mes 4= nunca

Alimento/ frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Deriv. de la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y harina				

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite () manteca () otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () diabética () hiposódica () hipoproteica ()

otros: _____

d) Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de: estoma intestinal: colostomía () ileostomía () hemorroides () pólipo rectal ()
rectorragia () otros: _____

Alteración vascular: tenesmo () pujo () cólico () otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: movilización () medicación ()

Higiene () otros: _____

Evacuación intestinal: espontánea () estreñimiento () diarrea () otros:

Características de las eses fecales:

Café () acolia () melena () otros: _____

Consistencia de las eses fecales: pastosa () semipastosa () líquida () semilíquida () dura ()

Grupo de eliminación intestinal

Presencia de: incontinencia () retención urinaria () tenesmo () disuria () alteraciones útero-
vesicales _____

Alteraciones en la micción: polaquiuria () oliguria () anuria ()

Alteraciones para la evacuación vesical: movilización () cateterismo vesical () higiene () otros:

Características de la micción: ámbar () coluria () hematuria () turbia () otros:

Grupo de perspiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () ausente () aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal _____ dolor _____ alt. Emocionales () temperatura ambiental _____ otros: _____

Grupo menstruación: menarca _____ días del ciclo menstrual: _____ tipo, cantidad y características del flujo _____ presencia algún problema durante su menstruación si () no () ocasional () especifique: _____

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

- De 6 hrs. () 6-8hrs. () 8-10hrs. () + de 10hrs ()

¿Cómo se encuentra al despertar? Descansado () cansado () fatigado () otros:

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Si () no ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño? Si () no ()

¿Desde cuándo? 1 semana () 15 días () 1 mes () +de un mes ()

Presencia de: bostezo () insomnio () hipersomnio () pesadillas () alucinaciones () ojeras () ronquidos () enuresis () sonambulismo () terrores nocturnos ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño:

¿Acostumbra a tomar siestas? Si () no ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño? Si () no ()

Especifique: _____

ACTIVIDAD

Sistema músculo esquelético:

Presencia de articulaciones de:

Dolor () rigidez () inflamación () limitaciones () contracturas () especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor? Si () no () cual: _____ frecuencia/duración _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición: si () no ()

especifique:

Utiliza apoyo para escuchar: si () no ()

Presencia de: mareo () vértigo () acufenos () malformaciones () tumoraciones () lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales: si () no () especifique: _____

Utiliza lentes: armazón () contacto () tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares: si () no () especifique: _____

¿Con quienes convive diaria mente? Familia () amigos () compañeros de trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive? Buena () regular () mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia () amigos () nadie () otros: _____

Observar:

Seguridad () timidez () introversión () apatía () extraversión () otros: _____

Razones que le impiden realizar: lejanía () enfermedad () rechazo () miedo () dificultad para la comunicación () otros: _____

g) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema neurológico

Estado de conciencia: conciente () inconsciente () supor () estupor () confusión () coma ()

Glasgow: _____

Problemas con: concentración () razonamiento () especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar de ambulación? Bastón () silla de ruedas () andador () otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () no () especifique: _____

Toxicomanías: si () no () especifique: _____

Implementa medidas de seguridad en su persona y familia:

Si () no () especifique: _____

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () no () especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () no ()

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si () no () especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido reproductiva?

Si () no () especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales? Si () no ()

Depresión () ansiedad () vergüenza () temor () desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () inadaptación () irritabilidad () culpa () agresión () cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapa del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

- Niñez si () no () especifique _____
- Edad escolar si () no () especifique _____
- Adolescente si () no () especifique _____
- Adulto joven si () no () especifique _____
- Edad fértil si () no () especifique _____
- Adulto si () no () especifique _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor

Ha recibido educación sexual. Si () no () especifique _____

Cuál es su educación sexual: _____

Con que frecuencia tiene actividad sexual: _____

Está satisfecho con su vida sexual: _____

Si () no () porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta algún problema cuando tiene relaciones sexuales: _____

Si () no () especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar: si () no ()
especifique/tiempo _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad: si () no () especifique: _____

Causa/tratamiento: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual: si () no () especifique: _____ tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor: si () no () especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular? Si () no () frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección? Si () no () tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz? Si () no () tx: _____

Mujer:

Menarca _____ días de ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación: si () no () ocasional () especifique: _____

Embarazos _____ partos _____ cesáreas _____ - abortos _____ óbitos _____ partos prematuros _____

embarazos de alto riesgo _____ periodo inter genésico _____ menopausia _____ fecha de ultimo

Papanicolaou _____

Presencia _____ de flujo/hemorragia transvaginal _____

características _____

¿Existe alteraciones del crecimiento físico? Si () no ()

especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () + de 12 meses () no se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo? Si () no ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? _____

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude? Si () no ()

¿En caso de déficit o incapacidad física, cual es su sentimiento respecto a su situación?

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación? Si () no () especifique:

¿Identifica algún obstáculo que le impide continuar a llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () familiares () personales () especifique: _____

ANEXO 2

CENTRO ESTATAL DE ATENCION ONCOLOGICA DE MORELIA



INDICACIONES GENERALES DURANTE TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

EJEMPLO DE ALIMENTOS QUE DEBEN INCLUIRSE EN UNA DIETA CONTRA EL CANCER



Desayuno:

- Un vaso de jugo natural de papaya o de manzana con apio.
- Una tasa de avena con leche soya
- Dos tortillas con queso panela y frijoles negros de la olla

Comida:

- Ensalada de lechuga con jitomate
- Un plato de lentejas
- Un filete de pescado frito en poco aceite de olivo o cáñola (capullo)

Cena:

- Una fruta de su preferencia
- Un vaso de leche de soya con galletas marías.
- Una tortilla con queso panela

OTROS ALIMENTOS QUE DEBEN CONSUMIR



Uva morada con semilla, Zarzamora, arándanos, espinaca, lechuga repollo, coliflor, brócoli, calabacitas, ejotes, nopales, zanahoria, arroz

integral, habas, frijol negro, garbanzos, lentejas, yoghurt natural, requesón, queso panela, pollo, pescado, pan de trigo, granola, trigo inflado.

AYUDA PARA LAS SENSACIONES

¡Escucha tu cuerpo!!

Cuando tengas hambre **COME**

Cuando tengas sed **BEBE**

Cuando tengas sueño **DUERME**

- ❖ No fuerces lo que es natural
- ❖ Yo merezco todo lo bueno de la vida
- ❖ Me siento seguro al avanzar en mi tratamiento.

INSTRUCCIONES GENERALES POSTQUIMIOTERAPIA

Puede experimentar náuseas y/o vómito durante la infusión y hasta 3-5 días después del tratamiento.

Recomendaciones:

Uso de medicamento si lo tienes indicado.

En caso de ansiedad o insomnio, si no está tomando medicamentos para dormir puede usar activan (lorazepam) 1mg. Tomar 1 tableta por las noches durante 5 a 10 días. (Requiere autorización médica).

En caso de diarrea tomar imodium 2 mgs. Una tableta después de 2 o más evacuaciones diarreicas.

En caso de estreñimiento tomar senokottf 2 comprimidos por la noches.

En caso de indigestión, tomar melox plus (aluminio y magnesio) de 15 a 30 ml. Cada 4-5 horas.

En caso de dolor de cabeza tomar paracetamol 1 o 2 comprimidos cada 6 horas.

RECOMENDACIONES

- ❖ Tome abundantes líquidos (2 a 3 litros diarios), (jugo, te, agua)
- ❖ No coma alimentos irritantes
- ❖ Evite contacto con enfermos o grandes aglomeraciones de gente en lugares cerrados.
- ❖ Lave sus manos constantemente, sobre todo si saluda personas cuyo estado de salud no conozca.
- ❖ Realice sus actividades normales a tolerancia. Evite esfuerzo extremo (no fatigarse).
- ❖ Comunique a su médico si presenta fiebre mayor de 38 ° C, sangrada por encías, nariz, moretones sin causa aparente, falta de aire anormal, no asociado al ejercicio, diarrea abundante.
- ❖ Bañarse con jabón neutro.

“Recetare un régimen para el bien de mis pacientes, según mi capacidad y buen juicio y nunca para dañar a nadie”.

**¡¡NUNCA
ABANDONE SU
TRATAMIENTO!!**



VI. APENDICES

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANALISIS DEDUCTIVO (dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (etiqueta diagnostico NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (etiología) E	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) S
<p>Cursa su tercer y último ciclo de quimioterapia, refiere dificultad para dormir, e insomnio y manifiesta incomodidad por estar hospitalizado. ojeras, despierto hasta altas horas de la noche.</p>	<p>D: 4 actividad/reposo C: sueño y reposo</p> <p>R A: universal. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p>	<p>00198 Trastorno del patrón de sueño. (Pagina 198)</p>	<p>Dificultad de adaptabilidad , (ruido y luz)</p>	<p>.Cambios en el patrón normal del sueño .Quejas verbales de no sentirse descansado .Insatisfacción por el sueño .presencia de bostezo y Ojeras.</p>
<p>Distención abdominal con presencia de gases con sensación de defecar y con ausencia de la misma al acudir al baño, presenta nauseas, hipo constantemente vomito 100 ml aproximadamente por única vez</p>	<p>D: 3 Eliminación e intercambio C: 2 función gastrointestinal</p> <p>R A: universal Provisión de caídas asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos. Desviación de la salud.</p>	<p>00196 motilidad gastrointestinal disfuncional (pagina 108)</p>	<p>Agentes farmacológicos (administración de quimioterapia)</p>	<p>. distención abdominal . eliminación dificultosa de las heces . Náuseas. .vómito</p>

<p>, se muestra ansioso e intranquilo. Manifiesta sentirse desesperado, aburrido, enfadado sin nada según el para distraerse.</p>	<p>D: 4 actividad/reposo C: 2 actividad /ejercicio. R A: universal. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.</p>	<p>00097 Déficit de actividades recreativas (pagina 120)</p>	<p>Hospitalización de 4 días Entorno depresivo de actividades recreativas</p>	<p>.Afirmación del paciente que se aburre .los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital .Desesperado.</p>
---	---	---	--	---

