



**Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**

**Facultad de Enfermería**

**Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de Dorothea  
E. Orem aplicado a una persona con Tumor Germinal en Útero**

**Para obtener el grado de:  
Licenciada en Enfermería**

**Presenta:**  
Glorilendi Reyes Girón

**Asesoras:**  
Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Dra. Ma. Martha Marín Laredo

**Coasesora:**  
ME. Cirila Dimas Palacios

**Morelia Michoacán, Septiembre 2017**

## **DIRECTIVOS**

M.E. Ana Celia Anguiano Morán

**Directora**

MSP. Julio César González Cabrera

**Secretario académico**

M.E Barbara Monica Lemus Loeza

**Secretaria administrativa**

## **MESA SINODAL**

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

**Presidenta**

M.E. Azucena Lizalde Hernández

**Vocal**

MC. Luis Jaime Bernés Barreda

**Vocal**

## **DEDICATORIA**

Dedico este esfuerzo personal, académico y profesional a

**Dios** por ser el inspirador de mi vocación hacia la Enfermería.

### **A mis padres**

**Margarito Reyes Vera y Margarita Girón de Asís,**

por su amor, por darme la vida y estar siempre conmigo,

ser siempre el total apoyo y logro de mis estudios, sin

ellos no hubiera logrado mis metas y sueños, por ser un

gran ejemplo a seguir, y darme consejos en seguir adelante.

### **A mis hermanos**

**Ana María, Eliselda, Eleny, Noé y**

**Maribel Reyes Girón,** por sus palabras

y compañía, apoyándome en seguir

adelante para lograr esta meta.

### **A mis Sobrinos**

**Yanira, Mesli Gpe, (Yerania), Erandy,**

**Jesús, Abel, Hannia, Iley, Ariany, y Matías**

con quienes comparto risas, amor y cariño,

a quienes amo con todo mi corazón.

### **A mis cuñados**

**Ramiro, Manuel, Julián, Yair y Zaira**

quienes me apoyaron moralmente.

**A mi amiga Neicy M. García Jasso** por su apoyo y cariño.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**  
por permitirme ser una profesional en lo que tanto me apasiona.

A mi honorable **Facultad de Enfermería** por  
albergarme en sus aulas.

A la **ME. Cirila Dimas Palacios** a quien expreso mi  
agradecimiento, por su tiempo y apoyo para este logro.

A mis asesoras la **Dra. Josefina Valenzuela  
Gandarilla** y la **Dra. Ma. Martha Marín Laredo**, por  
ser parte de este proceso de formación, agradezco  
sus conocimientos y orientación.

A todos **mis profesores** de la Licenciatura en Enfermería  
que fueron partícipes de este proceso, y me brindaron  
su apoyo y la oportunidad de integrar los conocimientos, me  
enseñaron tanto de la profesión como de la vida,  
impulsándome siempre a ser cada día mejor y seguir adelante.

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>11</b>
<b>I. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 GENERAL .....	16
2.2 ESPECÍFICOS .....	16
<b>III. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
3.1 PROCESO DE ENFERMERÍA .....	17
3.1.1 <i>Definiciones</i> .....	17
3.1.2 <i>Antecedentes</i> .....	18
3.1.3 <i>Características</i> .....	18
3.1.4 <i>Beneficios/ventajas</i> .....	19
3.1.5 <i>Etapas</i> .....	21
3.1.5.1 <i>Valoración</i> .....	21
3.1.5.2 <i>Diagnósticos de Enfermería</i> .....	26
3.1.5.3 <i>Planeación</i> .....	32
3.1.5.4 <i>Ejecución</i> .....	36
3.1.5.5 <i>Evaluación</i> .....	38
3.2 TEORÍA ENFERMERA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TEDA) DE DOROTHEA ELIZABETH OREM.....	39
3.2.1 <i>Biografía</i> .....	39
3.2.2 <i>Fuentes teóricas</i> .....	41
3.2.3 <i>Utilización de pruebas empíricas</i> .....	43
3.3 TEORÍA ENFERMERA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TEDA).....	44
3.3.1 <i>La TEDA, se compone por tres subteorías:</i> .....	44
3.3.2 <i>Teoría del autocuidado</i> .....	44
3.3.2.1. <i>Requisitos de autocuidado universal</i> .....	45
3.3.2.2. <i>Requisitos de autocuidado del desarrollo</i> .....	45
3.3.2.3. <i>Requisitos de autocuidado de desviación de la salud</i> .....	45
3.4 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.....	45
3.5 TEORÍA DE LOS SISTEMAS ENFERMEROS .....	45
3.5.1 <i>Sistema completamente compensatorio</i> .....	45
3.5.2 <i>Sistema parcialmente compensatorio</i> .....	46
3.5.3 <i>Sistema educativo de apoyo</i> .....	46
3.6 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES.....	48
3.6.1 <i>Autocuidado</i> .....	48
3.6.2 <i>Cuidado dependiente</i> .....	48
3.6.3 <i>Requisitos de autocuidado</i> .....	48
3.6.4 <i>Requisitos de autocuidado universales</i> .....	49
3.6.5 <i>Requisitos de autocuidado de desarrollo</i> .....	50
3.6.6 <i>Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud</i> .....	50
3.6.7 <i>Necesidades de autocuidado terapéutico</i> .....	50
3.6.8 <i>Actividad de autocuidado</i> .....	51
3.6.9 <i>Actividad de cuidado dependiente</i> .....	51

3.6.10 Déficit de autocuidado .....	51
3.6.11 Actividad enfermera.....	52
3.6.12 Diseño enfermero.....	52
3.6.13 Sistemas enfermeros.....	52
3.6.14 Métodos de ayuda.....	53
3.6.15 Factores condicionantes básicos.....	53
3.7 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD QUE PRESENTA LA PERSONA .....	54
<b>IV. METODOLOGIA.....</b>	<b>58</b>
<b>V. CASO CLÍNICO ORDENADO DE ACUERDO A LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE DOROTHEA E. OREM .....</b>	<b>60</b>
<b>VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>65</b>
<b>VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>66</b>
7.1 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO .....	66
7.1.1 Factores condicionantes básicos.....	66
7.1.2 Requisitos de autocuidado universales.....	66
7.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo.....	69
7.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud .....	69
7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON BASE EN LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA I.....	70
7.2.1 Diagnóstico de enfermería 1.....	70
7.2.1.1 Plan de intervención con base en las Taxonomías NOC y NIC.....	70
7.2.1.2 Criterio de resultado.....	70
7.2.1.3 Intervenciones de Enfermería .....	71
7.2.1.4 Agente de autocuidado.....	71
7.2.1.5 Demanda de autocuidado.....	71
7.2.1.6 Sistema de enfermería .....	72
7.2.1.7 1050 Alimentación.....	72
7.2.1.8 1240 Ayuda para ganar peso .....	73
7.2.1.9 Ejecución .....	74
7.2.1.10 Ejecución.....	75
7.2.1.11 Evaluación.....	77
7.2.2 Diagnóstico de enfermería 2.....	78
7.2.2.1 Plan de intervención con base en las Taxonomías NOC y NIC.....	79
7.2.2.2 Criterio de resultado.....	79
7.2.2.3 Intervenciones de Enfermería .....	80
7.2.2.4 Agente de autocuidado.....	80
7.2.2.5 Demanda de autocuidado.....	80
7.2.2.6 Sistema de enfermería .....	80
7.2.2.7 Criterio de resultado.....	80
7.2.2.8 Intervenciones de Enfermería .....	81
7.2.2.9 Agente de autocuidado.....	81
7.2.2.10 Demanda de autocuidado.....	81
7.2.2.11 Sistema de enfermería .....	81
7.2.2.12 7110 Fomentar la implicación familiar.....	82
7.2.2.13 7040 Apoyo al cuidador principal.....	83
7.2.2.14 Ejecución.....	84
7.2.2.15 Ejecución.....	85

7.2.2.16 Evaluación.....	86
7.2.3 Diagnóstico de enfermería 3.....	88
7.2.3.1 Plan de intervención con base en las Taxonomías NOC y NIC.....	89
7.2.3.2 Criterio de resultado.....	89
7.2.3.3 Intervenciones de Enfermería.....	90
7.2.3.4 Agente de autocuidado.....	90
7.2.3.5 Demanda de autocuidado.....	90
7.2.3.6 Sistema de enfermería.....	90
7.2.3.7 6540 Control de infecciones.....	90
7.2.3.8 6610 Identificación de riesgos.....	91
7.2.3.9 Ejecución.....	91
7.2.3.10 Ejecución.....	92
7.2.3.11 Evaluación.....	93
<b>VIII. CONCLUSIONES .....</b>	<b>95</b>
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>97</b>
<b>X. ANEXOS .....</b>	<b>101</b>
<b>XI. APÉNDICES .....</b>	<b>127</b>

## **RESUMEN**

La enfermería como ciencia del cuidado de la salud, posee un cuerpo de saberes propio, científico de cuidar un acto de vida, dirigido a mantener y permitir la continuidad en la formación de recursos competentes.

Dentro de la metodología se incluyen génesis de los conocimientos de las ciencias sociales, naturales, humanísticas y del comportamiento para atender al individuo sano o enfermo en sus diferentes etapas de vida, mediante la aplicación del proceso de enfermería, inmerso en un marco las cinco etapas del PE, las cuales son; valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. El presente trabajo trata de la aplicación del Proceso de Enfermería basado en el marco referencial de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, a partir de un caso de una usuaria que presenta tumor germinal en útero.

Para llevar a cabo la aplicación del Proceso de Enfermería, se utilizó la taxonomía II de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)

Proceso de Enfermería aplicado en una usuaria con Tumor Germinal en Útero.

## **ABSTRACT**

Nursing as a health care science, has a body of knowledge, scientific to care for an act of life, aimed at maintaining and allowing continuity in the formation of competent resources.

The methodology includes the genesis of the knowledge of the social, natural, humanistic and behavioral sciences to care for the healthy or sick individual in their different stages of life, through the application of the nursing process, immersed in a framework of the five stages of the EP, which are; assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation. The present work deals with the application of the Nursing Process based on the referential framework of the Nursing Theory of Self-Care Deficit of Dorothea E. Orem, based on a case of a patient with germinal tumor in uterus.

To carry out the application of the Nursing Process, we used the American Association of Nursing Diagnostics (NANDA), Classification of Nursing Results (NOC) and Classification of Nursing Interventions (NIC)

Proceso de Enfermería aplicado en una usuaria con Tumor Germinal en Útero.

## **INTRODUCCION**

El profesional de enfermería requiere de un instrumento metodológico, para proporcionar cuidados de forma racional, sistemática e individualizada, y cubrir las necesidades del paciente, familia y comunidad. Esta metodología, se denomina Proceso de Enfermería (PE), el cual proporciona el mecanismo a la enfermera (o) para utilizar sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del usuario a los problemas reales o potenciales de la salud.

La metodología de enfermería está compuesta por cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero aplicadas en la práctica diaria con un enfoque dinámico, las cuales son; valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

El objetivo del PE, es promover, mantener, recuperar la salud o ayudar a los usuarios a lograr una muerte pacífica y digna; así como permitir a los individuos o grupos, dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades y habilidades. El presente trabajo trata de la aplicación del PE basado en el marco referencial de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea E. Orem, a partir de un caso de una usuaria que presenta tumor germinal en útero con la finalidad de mejorar su estado de salud, controlar la enfermedad y prevenir complicaciones.

Es importante mencionar que los Tumores de Células Germinales (TCG) son neoplasias que se derivan de las células germinales primordiales, que en la vida

embrionaria migran desde el sistema nervioso central primitivo hasta localizarse en las gónadas. Se cree que un bloqueo en la maduración de las células germinales, iniciado desde la vida fetal, e inducido posiblemente por alteraciones en el microambiente celular pueda originarlos, a su vez se clasifican como tumores seminomatosos o no seminomatosos, dividiéndose estos últimos, según la diferenciación celular, en carcinoma embrionario, coriocarcinomas, tumor del saco vitelino y teratoma maduro e inmaduro. Se consideró importante proporcionar cuidados de enfermería a la usuaria y a su familia para contribuir en la mejora del estado de salud, control de la enfermedad y prevención de complicaciones a través del PE la interrelación de la taxonomía II de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification NOC) y Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification NIC).

El trabajo está formado: por una justificación, objetivos, marco teórico: descripción general del Proceso de Enfermería, Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea Elizabeth Orem y la historia natural de la enfermedad que presenta la usuaria. Posteriormente, se describe la metodología que se empleó, así mismo el caso clínico ordenado de acuerdo a los requisitos universales de Dorothea E. Orem. Enseguida, se presentan las consideraciones éticas aplicadas durante el cuidado. En la siguiente parte, se

desarrolla el Proceso de Enfermería, en sus cinco etapas, mismas que permiten llegar a las conclusiones. También se incluyen las referencias bibliográficas, anexos y finalmente los apéndices.

## **I. JUSTIFICACIÓN**

A nivel mundial los tumores germinales presentan un 5% en ambos géneros. Es importante mencionar que a pesar de que los tumores germinales malignos son infrecuentes en pediatría, se presentan en un 4.2% en los niños y 2.5% en las niñas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

El Proceso de Enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente, ordenada y sistemática, se centra en determinar los problemas del usuario, formular y realizar planes de cuidados para resolver problemas de salud, con un enfoque holístico que valora el cuerpo, la mente y el espíritu de las personas (Rodríguez, 2002).

La importancia del PE ha favorecido e incrementado la calidad en la atención al usuario, familia y comunidad, la aplicación de este método conlleva que la persona con algún problema de salud se recupere, se controle y así mismo se eviten complicaciones. En este caso, la metodología propia de enfermería, se aplicó en una usuaria con diagnóstico médico de tumor germinal en útero, con la finalidad de mejorar su estado de salud.

La aplicación del PE es el método científico que utiliza la enfermera para brindar el cuidado de enfermería, se valoran respuestas humanas, mejorar su calidad de vida, para evitar complicaciones a través de cuidados de enfermería individualizados.

El cuidado desde la perspectiva de la relación terapéutica es la acción que desempeña en dar y recibir, tanto de parte de quien cuida como del que recibe el cuidado. El cuidado con dos referentes semánticos: primero, el esfuerzo y solicitud, el ejercicio de cuidar conlleva, por un lado, esfuerzo, dedicación, trabajo y, por otro lado, se puede definir como una entrega, una solicitud de respuestas a necesidades del otro.

A partir de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea E. Orem, es un referente teórico que permite una relación entre el usuario y la enfermera. Reconoce que la teoría es un referente que remarca y contextualiza el uso del Proceso de Enfermería como instrumento que pauta el otorgamiento de cuidados profesionales de enfermería fundados en el uso del método científico y en el pensamiento crítico.

La TEDA está conformada de tres subteorías; **la teoría de los sistemas enfermeros** es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales, comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. **La teoría del déficit de autocuidado** desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. **La teoría del autocuidado** sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 General**

Aplicar el Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de Dorothea E. Orem, a una usuaria con Tumor Germinal en Útero, para contribuir en la mejora del estado de salud y evitar complicaciones.

### **2.2 Específicos**

- Valorar las respuestas humanas de la usuaria a fin emitir juicios clínicos.
- Diseñar diagnósticos de enfermería para resolver problemas de salud o potencializar el estado de salud.
- Planear cuidados de enfermería para resolver situaciones de salud y mejorar la calidad de vida.
- Ejecutar los cuidados de enfermería, previamente planificados.
- Evaluar los resultados obtenidos para determinar la situación de salud de la persona.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 PROCESO DE ENFERMERÍA**

##### **3.1.1 Definiciones**

- Es un método para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de resultados esperados apoyándose en un método científico. Este es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.
  
- Permite crear un plan de cuidados centrados en las respuestas humanas, ya que trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita cuidado de enfermería enfocados específicamente a él y no solo a su enfermedad.
  
- Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que le da a la profesión la categoría de ciencia, además de ofrecer, desde una perspectiva enfermera, cuidados sistematizados, lógicos y racionales (García, 2014, p.3).

### **3.1.2 Antecedentes**

El Proceso de Enfermería (PE) ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución, y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso de enfermería es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del PE es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica

(Rodríguez, 2002, p. 31).

### **3.1.3 Características**

- Resuelto: porque va dirigido a un objetivo.

- Sistemático: por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Dinámico: porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas.
- Interactivo: por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente, identificadas durante la relación enfermera (o)-paciente.
- Flexible: por ser adaptable a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades.
- Universal: porque se puede aplicar al usuario, familia y comunidad.
- Interpersonal: porque se lleva a cabo de persona a persona.
- Continuo: porque se puede volver a empezar.
- Meta dirigida: el usuario.
- Científico: porque se realiza con un sustento teórico.
- Humanista: por considerar al hombre como un ser holístico: total e integrado.
- Cíclico: es repetitivo a cada cierto tiempo (García, 2014, p.5).

#### **3.1.4 Beneficios/ventajas**

- Con la aplicación del Proceso de Enfermería se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que con el PE

complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al concentrarse en la respuesta humana.

- Las enfermeras (os) podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas(os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso, y dirigido al logro de un objetivo, pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias.
- Con el PE se compromete al usuario, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permiten mantener o recuperar la salud.
- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios (y acortando su duración).
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- Ayuda a que enfermería, tenga la satisfacción de obtener resultados.
- La calidad del cuidado que se ofrece a los usuarios.

- El incremento de la acreditación del profesional.
- La administración de los servicios que se ofrecen.
- Investigación de enfermería.
- La docencia.
- La participación en utilidades por servicios prestados en empresas promotoras de la salud (García, 2014, p.4).

### **3.1.5 Etapas**

El PE consta de cinco etapas:

#### **3.1.5.1 Valoración**

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información para determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta, la valoración es total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir, aplicar un modelo de enfermería para valorar las respuestas humanas y la integración de elementos del modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas (Solano y Gómez, 2014, p. 9).

#### **Tipos de valoración**

**Inicial:** se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución de salud, además establece una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones.

**Centrada en el problema:** proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería, tiene como objetivo determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración.

**Urgente:** se lleva a cabo durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente, identificando problemas nuevos y peligrosos para la vida.

**Revaloración al cabo de un tiempo:** se realiza varios meses después de la valoración inicial, en la cual se compara el estado actual del usuario con los datos basales obtenidos anteriormente (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2013, p.183).

## **Pasos de la Valoración**

### **a) Recolección de la información**

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona se da de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que permitan conocerlos (Rodríguez, 2002, p. 40).

Durante la valoración se recolectan cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales:

**Subjetivos:** son aquellos que el usuario refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual, en si son los datos que no se pueden observar ni medir como son los síntomas.

**Objetivos:** son los datos que se pueden observar y medir a través de los órganos de los sentidos como los signos vitales.

**Históricos:** se refieren a los hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario, como son: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos etc.

**Actuales:** son acontecimientos que están suscitándose en el momento actual en el usuario (Solano y Gómez, 2014, p. 18).

Para obtener información del usuario se recurre a dos tipos de fuentes de recolección de datos:

- **Fuentes primarias (directas):** observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
  
- **Fuentes secundarias (indirectas):** expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos (Rodríguez, 2002, p. 40). En este trabajo se utilizó la guía de valoración con base en la Teoría Enfermera del Déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem.

También se tienen que identificar los recursos del usuario, es decir las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas del diagnóstico y planeación (Rodríguez, 2002, p. 46).

### **Métodos para la recolección y llenado del formato de valoración**

Dentro del proceso de cuidados, durante la etapa de valoración del usuario, es común que los profesionales de enfermería utilicen tres métodos principales para la recolección de datos:

- **Entrevista clínica:** Es un interrogatorio formal que consiste en una comunicación, con un propósito específico, donde la enfermera y/o estudiante realiza la valoración del paciente o usuario.
- **Observación:** En este método la enfermera debe utilizar los sentidos en su conjunto, no solo la vista para la obtención de información, se trata de una habilidad práctica que se refina con razonamiento, en si es la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior.

- **Exploración física:** Es una actividad de suma importancia en la recolección de datos. El examen físico, como parte de la valoración, se propone definir mejor aún las respuestas humanas del usuario para identificar cuáles de estas son susceptibles de atención en el campo autónomo de la enfermería. Dentro de este método se utilizan cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (Solano y Gómez, 2014, p. 18-20).

#### **b) Validación de la información**

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos, además evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario, esta fase es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información (Rodríguez, 2002, p. 46).

#### **c) Registro de la información**

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería (Rodríguez, 2002, p. 47).

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se trata de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

### **3.1.5.2 Diagnósticos de Enfermería**

Es el paso final del proceso de valoración y el segundo del Proceso de Enfermería, es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. El diagnóstico de enfermería es la expresión del problema de un paciente del cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos (Toxqui y Álvarez, 2014, p. 29).

### **Tipos de diagnósticos**

De acuerdo a lo dispuesto por la NANDA (2015-2017), los diagnósticos de enfermería son: real (enfocado en el problema), de riesgo (potencial), de promoción de la salud (bienestar) y de síndrome:

- **Diagnóstico real (enfocado en el problema):** describen las experiencias/respuestas humanas a los estados de salud que existen en un individuo. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones claves o inferencias relacionadas.
- **De riesgo (potencial):** describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen el aumento de vulnerabilidad.
- **Diagnóstico de promoción de la salud (bienestar):** es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición y el ejercicio.
- **De síndrome:** hace alusión a un conjunto de problemas, que ya están presentes y se relacionan entre sí, este diagnóstico siempre comienza con la palabra síndrome y está conformado por: problema, factores relacionados y signos y síntomas ((Toxqui y Álvarez, 2014, p. 31-32).

## **Pasos**

### **a) Razonamiento diagnóstico**

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera (o) durante esta fase realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para concluir en un juicio clínico (Rodríguez, 2002, p. 51).

**Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:**

- Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aportó la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que creé que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- Comparar los datos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados/riesgo y con las características definatorias de las categorías diagnósticas de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA).
- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- Determinar si la enfermera (o) tiene “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable”, de la predicción,

prevención y tratamiento del problema (cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es NO es un problema interdependiente).

- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).
- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema) (Rodríguez, 2002, p. 52-53).

#### **b) Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes**

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA), y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

#### **Estructuración de los diagnósticos enfermeros**

El diagnóstico de enfermería se estructuran a partir de tres componentes esenciales: *problema de salud, factores etiológicos o relacionados,*

*características definitorias o serie de signos y síntomas.* Un diagnóstico tiene una serie de características que son indicadores de la situación de salud. Algunas están presentes en la mayoría de los clientes con el problema y son llamadas características definitorias.

### **Clasificación de los problemas interdependientes**

- **Problema interdependiente real:** Es cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas y para la redacción, se compone del problema, etiología del problema y sintomatología.
- **Problema interdependiente de riesgo:** Es la existencia de factores de riesgo, pero aún no hay manifestaciones clínicas, se compone del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de: al inicio de su formulación. Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a: y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por.

**Similitudes y diferencias entre un diagnóstico enfermero y un problema interdependiente.**

	<u>Diagnóstico Enfermero</u>	<u>Problema Interdependiente</u>
Es un:	Juicio clínico	Juicio clínico
Centro de atención:	Respuestas humanas	Respuestas fisiopatológicas
Principal responsable:	Enfermera (o)	Médico
Funciones de enfermería:	Independientes	Independientes e interdependientes

Fuente: Tomado de Rodríguez Sánchez, 2002.

**c) Validación**

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, durante esta fase, la enfermera (o) debe consultar al usuario para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

**d) Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes**

Una vez validados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

### **3.1.5.3 Planeación**

En esta fase se desea que los problemas identificados en el diagnóstico sean modificados mediante las intervenciones planeadas, para que la persona reciba el apoyo necesario de acuerdo al sistema de atención y pueda mantener por sí mismo las acciones de autocuidado (Olivos y Valenzuela, 2014, p. 41).

#### **Tipos de planeación**

- **Inicial:** se dan en el momento del primer contacto de la valoración.
  
- **Continua:** la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente y se lleva a cabo durante el turno de trabajo, aunque también tiene lugar al comienzo de un turno, ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día.
  
- **De alta:** comienza en el primer contacto con el paciente e implica una valoración completa y continúa para obtener información sobre las necesidades continuas del usuario (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2013, p. 215).

## **Pasos**

### **a) Establecer prioridades**

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocen a que prioridad pertenecen, lo que permiten brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos de enfermería se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes (Rodríguez, 2002, p. 74).

### **b) Elaborar Objetivos/Resultados**

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado, al valorar el logro de los resultados, también permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras (os) (Rodríguez, 2002, p. 75).

Se utiliza la Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification: NOC).

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

- Resultar del diagnóstico de enfermería o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final), y en “la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos” (Rodríguez, 2002, p. 75).
- Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se trata de problemas interdependientes.
- Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
- Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).
- Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito.
- Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.
- Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario (s) para que se puedan alcanzar.
- Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

### **c) Determinar acciones de enfermería**

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al usuario a conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalando en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Para determinar las acciones, se emplea la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification: NIC).

En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas (Rodríguez, 2002, p. 82).

### **d) Documentar el plan de cuidados**

Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser:

- **Individualizados:** Cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera (o) procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.

- **Estandarizados:** en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario.
- **Computarizados:** son los que surgen de planes creados por ordenador, que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos (Rodríguez, 2002, p. 86).

#### **3.1.5.4 Ejecución**

En esta etapa del proceso de enfermería se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras:

1. Continuar con la recolección y valoración de datos.
2. Realizar las actividades de enfermería.
3. Anotar los cuidados de enfermería.
4. Existen diferentes formas de hacer notaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
5. Dar los informes verbales de enfermería.
6. Mantener el plan de cuidados actualizado (García y Gollner, 2014, p. 63).

#### **Pasos**

##### **a) Preparación**

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria”, haciéndose necesaria la revaloración.
- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “los cuatro puntos clave de la delegación” (Rodríguez, 2002, p. 89).

### **b) Intervención**

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

En cada intervención de enfermería, la enfermera (o) es responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y familia.

### **c) Documentación**

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud (Rodríguez, 2002, p. 90).

#### **3.1.5.5 Evaluación**

Es una actividad planificada, continua y dotada de objetivos, está determinada por los pacientes y los profesionales de enfermería, es un proceso continuo de juzgar o estimar durante o inmediatamente después de ejecutar una intervención, que permite al profesional de enfermería modificar sobre la marcha una intervención (Gómez y Morales, 2014, p. 71).

#### **Tipos de evaluación**

- **Continua:** es la que se lleva a cabo durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería y permite hacer modificaciones puntuales.
- **Intermitente:** realizada a intervalos determinados.

- **Final:** indica el estado del usuario en el momento de ser dado de alta (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2013, p. 239).

## **3.2 TEORÍA ENFERMERA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TEDA) DE DOROTHEA ELIZABETH OREM**



**Dorothea E. Orem**

### **3.2.1 Biografía**

Dorothea Elizabeth Orem, nació en 1914 en Baltimore, Maryland, y falleció el 22 de Junio del 2007, a los 92 años de edad, es de nacionalidad estadounidense, empezó su carrera de enfermera con las hermanas de la Caridad en el Hospital de Washington, DC y se recibió en el año 1930. Sus experiencias laborales fueron: enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), unidades pediátricas y de adultos, supervisora del turno de noche y profesora de ciencias biológicas.

De 1940 a 1949 ostentó el cargo de directora en la escuela de Enfermería y del departamento de Enfermería del Province Hospital Detroit.

Entre 1949 y 1957 trabajo en el Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health, es aquí donde desarrolla su definición de la práctica de enfermería (Solano y Gómez, 2014, p. 10).

Del año 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, en 1969 publica sus primeras reflexiones formales sobre la Enfermería, en 1971 publica su primer libro Nursing: Concepts of Practice, así como también edita el libro sobre la Teoría General del Déficit de Autocuidado, con la cual en 1996 obtiene el título honorífico de Doctora en Ciencias, gran parte de sus reflexiones surgieron de la intuición que tuvo acerca de por qué las personas necesitan ayuda de enfermería y como son auxiliados por los profesionales de la disciplina; a partir de ello retoma la experiencia de otras pensadoras de esta disciplina como Henderson, King, Rogers, Nightingale y de otras disciplinas médicas y humanísticas como Bertalanffy, Selye, entre otros.

Mientras preparaba y revisaba Concept Formalization in Nursing: Process and Product, fue editora de la NDCG (NDCG, 1973, 1979). En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS). Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA). En 1998 fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri (Marriner y Raile, 2011, p. 265-266).

### **3.2.2 Fuentes teóricas**

En el 2001 Orem estableció: que la enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria.

La TEDA ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Dorothea, fueron sus experiencias en enfermería, a través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto real de la enfermería. La pregunta que guio el pensamiento de Orem (2001) fue: ¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación? El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal (Marriner y Raile, 2011, p. 266-267).

Los esfuerzos de Orem, trabajando individualmente y con otras compañeras, condujeron al desarrollo y perfeccionamiento de la TEDA, la cual se encuentra conformada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican

las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas (Marriner y Raile, 2011, p. 267).

La ontología de la TEDA se basa en cuatro categorías de entidades postuladas: Personas en localizaciones de espacio-tiempo, atributos o propiedades de estas personas, movimiento o cambio y productos llevados a cabo (Marriner y Raile, 2011, p. 267).

En 1997 Dorothea identificó cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros como son la visión de a) persona, b) agente, c) usuario de símbolos, d) organismo y e) objeto. La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado; ésta postura relacionada con la naturaleza de los seres humanos es fundamental en la obra de Orem.

El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada. Orem identificó siete suposiciones respecto a los seres humanos que pertenecen a la acción deliberada, en la cual se basan en la suposición implícita de que los seres humanos tienen libre voluntad, así

como también propuso una postura respecto a la forma de la enfermería como una ciencia, identificándola como una ciencia práctica (Marriner y Raile, 2011, p. 267,268).

Las ciencias prácticas constan de dos componentes: **el especulativo y el práctico**, el componente especulativamente práctico es de naturaleza teórica, mientras que el componente práctico indica la acción, en este caso la TEDA representa un conocimiento especulativamente práctico (Marriner y Raile, 2011, p. 267,268).

En el 2001 Dorothea E. Orem identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativamente prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. El conjunto de las ciencias de la práctica enfermera incluye: la ciencia de la enfermería completamente compensatoria, parcialmente compensatoria y la ciencia de la enfermería de apoyo-desarrollo. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento son: la ciencia del autocuidado, la del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada y la ciencia de la asistencia humana para personas con déficit de autocuidado asociados a la salud.

### **3.2.3 Utilización de pruebas empíricas**

Como ciencia práctica, el conocimiento enfermero se desarrolla para informar a la práctica enfermera. Orem en el 2001 afirmó: la enfermería es una misión

práctica, pero una misión práctica realizada por personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica de enfermería.

La TEDA se desarrolló y se mejoró a través del uso de procesos intelectuales que se centraron en situaciones de la práctica enfermera, Orem reflexionó sobre sus experiencias de la práctica enfermera, para identificar el objetivo real de la enfermería. En su trabajo en relación con su teoría, el Nursing Development Conference Group (1979) inició un análisis de casos enfermería y procesos de razonamiento analógico (Marriner y Raile, 2011, p. 272).

La teoría de Dorothea E. Orem se denomina:

### **3.3 Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA)**

#### **3.3.1 La TEDA, se compone por tres subteorías:**

##### **3.3.2 Teoría del autocuidado**

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientados hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Para ello, define además tres requisitos de autocuidado, es decir son los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

**3.3.2.1. Requisitos de autocuidado universal:** estos son habituales en todos los individuos, y contienen: la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

**3.3.2.2. Requisitos de autocuidado del 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 diferentes momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, edad adulta y vejez.

**3.3.2.3. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** surgen o están vinculados a los estados de salud

### **3.4 Teoría del déficit de autocuidado**

Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionen con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente (Solano y Gómez, 2014, p. 12).

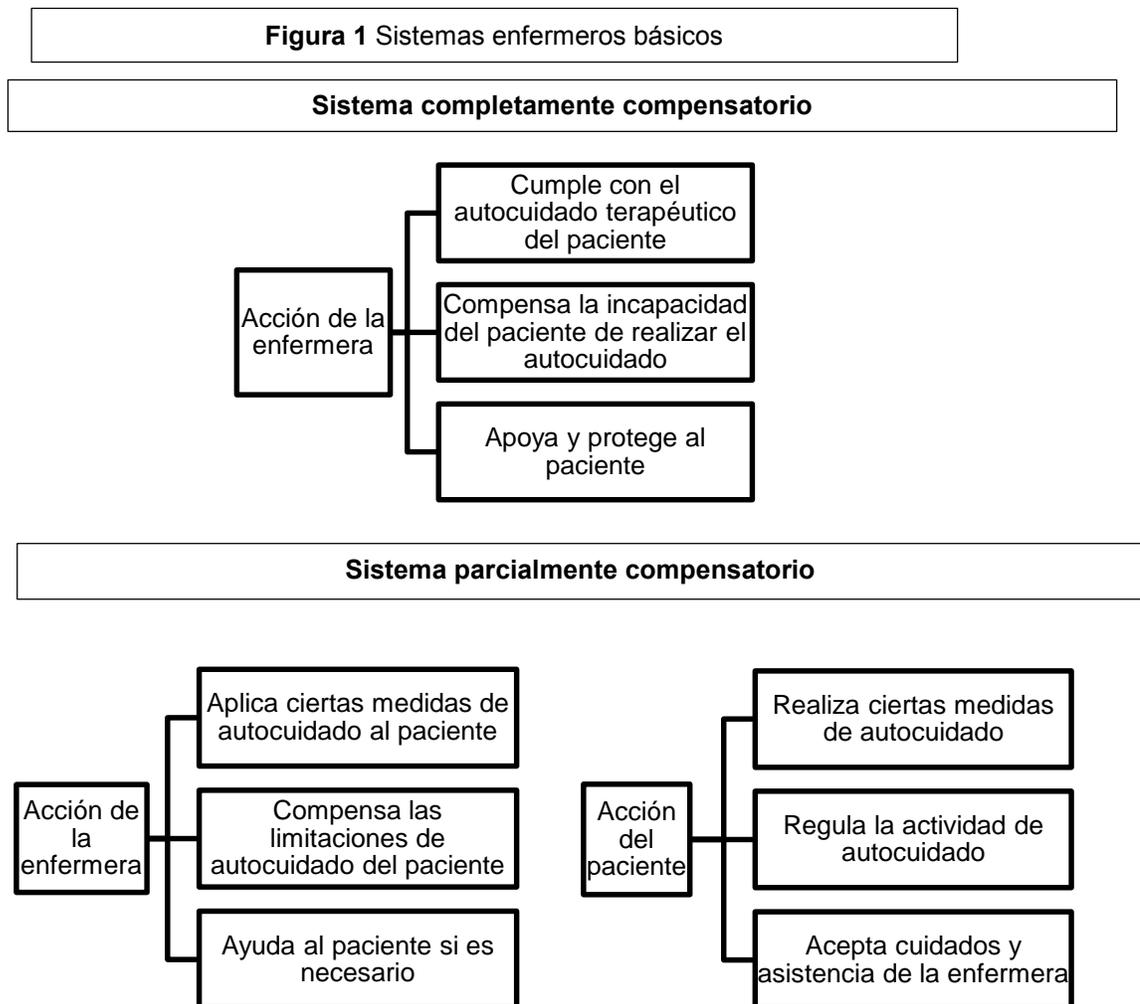
### **3.5 Teoría de los sistemas enfermeros**

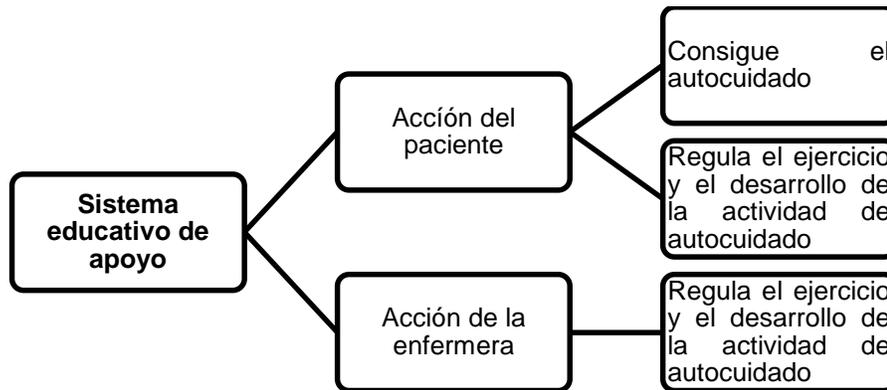
Explica las formas en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando tres tipos:

**3.5.1 Sistema completamente compensatorio:** La enfermera supe al individuo para satisfacer los requisitos universales de autocuidado.

**3.5.2 Sistema parcialmente compensatorio:** El personal de enfermería proporciona autocuidados.

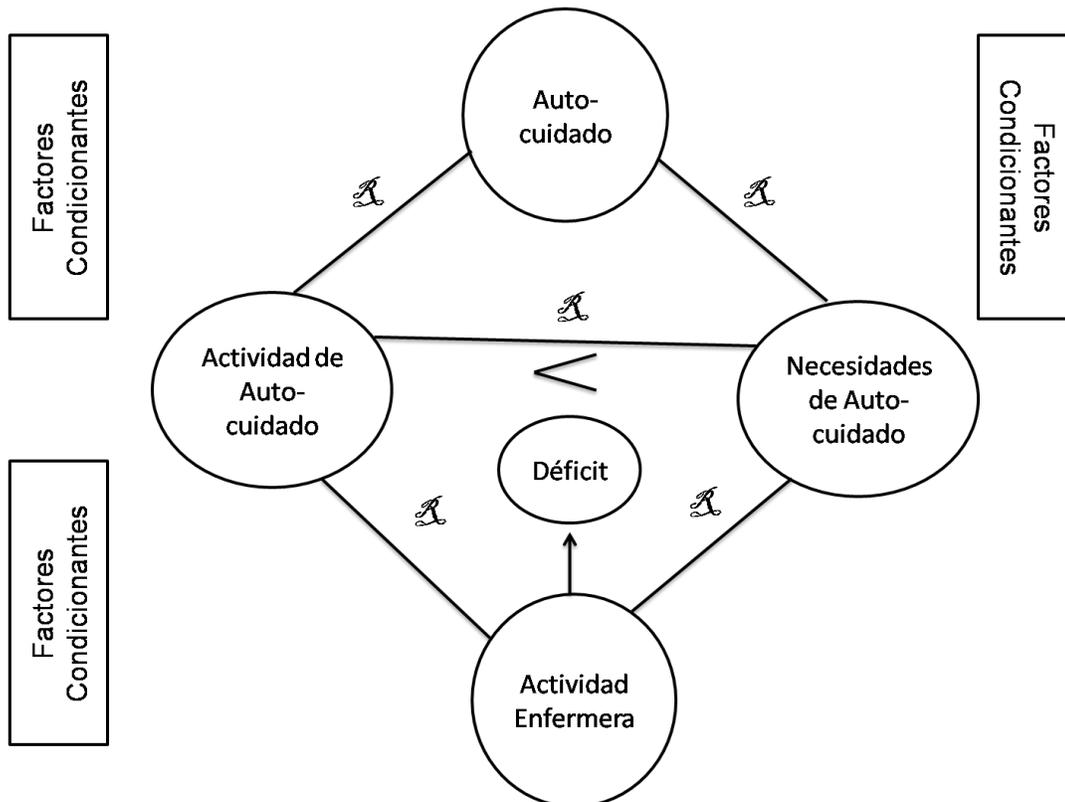
**3.5.3 Sistema educativo de apoyo:** La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda (Solano y Gómez, 2014, p. 13).





Fuente: Tomado de Marriner, T. A., y Raile, A. M. Modelos y Teorías en Enfermería, (2011).

**Figura 2** Un Marco conceptual para la enfermería. R, Relación; <, déficit de relación, actual o prevista



Fuente: Tomado de Marriner, T. A., y Raile, A. M. Modelos y Teorías en Enfermería, (2011).

## **3.6 Conceptos principales y definiciones**

### **3.6.1 Autocuidado**

Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, 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.

### **3.6.2 Cuidado dependiente**

Se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no pueden realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

### **3.6.3 Requisitos de autocuidado**

Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesidades para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

- 1- El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
- 2- La naturaleza de la acción requerida (Marriner y Raile, 2011, p. 269).

#### **3.6.4 Requisitos de autocuidado universales**

Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El 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 cuidados asociados 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 peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (Marriner y Raile, 2011, p. 270).

### **3.6.5 Requisitos de autocuidado de desarrollo**

Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (Marriner y Raile, 2011, p. 270).

### **3.6.6 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud**

Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

### **3.6.7 Necesidades de autocuidado terapéutico**

Están constituidas por el 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, además describe los factores del usuario o el entorno que hay que mantener estables 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 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.

### **3.6.8 Actividad de autocuidado**

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

### **3.6.9 Actividad de cuidado dependiente**

Se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

### **3.6.10 Déficit de autocuidado**

Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica 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 (Marriner y Raile, 2011, p. 271).

### **3.6.11 Actividad enfermera**

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, 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.

### **3.6.12 Diseño enfermero**

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

### **3.6.13 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 (Marriner y Raile, 2011, p. 271).

#### **3.6.14 Métodos de ayuda**

Desde una perspectiva enfermera, un método de ayuda, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes (Marriner y Raile, 2011, p. 271).

#### **3.6.15 Factores condicionantes básicos**

Hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.

- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

### 3.7 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD QUE PRESENTA LA PERSONA

**Tumor germinal:** Los tumores germinales provienen de células pluripotenciales que tienen su origen en el mesodermo y están presentes desde la cuarta semana de vida intrauterina en el saco vitelino, posteriormente migran hasta la cresta genital y se extienden del sexto segmento torácico hasta el segundo en la región sacra, por lo cual estos tumores se presentan a través de la línea media del cuerpo.

Los tumores de células germinales se originan de células totipotenciales y su morfología en presentaciones gonadales y extragonadales es similar, con variaciones dependiendo de la célula de origen.

Pueden tener componentes benignos y malignos, por lo que es fundamental un estudio histopatológico exhaustivo para el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Periodo prepatogénico	Periodo patogénico
<p><b>Agente:</b> En el caso de la infancia; Edad materna avanzada, estrógenos y antiandrógenos, cambios genéticos que se transmiten de padres a hijos, exposición a la radiación, infección debido al Virus del Papiloma Humano (VPH), expuestos a hormonas durante el periodo gestacional.</p> <p><b>Huésped:</b> Mujeres</p>	<p><b>Muerte:</b> Puede haber muerte debido a complicaciones como la anemia, metástasis y efectos secundarios de los tratamientos.</p> <p><b>Invalidez o Estado Crónico:</b> Problemas con la reproducción como la infertilidad</p> <p><b>Complicaciones:</b> Anemia debido a la pérdida de sangre (antes de</p>

<p><b>Ambiente:</b> No hay un ambiente específico que favorezca el desarrollo de tumor germinal, sin embargo, se considera que, a mayor edad materna, exposición a hormonas (estrógenos y antiandrógenos), toxicomanías (tabaquismo) aumentan el riesgo de presencia de tumor germinal en la infancia y adolescencia.</p>	<p>diagnóstico), infección y sangrado debido a la quimioterapia, retraso del crecimiento y el desarrollo, problemas con la reproducción (infertilidad), desarrollo de otros cánceres.</p> <p>Problemas una vez realizada la cirugía, radioterapia y quimioterapia.</p> <p><b>Signos y síntomas:</b></p> <p>Sangrado transvaginal, dolor abdominal/pélvico crónico, fiebre, estreñimiento, masa tumoral de crecimiento polipoideo, obstrucción abdominal, pérdida de peso, malestar general.</p> <p><b>Cambios sistémicos:</b></p> <p>En la mujer embarazada, en la fase embrionaria las células germinales primordiales aparecen en la tercera semana de gestación y desde su punto de origen en la pared del saco vitelino migran dorsalmente hasta el esbozo gonadal. Algunas células pueden anidar de forma ectópica a lo largo de la línea media, en sistema nervioso central (SNC), mediastino, zona sacrococcigea, retroperitoneo y gónadas.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>En el caso de las niñas con tumor germinal; anemia, pérdida de peso, falta de apetito, alopecia.</p> <p><b>Cambios Locales/tisulares:</b> sangrado ovario/abdomen, extensión y/o metástasis al útero y/o trompas, extensión a otros tejidos pélvicos, presencia de ascitis.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>PREVENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>PREVENCIÓN SECUNDARIA</b>	<b>PREVENCIÓN Terciaria</b>
PROMOCIÓN DE LA SALUD/ PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO/REHABILITACION
<p>Se enfoca a la población en general y especialmente a las parejas que tienen planes de gestar.</p> <p>Programas para la intervención para en el hábito de fumar.</p> <p>Cambiar el estilo de vida y hábitos de alimentación saludable.</p>	<p><b>Diagnóstico</b></p> <p>Examen físico.</p> <p>Ultrasonido.</p> <p>TAC abdomino-pélvica simple y contrastada.</p> <p>Tac de tórax simple.</p> <p>Resonancia magnética nuclear (RMN) pélvica.</p> <p>Radiografía.</p> <p>Ecografía.</p> <p>Gammagrafía ósea.</p> <p><b>Tratamiento</b></p> <p>Quimioterapia.</p>	<p>Reposo.</p> <p>Alimentación adecuada (plato del bien comer) frutas y verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal.</p>

<p>Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.</p> <p>Orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de su salud y a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.</p>	<p>Radioterapia.</p> <p>Cirugía.</p>	
<p>1<sup>er</sup> nivel/ 2<sup>do</sup> nivel</p>	<p>3<sup>er</sup> nivel</p>	<p>4<sup>to</sup> nivel/5<sup>to</sup> nivel</p>

Fuente: Tomado de Martínez. Pediatría: Salud y Enfermedad del niño y del adolescente, (2013).

#### **IV. METODOLOGIA**

Para aplicar el Proceso de Enfermería se desarrollaron los siguientes pasos:

- Primeramente, se observó que la usuaria presentaba la necesidad de cuidados de enfermería.
- Por tratarse de una menor de edad, se solicitó al adulto responsable del cuidado autorización para aplicar el proceso de enfermería, en este caso la abuelita de la menor, misma que autorizó y accedió a participar.
- Se hizo una visita domiciliaria, con la finalidad de brindar cuidados de enfermería y así mismo ofrecer apoyo a los familiares.
- Posteriormente el 23 de Enero del 2017 se realizó la valoración con base en el marco referencial de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA), de Dorothea E. Orem.
- La responsable del cuidado firmó un consentimiento informado, en el cual se plantea el objetivo y los beneficios que se pretenden lograr llegando a un común acuerdo de trabajar sin coacción alguna y sin generar ningún tipo de conflicto y bajo aspectos éticos.
- Se recolectó la información, se organizó a través de los requisitos universales, de desarrollo y en caso de desviación de la salud.
- Se realizó una revaloración de los datos con la finalidad de validarlos, esto con el fin de emitir los diagnósticos de enfermería.

- Se utilizó la Taxonomía II de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA).
- Se continuó con el desarrollo de la etapa de planeación de intervenciones y actividades de enfermería estableciendo los problemas prioritarios y resultados esperados para el control de las respuestas humanas.
- La documentación del plan de cuidados se realizó en febrero del 2017, con acciones basadas en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).
- La ejecución, es decir, las acciones que se implementaron de la usuaria, se llevaron a cabo en los meses de enero-abril del 2017.
- Finalmente se realizó la evaluación a través de las acciones plasmadas y de los resultados esperados, se hizo una comparación de ambos con el fin de corroborar el logro de los resultados esperados en la usuaria.

## **V. CASO CLÍNICO ORDENADO DE ACUERDO A LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE DOROTHEA E. OREM**

Se trata de paciente femenina en la etapa de desarrollo denominada primera infancia, de 1 año 5 meses de edad, originaria de Morelia Michoacán. Vive en casa de sus abuelitos maternos. Para su cuidado y satisfacción de requisitos universales depende de su abuela materna. Habita casa de ladrillo, cuenta con todos los servicios básicos: agua potable, luz eléctrica y drenaje. El diagnóstico médico es Tumor Germinal en Útero. A la exploración física se encuentra con una FC: 115x', T/A: 70/50mmHg, FR: 32 x', su glicemia es de 101 mg/dl y su llenado capilar es de 2 segundos, su respiración es normal. Ingiere de 300-500 ml de agua al día, así como también atoles y/o gelatinas un aproximado de 240 ml diarios. Presenta piel y mucosas bien hidratadas, cara, cuello y abdomen sin ningún problema, No presenta problemas de audición, ni visuales, su peso corporal es de 8 kg talla: 72 cm IMC: 1.54 cintura: 50 cm.

Se observan variaciones de peso de 1-3 kg, peso 10 kg, en un mes disminuyó a 9.7 kg, durante el internamiento hospitalario bajó a 8 kg. La usuaria al momento de la aplicación de su tratamiento presenta náuseas y disminución del apetito rechazando los alimentos. Tiene una dieta hiposódica e hipoproteica. Además de consumir proteínas y carbohidratos.

Consume su ración de leche normal 480 ml, seis veces al día.

Presenta una evacuación normal, espontánea, con heces fecales amarillentas y semipastosas, presenta una diuresis color ámbar, 6 veces al día, no presenta cambios en la sudoración. La usuaria duerme un mínimo de 8-10 horas al día, no presenta dificultad para conciliar el sueño, pero si ocupa de ayuda para hacerlo (abrazarla y darle su biberón), al despertar se encuentra tranquila, toma siesta una vez al día, de tres a cinco de la tarde aproximadamente. Recibe quimioterapia, también se le administra Filgrastim 90 mgs vía intramuscular, este varía los días de aplicación, dependiendo de la mejoría de la paciente. Para llevar a cabo su deambulacion utiliza una andadera infantil, tiene antecedentes heredofamiliares patológicos de tumores. Por otra parte, la mamá se observa estresada, cansada, al parecer no es la cuidadora principal de su hija. La abuela refiere alteración en la dinámica familiar y que el cuidado de la usuaria recae mayormente en ella.

La usuaria ingresa al hospital el 10 de Octubre del 2016 por presentar sangrado transvaginal, se realiza Ultrasonido (US), donde se encuentra endometrio engrosado por posible estimulación hormonal, motivo por el cual se envía a interconsulta a la especialidad de endocrinología. El día 26 de Octubre del 2016 se le realiza US donde reporta la presencia de Tumoración Pélvica de localización Útero-Cervical muy vascularizada que hace sospechar de proliferación patológica endometrial probable Adenocarcinoma de Vagina, también se le realiza una TAC Abdomino-pélvica Simple y contrastada, en la cual se sospecha de un Tumor Germinal de Células.

La usuaria lleva su tratamiento (quimioterapias) en el Hospital Infantil de Morelia, es llevada por su abuela materna, quien refiere que hasta el momento se le han realizado 15 sesiones de quimioterapia, cinco por mes. La primera sesión fue a partir del 5 de Noviembre 2016, la segunda el 14 de Diciembre 2016 y la tercera el día 9 de Febrero 2017. Los medicamentos de la quimioterapia son: Ondasetrón, Etopósido, Cisplatino, Bleomicina.

El 2 de Diciembre del 2016 le realizaron estudios de laboratorio, Biometría Hemática (BH).

**Tabla 3** Resultados de laboratorio

**BIOMETRIA HEMATICA**

<b>PRUEBA</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDAD</b>
Leucocitos Totales	<b><u>*15.93</u></b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Eritrocitos	<b><u>*5.50</u></b>	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	<b><u>*16.0</u></b>	g/dL
Hematocrito	<b><u>*46.6</u></b>	%
Volumen Globular Medio (VCM)	84.70	fL
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.1	pg
Concentración Media Hb Corpuscular (CHCM)	34.3	g/dL
Ancho de Distribución de Eritrocitaria (RDW)	14.7	%
Plaquetas	<b><u>*512</u></b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Volumen Plaquetario Medio (VPM)	9.7	fL
Neutrofilos %	<b><u>*56.4</u></b>	%
Linfocitos %	<b><u>*23.9</u></b>	%

Monocitos %	<b>*18.9</b>	%
Eosinofilos %	<b>*0.0</b>	%
Basofilos %	0.8	%
Neutrofilos #	<b>*8.99</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Linfocitos #	3.81	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Monocitos #	<b>*3.01</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Eosinofilos #	0.00	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Basofilos #	0.12	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de los estudios de laboratorio.

El día 18 de Enero del 2017 le realizaron estudios de Laboratorio: Biometría Hemática (BH), Química Sanguínea de 4 elementos y Electrolitos Séricos 6 elementos.

**Tabla 4** Resultados de laboratorio

**BIOMETRIA HEMATICA**

<b>PRUEBA</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDAD</b>
Leucocitos Totales	12.42	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Eritrocitos	<b>*2.99</b>	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	<b>*9.0</b>	g/dL
Hematocrito	<b>*27.1</b>	%
Volumen Globular Medio (VCM)	90.60	fL
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	30.1	pg
Concentración Media Hb Corpuscular (CHCM)	33.2	g/dL
Ancho de Distribución de Eritrocitaria (RDW)	<b>*18.2</b>	%
Plaquetas	<b>*468</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Volumen Plaquetario Medio (VPM)	8.8	fL

Neutrofilos %	<b>*76.6</b>	%
Linfocitos %	<b>*16.1</b>	%
Monocitos %	6.8	%
Eosinofilos %	<b>*0.1</b>	%
Basofilos %	0.4	%
Neutrofilos #	<b>*9.52</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Linfocitos #	<b>*2.00</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Monocitos #	<b>*0.84</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Eosinofilos #	0.01	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Basofilos #	0.05	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de los estudios de laboratorio.

**Tabla 5** Resultados de laboratorio

**QUIMICA SANGUINEA 4 ELEMENTOS**

<b>PRUEBA</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDAD</b>
Proteina C Reactiva	<b>*8.5</b>	mg/L
Glucosa	<b>*101</b>	mg/dL
Urea	17.0	mg/dL
BUN	<b>*7.9</b>	mg/dL
Creatinina Sérica	<b>*0.40</b>	mg/dL
Ácido Úrico	<b>*4.20</b>	mg/dL

**ELECTROLITOS SERICOS 6 ELEMENTOS**

<b>PRUEBA</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDAD</b>
Sodio	<b>*132</b>	mmol/L
Potasio	3.97	mmol/L
Cloro	<b>*97.70</b>	mmol/L
Calcio	9.3	mg/dL
Fosforo	4.2	mg/dL
Magnesio	2.4	mg/dL

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de los estudios de laboratorio.

## **VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la aplicación del Proceso de Enfermería, en una usuaria con tumor germinal en útero, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos éticos; respeto, dignidad y confidencialidad, respetando los derechos y la integridad de la usuaria y familiares, se garantiza el secreto profesional, actuando de una manera amable y respetuosa. El objetivo principal de la aplicación del proceso de enfermería, es favorecer, mantener y evitar complicaciones a través de los cuidados de enfermería, con el fin de contribuir en la mejora de salud de la usuaria, bajo el principio de beneficencia y no maleficencia. Cabe mencionar que se firmó un consentimiento informado, analizando con los familiares el objetivo principal de las intervenciones de enfermería.

## **VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **7.1 Valoración de los requisitos de autocuidado**

#### **7.1.1 Factores condicionantes básicos**

Sexo: Femenina

Edad: 1 año 5 meses

Edo. Civil: ----

Religión: ---

Escolaridad: ---

Ocupación:--

Familia Nuclear: Mamá, 2 hermanas, abuelitos maternos.

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: La abuela materna.

Dependencia Económica: Abuelos Maternos

Condiciones del hogar: está construida de ladrillo y cuenta con todos los servicios básicos.

#### **7.1.2 Requisitos de autocuidado universales**

##### ***a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.***

FC: 115 x' T/A: 70/50 mmHg, FR: 32 x', Llenado capilar: 2 segundos.

La usuaria presenta una respiración normal.

##### ***b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente***

La usuaria presenta piel y mucosas normales y bien hidratadas, ingiere de 300-500 ml de agua al día, en la cual proviene del garrafón, además también ingiere atoles y/o gelatinas un aproximado de 240 ml diarios.

##### ***c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente***

Su peso corporal 8 kg, talla 72 cm, IMC 1.54, cintura: 50 cm, glicemia 101 mg/dl. Se han observado variaciones de peso de 1-3 kg, peso 10 kg, en un mes disminuyó a 9.7 kg, durante el internamiento hospitalario bajo a 8 kg, presentando mucosa oral, cara, cuello y abdomen sin ningún problema. La usuaria presenta problemas en la alimentación, ya que cuando se hospitaliza con motivo de su tratamiento no consume alimentos, presenta náuseas, para llevar a cabo su alimentación necesita de apoyo ya que es menor de edad (1 año 5 meses).

Tiene indicada dieta hiposódica e hipoproteica, en la cual se encuentran los siguientes grupos de alimentos: proteínas e hidratos de carbono.

Consumo su ración de leche normal 480 ml, seis veces al día.

***d. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.***

Presenta una evacuación normal, espontánea, con heces fecales amarillentas y semipastosas, presentando una diuresis color ámbar, 6 veces al día, no presenta cambios en la sudoración, presenta una temperatura corporal de 36.5 °C.

***e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo***

La usuaria duerme con un mínimo de 8-10 horas al día, no presenta dificultad para conciliar el sueño, pero ocupa ayuda para hacerlo (abrazarla y darle su biberón), al despertar se encuentra tranquila, toma siestas una vez al día de

tres a cinco de la tarde aproximadamente, tiene como tratamiento la quimioterapia, así como también se le administra Filgrastim 90mg vía intramuscular, este varía los días de aplicación dependiendo de la mejoría de la paciente, razón por la cual se ve afectada la actividad y el reposo.

***f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social***

No presenta problemas de audición, ni visuales, la usuaria convive con su familia, principalmente con sus abuelos maternos, teniendo una relación regular dentro de la familia, ya que su mamá no se responsabiliza de ella, al observarla se le nota irritable.

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

Para deambular utiliza una andadera infantil, tiene antecedentes heredofamiliares patológicos de tumores. La niña presenta tumor germinal en útero, para lo cual tiene tratamiento con quimioterapia en el Hospital Infantil de Morelia, hasta el momento se le han realizado 15 sesiones de quimioterapia, cinco por mes.

***h. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal***

La usuaria necesita ayuda para satisfacer sus necesidades básicas de acuerdo a su edad, depende de su mamá, sin embargo, es principalmente su abuela materna quien le atiende, no presenta ninguna alteración emocional.

Nota: La mamá se observa estresada, cansada, al parecer no le brinda los cuidados necesarios que requiere. La abuela refiere alteración en la dinámica familiar y que el cuidado de la usuaria recae mayormente en ella.

### **7.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo**

#### **a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo**

*Etapas de desarrollo:*

*Rol (es):*

Nota: no aplica para la usuaria ya que es menor de edad (1 año 5 meses).

*Salud Sexual:* La usuaria no presenta ninguna cirugía en el aparato reproductor.

*Historia Gineco- obstétrica:*

### **7.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud**

La usuaria acude al médico, en compañía de su abuela materna, para llevar a cabo su tratamiento, debido a que es menor de edad, depende del cuidado de un adulto, principalmente de la abuela materna.

La usuaria al momento de la aplicación de su tratamiento presenta náuseas y disminución del apetito rechazando los alimentos, por lo cual tiene una disminución de peso corporal.

## **7.2 Diagnósticos de Enfermería con base en la Taxonomía II de la NANDA I**

**Fecha:** Enero 2017

### **7.2.1 Diagnóstico de enfermería 1**

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con ingesta insuficiente de alimentos, manifestado por falta de interés en la comida, incapacidad percibida para ingerir comida, aversión a la comida, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal.

**Dominio:** 2 Nutrición

**Clase:** 1 Ingestión

**Requisito de autocuidado universal:** Mantenimiento entre el aporte suficiente de alimentos

**Requisito de autocuidado en desviación de la salud:** Tumor germinal en útero

#### **7.2.1.1 Plan de intervención con base en las Taxonomías NOC y NIC**

**7.2.1.2 Criterio de resultado:** Estado Nutricional (1004)

**Dominio:** Salud fisiológica (II)

**Clase:** Nutrición (k)

**Escala (s):** Desviación grave del rango normal hasta Sin desviación del rango normal (b).

**Puntuación Diana del resultado:** Mantener a: 9 Aumentar a: 23

Estado nutricional	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
Puntuación global	1	2	3	4	5
<b>Indicadores</b>					
Ingestión de nutrientes		2			
Ingestión alimentaria		2			
Ingestión de líquidos		2			
Relación peso/talla	1				
Hidratación		2			

**7.2.1.3 Intervenciones de Enfermería**

**7.2.1.4 Agente de autocuidado:** Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico (X)

**7.2.1.5 Demanda de autocuidado:** Parcial (X) Total (X)

**7.2.1.6 Sistema de enfermería:** Parcial ( ) Totalmente compensatorio (X) De apoyo educativo ( )

**7.2.1.7 1050 Alimentación**

Actividades	Fundamento Científico
Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva (Se recomendará a los cuidadores principales).	Estimula el apetito y permite la utilización apropiada de nutrimentos (Sholtis y Smith, 1989, p. 287).
Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación.	La posición y alineación adecuadas del cuerpo son necesarias para ayudar a la masticación y deglución (Sholtis y Smith, 2004, p. 382).
Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.	Aumenta la conciencia del individuo de las acciones que contribuyen a una ingesta excesiva (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2013, p. 1334).
Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la alimentación.	La posición y alineación adecuadas del cuerpo son necesarias para ayudar a la masticación y deglución (Sholtis y Smith, 2004, p. 382).
Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.	Puede ser eficaz para aumentar la aceptación de un nuevo alimento porque la familiaridad facilita su consumo (Solange, 1996, p. 45).
Evitar distraer al paciente durante la deglución.	Esto puede disminuir el apetito, sin embargo, con el paso del tiempo da lugar a pérdida de peso y otros

	problemas nutricionales.
Realizar la alimentación sin prisas, lentamente.	Esto con el fin de que el paciente, tenga el tiempo suficiente para masticar y deglutir los alimentos (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2013, p.1316).
Prestar atención al paciente durante la alimentación.	Estimula el apetito y permite la utilización apropiada de nutrimentos (Sholtis y Smith, 1989, p. 287).
Animar a la familia a que alimenten a la paciente.	Con el fin de ayudar al paciente para que adopte hábitos alimenticios más sanos (Mason, 1981, p. 75).

#### 7.2.1.8 1240 Ayuda para ganar peso

<b>Actividades</b>	<b>Fundamento Científico</b>
Ayudar o alimentar a la paciente.	Los alimentos son estímulos fisiológicos o patológicos del aparato digestivo y que los nutrientes participan en todos los procesos metabólicos estimulando el apetito a la hora del consumo de los alimentos (Shirley, 1999, p. 725).
Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.	Para que tengan un periodo tranquilo y a su vez para estimular el apetito (Solange, 1996, p. 47).
Analizar con la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.	Para mantener un estilo de vida lo más normal posible y así ayudar al usuario.

Analizar con la familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer.	Para mantener un estilo de vida lo más normal posible y así ayudar al paciente (Sholtis y Smith, 2002, p. 344).
Enseñar a la familia a planificar las comidas.	Para alentar el consumo adecuado de los alimentos hacia el paciente (Sholtis y Smith, 2002, p. 342).
Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad terminal (tumor germinal en útero).	Una patología en fase terminal conlleva a la pérdida de peso ya sea por complicaciones de la misma enfermedad.
Enseñar a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso.	Mejorar la preparación de alimentos, se estimula el incremento de nutrientes que permite el aumento de peso.
Enseñar a la familia a comprar alimentos de bajo coste y nutritivos.	Al elegir los alimentos hay que considerar las preferencias, así como las necesidades fisiológicas y metabólicas del paciente (Sholtis y Smith, 2002, p. 342).

### 7.2.1.9 Ejecución

**Fecha:** Enero-Abril 2017

Se sugirió a los cuidadores colocar una mesa decorativa, observándose que la usuaria deglutió algunos alimentos. Además de mantenerla en posición sedente con el tronco, cuello y cabeza rectos para inducir en ella relajación y se

estimuló el sentido del olfato, donde se observó que cuando los alimentos son cocinados de una manera apetecible, la usuaria logró comer de una manera relajada y tranquila, todas estas actividades conllevaron a una ingesta mayor de alimentos. Para evitar la distracción se implementaron las siguientes medidas: prestar atención y acompañar a la usuaria a la hora de los alimentos, se recomendó a la cuidadora principal alimentarla sin prisas. Se otorgó a los familiares un plan de dieta baja en sodio y proteínas, pero rica en hidratos de carbono como: frutas y verduras, granos enteros, vitaminas, minerales y fibra.

#### **7.2.1.10 Ejecución**

**Fecha:** Enero-Abril 2017

Se recomendó a la cuidadora principal alimentar a la usuaria de una manera amable, en un ambiente tranquilo, relajado y sin distracciones esto logró satisfacer algunos alimentos, en donde se percibió que la usuaria aceptó ingerir cierta comida. Además, se hizo un análisis con los familiares, de los factores que interfieren a una nutrición inadecuada y la incapacidad o el deseo de comer, donde se ratificó que la usuaria no logro tener una buena ingesta de alimentos, debido a los efectos secundarios de la quimioterapia. Para lo cual se enseñó a la familia a planificar las comidas, haciendo mención que la planificación de los alimentos, debe ser de fácil digestión, hipograsa, sin irritantes ni condimentos, equilibrada, variada y adecuada, observándose que la usuaria de esta manera ingirió ciertos alimentos como: pera, manzana, plátano,

chayote, granos enteros, arroz al vapor, gelatina, carnes magras, pescado. Se les hizo hincapié a los familiares que la pérdida de peso que presenta la usuaria, es debido al padecimiento actual que presenta (tumor germinal en útero), son conscientes de los efectos secundarios que conlleva esta enfermedad. Así mismo se les informó, que tienen que seguir indicaciones médicas, a su vez se observó que cumplen con lo indicado. Se recomendó a la familia comprar alimentos nutritivos como: fresas, plátanos, piña, manzana, pera, chayote, papaya, papa, elote, calabaza, mango, sandía y melón; notándose que esto conlleva una mejora en la ingesta de alimentos.

Es importante que los familiares conozcan el entorno social en la que la niña se encuentra, para así mismo verificar cuales son los factores que repercuten en los problemas de salud, y para lo cual deben tener noción de saber cómo contrarrestar las situaciones una vez presentes, para lo cual se recomendó lo siguiente: Mejorar la preparación culinaria y la presentación de los platos al momento de alimentar a la niña, teniendo en cuenta que al prepararlos de una manera atractiva, con variedad de texturas, olores, sabores, y colores, puede haber una mayor ingesta de alimentos.

Variar con frecuencia los alimentos y la forma de preparación, donde se utilizaron alimentos blandos en formas de purés.

Se aconsejó realizar comidas frecuentes 6-7 veces al día, en pequeñas cantidades, recordando que cada bocado que toma le beneficia a la usuaria.

Si los caldos son de los pocos alimentos que se toman con facilidad, añadir pasta, arroz o pan.

Evitar las frutas enteras y tomar preferentemente zumos naturales o frutas licuadas o picadas.

Disponer de un ambiente favorable, limpio y sin olores desagradables en compañía de familiares durante las comidas.

Seguir las recomendaciones médicas al pie de la letra, con el objetivo de una mayor mejoría de la usuaria.

#### **7.2.1.11 Evaluación**

**Puntuación Diana del resultado:** Mantener a: 9 Aumentar a: 23

Estado nutricional	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
Puntuación global	1	2	3	4	5
<b>Indicadores</b>					

Ingestión de nutrientes			3		
Ingestión alimentaria			3		
Ingestión de líquidos			3		
Relación peso/talla			3		
Hidratación			3		

Los alimentos presentados visualmente atractivos, sencillos y agradables, en un ambiente tranquilo y relajado motivaron a la niña y tuvo deseos de comer, incrementando la ingesta de alimentos y con ello se logró el aumento de 2 kg de peso. Llegando a pesar 10kg, logrando con ello a su peso normal. Con los resultados obtenidos se lograron los objetivos establecidos, no en su totalidad, ya que la niña en lo que fue la ingesta de nutrientes y líquidos no se logró en su integridad, pero si hubo incremento, para lo cual no se logra el objetivo establecido.

### **7.2.2 Diagnóstico de enfermería 2**

Afrontamiento familiar incapacitante relacionado con estilos de afrontamiento distintos entre la persona de apoyo y el paciente manifestado por desatender las

necesidades del paciente, distorsión de la realidad respecto al problema de salud del paciente, rechazo.

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

**Clase:** 2 Respuestas de afrontamiento.

**Requisito de autocuidado universal:** Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

**Requisito de autocuidado en desviación de la salud:** tumor germinal en útero.

#### 7.2.2.1 Plan de intervención con base en las Taxonomías NOC y NIC

**Fecha:** Enero 2017

**7.2.2.2 Criterio de resultado:** Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)

**Dominio:** Salud Familiar (VI)

**Clase:** Ejecución del cuidador familiar (w)

**Escala (s):** Nunca positivo hasta Siempre positivo (k)

**Puntuación Diana del resultado:** Mantener a: 14 Aumentar a: 25

Relación entre el cuidador principal y el paciente	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
Puntuación global	1	2	3	4	5
<b>Indicadores</b>					

Paciencia		2			
Tranquilidad		2			
Atención y Afirmación	1				
Compañerismo		2			
Preocupación	1				
Aceptación mutua		2			
Sentido de la responsabilidad	1				
Sentimiento mutuo de unión			3		

### 7.2.2.3 Intervenciones de Enfermería

**7.2.2.4 Agente de autocuidado:** Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico (X)

**7.2.2.5 Demanda de autocuidado:** Parcial (X) Total (X)

**7.2.2.6 Sistema de enfermería:** Parcial ( ) Totalmente compensatorio (X) De apoyo educativo ( )

**Fecha:** Enero 2017

**7.2.2.7 Criterio de resultado:** Factores estresantes del cuidador familiar (2208)

**Dominio:** Salud familiar (VI)

**Clase:** Ejecución del cuidador familiar (w)

**Escala (s):** Grave hasta Ninguno (n)

**Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 9 Aumentar a: 25**

Factores estresantes del cuidador principal	Intenso	Sustancial	Moderado	Ligero	Ninguno
Puntuación global	1	2	3	4	5
<b>Indicadores</b>					
Factores estresantes referidos por el cuidador	1				
Conflicto del rol		2			
Ausencia de apoyo social percibido		2			
Conflicto entre responsabilidades laborales y del cuidador		2			
Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente	1				
Deterioro de las relaciones familiares	1				

**7.2.2.8 Intervenciones de Enfermería**

**7.2.2.9 Agente de autocuidado:** Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico (X)

**7.2.2.10 Demanda de autocuidado:** Parcial (X) Total (X)

**7.2.2.11 Sistema de enfermería:** Parcial ( ) Totalmente compensatorio (X) De apoyo educativo ( )

### 7.2.2.12 7110 Fomentar la implicación familiar

Actividades	Fundamento Científico
Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.	Esto para alcanzar sus metas personales, al tiempo que enfrentan los retos y problemas de la vida diaria (Sholtis y Smith, 2002, p. 103).
Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente	Para reforzar las habilidades de afrontamiento mediante el cuidado directo, habilidades de comunicación y educación (Sholtis y Smith, 2002, p. 106).
Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.	Con el fin de mantener la salud, además de un sistema de apoyo, en tiempos difíciles (enfermedad).
Observar la estructura familiar y sus roles.	Para ver la resistencia, adaptación y ajustes ante los factores que causan estrés en la familia (Sholtis y Smith, 2002, p. 105).
Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo.	Para que haya la adaptación o el ajuste a los cambios, de modo que el equilibrio se recupere y se tenga la energía y capacidad para encarar nuevas exigencias del medio externo (Sholtis y Smith, 1989, p. 88).
Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia.	El cáncer supone un gran número de factores estresantes. Preparar a la familia para posibles problemas permite la planificación con el fin de

	evitar o reducir el problema (Juall, 1994, p. 375).
Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, por la edad o la enfermedad.	Para generar un equilibrio dinámico o estado estable para estar en armonía entre ellos mismos (Sholtis y Smith, 1989, p.76).
Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación de la paciente.	La comunicación franca puede ayudar a conocer el apoyo brindado por los demás (Juall, 1994, p. 372).
Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares.	Para equilibrar sentimientos, pensamientos y conductas para así mismo adaptar o enfrentar los obstáculos inherentes a la vida diaria (Sholtis y Smith, 2002, p. 103).

#### 7.2.2.13 7040 Apoyo al cuidador principal

<b>Actividades</b>	<b>Fundamento Científico</b>
Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.	Esto puede ayudar a mantener la estructura familiar existente y su función como unidad de apoyo (Juall, 1994, p. 358).
Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.	Para que tenga la energía y capacidad para encarar nuevas metas del medio externo (Sholtis y Smith, 2002, p. 83).
Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad.	La planificación y jerarquización puede ayudar a mantener la integridad familiar y reducir el estrés (Juall, 1994, p. 359).

Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.	Esto puede ayudar a mantener la estructura familiar existente y su función como unidad de apoyo.
Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando.	La enfermedad de un familiar puede producir grandes cambios, colocando a la familia con un riesgo elevado de mala adaptación.
Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.	La expresión verbal proporciona la oportunidad de aclarar y ratificar los sentimientos y las preocupaciones, contribuyendo a la unidad familiar (Juall, 1994, p. 358).
Animar al cuidador durante los momentos difíciles de la paciente.	El apoyo externo puede ayudar a reducir la idea de que la familia lo tiene que pasar a solas (Juall, 1994, p. 359).
Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.	Con el fin de mantener cambios positivos sobre los cuidados de sí mismo (Juall, 1994, p. 357).

#### **7.2.2.14 Ejecución**

**Fecha:** Enero-Abril 2017

Se recomendó a la familia que el tener una buena relación familiar, les conllevo a una mayor calidad de los cuidados que requiere la usuaria, donde se observó que son capaces de llevar a cabo los cuidados que se requieren, teniendo en cuenta las indicaciones médicas que se le brindaron a la usuaria para la mejora

de su salud. Se notó que la cuidadora principal, pasa momentos difíciles por el estado de salud que presenta la paciente, para lo cual se le hizo hincapié de las posibles complicaciones en la menor: anemia, pérdida de peso, falta de apetito, alopecia. Durante el análisis que se tuvo con la familia, se verificó que hay alteración familiar, ya que la mamá de la menor, no le brindó los cuidados necesarios para contribuir en la mejora de su salud, para lo cual se le hizo mención que su participación es muy importante en el proceso de salud enfermedad de la niña. Además, se animó a la familia a que se centre positivamente en la situación de la menor, donde se observó que a pesar de las circunstancias que presentan, fueron capaces de salir adelante.

#### **7.2.2.15 Ejecución**

**Fecha:** Enero-Abril 2017

Se trabajó con la cuidadora principal los puntos fuertes y débiles que presentaron en la familia, sabiendo que es ella quien lleva a cabo el total apoyo que requiere la usuaria donde mostro interés para su mejoría, además refirió que la situación por la que está pasando es difícil, pero también acepto y es consciente del estado de salud que presenta la menor. Para evitar estrés en ella ante la problemática que afronto hacía con la niña, se le menciono de algunas técnicas que puede llevar a cabo para reducir el estrés, como: la relajación, respiración profunda, escuchar música de su agrado, pero sobre todo instrumental, realizar ejercicio o alguna actividad deportiva, esto con un tiempo de 10 minutos diarios. Además, se observó en ella que durante el apoyo

psicológico y emocional que se le brindo, se siente animada y con ganas de salir adelante.

### 7.2.2.16 Evaluación

**Puntuación Diana del resultado:** Mantener a: 14 Aumentar a: 25

Relación entre el cuidador principal y el paciente	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
Puntuación Global	1	2	3	4	5
<b>Indicadores</b>					
Paciencia		2			
Tranquilidad			3		
Atención y Afirmación			3		
Compañerismo			3		
Preocupación				4	
Aceptación mutua			3		
Sentido de la responsabilidad			3		

Sentimiento mutuo de unión			3		
----------------------------	--	--	---	--	--

Se observó que la cuidadora principal, se responsabiliza de los cuidados que requiere la niña, se preocupa y se ocupa del estado de salud de la misma, menciona la importancia de su participación en la recuperación de su nieta, además la abuela materna que lleva a cabo las técnicas de relajación como; respiración profunda, escuchar música, llevándola a una disminución de estrés.

**Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 9 Aumentar a: 25**

Factores estresantes del cuidador principal	Intenso	Sustancial	Moderado	Ligero	Ninguno
Puntuación global	1	2	3	4	5
<b>Indicadores</b>					
Factores estresantes referidos por el cuidador			3		
Conflicto del rol			3		
Ausencia de apoyo social percibido				4	
Conflicto entre responsabilidades laborales y del cuidador				4	
Alteración de la relación entre					

el cuidador y el paciente			3		
Deterioro de las relaciones familiares			3		

La cuidadora principal identificó los principales factores estresantes que influyen en el rol familiar y en el cuidado de la niña; déficit de economía, desinterés de la madre en el cuidado de la usuaria. Afortunadamente, se observa a la abuela materna con moderado conflicto en rol en el cuidado de la nieta. Refiere que cuenta con apoyo moral e insumos médicos en una institución de salud gubernamental. Es importante mencionar que la cuidadora principal no tuvo problema en tiempos para el cuidado de la niña. Sin embargo, persistió incumplimiento en la responsabilidad de la madre.

### **7.2.3 Diagnóstico de enfermería 3**

Riesgo de infección relacionado con conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos, procedimiento invasivo.

**Dominio:** 11 Seguridad/protección

**Clase:** 1 Infección

**Requisito de autocuidado universal:** Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

**Requisito de autocuidado en desviación de la salud:** Tumor germinal en útero

**7.2.3.1 Plan de intervención con base en las Taxonomías NOC y NIC**

**7.2.3.2 Criterio de resultado:** Control de riesgo (1902)

**Dominio:** Conocimiento y conducta de salud (IV)

**Clase:** Control de riesgo y seguridad (T)

**Escala (s):** Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

**Puntuación Diana del resultado:** Mantener a: 23 Aumentar a: 25

Control del riesgo	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Puntuación global	1	2	3	4	5
<b>Indicadores</b>					
Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal				4	
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo					5
Evita exponerse a las amenazas para la salud					5
Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita				4	
Utiliza los recursos sociales para					5

reducir el riesgo					
-------------------	--	--	--	--	--

Nota: Es aplicable este resultado esperado específicamente al cuidador principal, ya que se trata de una lactante mayor (1 año 5 meses).

### 7.2.3.3 Intervenciones de Enfermería

**7.2.3.4 Agente de autocuidado:** Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico (X)

**7.2.3.5 Demanda de autocuidado:** Parcial (X) Total (X)

**7.2.3.6 Sistema de enfermería:** Parcial ( ) Totalmente compensatorio (X) De apoyo educativo ( )

### 7.2.3.7 6540 Control de infecciones

Actividades	Fundamento Científico
Mantener técnicas de aislamiento.	La prevención del contacto con microorganismos patógenos ayuda a prevenir infecciones.
Limitar el número de las visitas.	Disminuye la exposición a la infección.
Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.	Las manos son fuente importante de contaminación.
Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación de la paciente.	Las manos son fuente importante de contaminación.
Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.	Disminuye la exposición a la infección (Sholtis y Smith, 2004, p. 377).
Usar guantes estériles.	Es una medida necesaria para

	disminuir la exposición a bacterias que pueden ser patógenas (Sholtis y Smith, 2002, p.346).
--	----------------------------------------------------------------------------------------------

#### 7.2.3.8 6610 Identificación de riesgos

Actividades	Fundamento Científico
Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.	Al tener cuidados continuos permite a que el usuario, se exponga a riesgos.
Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.	Ayuda al paciente a sentir que aún es importante, le aceptan como persona, y que debe fomentar un concepto personal positivo (Juall, 1994, p. 356).
Determinar los recursos económicos.	Para verificar el nivel socioeconómico que presenta la familia, y así mismo darle una mejor vida paciente.
Determinar el nivel educativo.	Para apoyar a los familiares mediante el control y el conocimiento que los capacite para afrontar las deficiencias de manera más eficaz (Shirley, 1999, p. 709).
Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con la familia.	Esto con el objetivo de disminuir el riesgo de infección.

#### 7.2.3.9 Ejecución

**Fecha:** Enero-Abril 2017

Se les informó a los cuidadores principales los tipos de aislamiento que existen y en que consiste cada uno, en donde se hizo hincapié en la técnica de aislamiento protector, debido al déficit del sistema inmunitario y quimioterapia.

Además se analizó con los familiares las medidas preventivas que conllevan a reducir el riesgo de infección ante la usuaria, como limitar el número de visitas, así como también se les oriento en la técnica del lavado de manos con soluciones alcoholadas y con agua-jabón, donde fueron llevadas a cabo ambas técnicas, la primera se realizó en un lapso de 20-30 segundos y consta de 7 pasos, y en la segunda en un periodo de 40-60 segundos y consta de 11 tiempos y que son las medidas preventivas más sencillas y eficaces para prevenir infecciones intrahospitalaria, su importancia radica en que las manos pueden servir como vehículo para transportar gérmenes. Así como también se les informo a los cuidadores principales de los tipos de guantes que hay, se mencionó de cuál es el que deben usar antes de tener contacto con la usuaria, que forma parte de un conjunto de medidas que previenen y controlan las infecciones intrahospitalarias teniendo como objetivo disminuir la transmisión de microorganismos de las manos, del personal al paciente durante los procedimientos invasivos que necesitan de técnica estéril, por lo tanto la correcta colocación y manipulación aseguran la técnica aséptica y la calidad de atención del paciente.

#### **7.2.3.10 Ejecución**

**Fecha:** Enero-Abril 2017

Se observó que los familiares son responsables del apoyo que necesita la usuaria, ya que cuando se llevó a cabo su tratamiento, se determinó que son precisos en el cuidado de la niña, además para llevar a cabo la disminución de

riesgos, se les informo a los familiares de las medidas que tienen que tomar para prevenir un riesgo, observándose que son meticulosos en las acciones que llevan a cabo en casa.

### 7.2.3.11 Evaluación

**Puntuación Diana del resultado:** Mantener a: 23 Aumentar a: 25

Control del riesgo	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Puntuación global	1	2	3	4	5
<b>Indicadores</b>					
Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal				4	
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo					5
Evita exponerse a las amenazas para la salud					5
Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita					5
Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo					5

Los familiares fueron capaces de identificar los factores de riesgo de infección hacia la menor, para lo cual llevaron a cabo las siguientes medidas preventivas; el lavado de manos con soluciones alcoholadas y con agua-jabón, así como también reduciendo las visitas hospitalarias, llevan a cabo el aislamiento protector, todo esto con el objetivo de minimizar y/o disminuir el riesgo de infección, por lo cual la niña no presenta enfermedades oportunistas, para lo cual las intervenciones con sus actividades fueron las correctas, logrando los objetivos establecidos en su totalidad.

## VIII. CONCLUSIONES

- La aplicación del Proceso de Enfermería en una usuaria con tumor germinal en útero permite brindar cuidados personalizados que permitieron contribuir en mejorar la calidad de vida, debido a que esta enfermedad es crónica, con la sistematización en el cuidado es posible el control y prevención de complicaciones.

Se obtuvieron resultados favorables, entre los que se encuentran:

- Incremento en la ingesta de alimentos, que se reflejó en el aumento de peso de 2 kg.
- Mejora de la relación que lleva la cuidadora principal con la niña, la abuelita se responsabiliza, se preocupa y ocupa del estado de salud de su nieta, prestándole atención, compañerismo y sentimiento mutuo de unión.
- Dentro de los factores estresantes que refirió la cuidadora principal se identificó el déficit de economía e irresponsabilidad de la mamá de la usuaria. Continúo el incumplimiento y falta de responsabilidad de la madre hacia su hija.
- Se lograron fortalecer medidas preventivas para minimizar el riesgo de infección como; el lavado de manos con soluciones alcoholadas y con agua-jabón, así como también limitar las visitas hospitalarias y llevar a cabo el aislamiento protector, todas estas acciones son llevadas a cabo

por los familiares. La niña se mantuvo sin enfermedades oportunistas ni complicaciones.

- El Proceso de Enfermería es una metodología para el cuidado que brinda enfermería, permite otorgar cuidado humanista y holístico con calidad y calidez.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Bulechek, M. G., Butcher, K. H., Dochterman, M. J., (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (5ª ed). Barcelona, España: ElsevierMosby.
- Harold, E., y Wastell, C. (1999). Manual Internacional de Enfermería Quirúrgica 1: Tumores, Estado de México: Ciencias y Técnicas S.A.
- Herdman, T. H., Heath, C., Lunney, M., Scroggins, L., & Vassallo, B. (2009-2011). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Barcelona, España: Elsevier.
- Herdman, T. H., y Kamitsuru, S. (2015-2017). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Barcelona, España: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2016). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/cancer2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/cancer2016_0.pdf)
- Juall Carpenito, L. (1994). Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

- Kliegman B. (1999). Compendio de Pediatría: Oncología (3ªed). México, D.F: McGraw-Hill. Interamericana.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería. Concepto, proceso y practica* (9ªed). Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
- Marriner, T. A., y Raile, A. M. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería (7ª ed). Barcelona, España: Elsevier.
- Martínez, M. R., (2013). Pediatría: Salud y enfermedad del niño y del adolescente (7ªed). México: El manual moderno.
- Mason M. (1981). Dietética Clínica. (1ªed). México, D.F: Limusa.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, L. M., & Swanson, E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (4ªed). Barcelona, España: ElsevierMosby.
- Recomendaciones dietéticas-nutricionales en oncología. Recuperado de [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_09.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_09.pdf)

- Rodríguez Sánchez, B. A. (2002). Proceso de Enfermería. Guadalajara, México: Cuéllar.
- Rubin E. (1992). Patología: Neoplasia. Barcelona, España: Elsevier.
- Shirley Otto, E. (1999). Enfermería Oncológica. (3ªed). Madrid, España: Harcourt Brace.
- Sholtis, B. L., y Smith, S.D. (1989). Enfermería MédicoQuirúrgica (6ªed). México, D.F: McGraw-Hill.
- Sholtis, B. L., y Smith, S.D. (2004). Enfermería Médicoquirúrgica (10ªed). México, D.F: McGraw-Hill.
- Sholtis, B. L., y Smith, S.D. (2002). Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica (9ªed). México, D.F: McGraw-Hill. Interamericana.
- Solange Heller, R. (1996). Nutrición: Temas de Pediatría, México, D.F: McGraw-Hill. Interamericana.
- Tumores de Células Germinales. Recuperado de <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/TumoCelulasGerminales.pdf>

- William, S. L., y Hopper, D. P., (2009). Enfermería Medicoquirúrgica (3ªed). Barcelona, España: Elsevier.

## X. ANEXOS

### Anexo 1 Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**Consentimiento informado**

Yo P. A. S. D. doy mi consentimiento para participar en la aplicación de la metodología de intervención de enfermería (Proceso de Enfermería), que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, para planear y proporcionar Cuidados de Enfermería Integrales que beneficiarán mi estado de salud, fundamentado en la Teoría General del Deficit de Autocuidado, de Dorotea E. Orem. Asimismo para estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de Licenciada (o) en Enfermería.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención y de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, y con pleno estado de mis facultades mentales. Sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado (a) de quien es el responsable de la aplicación del Proceso de Enfermería, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

\_\_\_\_\_  
Usuario Glorilendi Reyes Girón.  
Pasante de Licenciatura en Enfermería

(Mamá)  
Testigo

Morelia, Mich. a 29 de Enero 2017.

**Anexo 2 Valoración con el referente teórico de Dorothea E. Orem**

**GUIA DE VALORACION**

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

Elaboró: MCE. Vanesa Jiménez Arroyo

**I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS**

**a) Descriptivos de la persona**

Fecha: 23/ene/17 Nombre: P.A.S.D Sexo: Fem Edad: 1 año 5 meses

Religión: ---- Edo civil: ---- Escolaridad: ----

Lugar de residencia: Morelia Mich.

Domicilio actual (calle número, colonia): \_\_\_\_\_

**Características de la vivienda:**

Renta: \_\_\_\_\_ Propia: X Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Material de construcción:**

Adobe: \_\_\_\_\_ Ladrillo: X Otros: \_\_\_\_\_

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua Potable: X Luz Eléctrica: X Drenaje: X

Pavimentación: X

**Condiciones ambientales de la comunidad:**

**Servicios básicos:**

Alumbrado público: X Recolección de basura: X

Drenaje y alcantarillado: X

**Rol que ocupa en la familia:**

Padre ( ) Madre ( ) Hijo (X) Esposa/o ( )

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

Como es su relación con la familia:

Buenas: ( ) Regular: (X) Mala: ( )

**Nivel de educación:**

Analfabeta: ( ) Primaria: ( ) Secundaria ( ) Bachillerato: ( ) Licenciatura: ( )

Otros: Lactante Mayor.

Ocupación: N.A Horario: N.A

Antecedentes laborales: N.A

**Ingreso económico familiar:**

Menos de 1 S.m. ( ) 1-2 S.m. ( ) más de 3 S.m. ( )

Dependencia económica: Si (X) No ( )

De quien: Padres ( ) Esposa/o ( ) Otros: Abuelos maternos.

**b) Patrón de vida.**

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales ( ) Culturales ( ) Deportivas ( ) Religiosas ( )

Otras: N.A

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

A cuidados de abuelos maternos y Mamá, para así mismo asistir puntualmente a sus consultas médicas.

**c) Estado del sistema de salud**

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno ( ) Regular (X) Deficiente ( )

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS ( ) ISSSTE ( ) SALUBRIDAD (X) PARTICULAR ( )

Diagnostico medico: Tumor Germinal en Útero

Estado de salud: Grave: ( ) Delicado ( ) Estable: (X)

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:  
Hace 40 minutos De su casa al médico.

#### **d) Estado del desarrollo**

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si ( ) No (X)

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

Menor de edad (1 año 5 meses)

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

La mamá y abuelos maternos.

#### **REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES**

##### **a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.**

Frecuencia respiratoria: 32 X<sup>1</sup> llenado capilar: 2 segundos.

Cianosis: Si ( ) No (X) Especifique: \_\_\_\_\_

Tabaquismo: Si ( ) : (X) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cocina con leña?

Si ( ) No (X) Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Alergias: Si ( ) No (X) Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de respiración:

Normal (X) Disnea: ( ) Bradipnea: ( ) Taquipnea: ( ) Polipnea: ( )

Otros: \_\_\_\_\_

Nariz:

Desviación del tabique: ( ) Pólipos: ( ) Secreciones: (X) Dolor: ( )

Edema: ( ) Otros: Secreciones respiratorias rinorrea, flujo nasal cristalino.

Tórax:

Tunel: ( ) En quilla ( ) En embudo: ( )

Otros: \_\_\_\_\_



**c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos**

Peso: 8 Kg Talla: 72 cm IMC: 1.54 Cintura: 50 cm

Ha observado variaciones del peso:

Si (X) No ( )

Perdida: (X) Ganancia: ( )

1-3 kg (X) Especifique: Peso 10 kg, en un mes disminuyó a: 9.7 kg, durante el internamiento hospitalario, disminuyó: 8 kg.

4-6 kg ( ) 7-9 kg ( ) > 10 kg ( )

Dentadura:

Completa: ( ) Faltan piezas (X) Prótesis Fija: ( ) Prótesis

Extraíble: ( )

Especifique: está en crecimiento.

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si ( ) No (X)

Especifique:

Lengua en tónica ( ) Estomatitis ( ) Xerostomía ( ) Tumor oral ( )

Leucoplaquia ( ) Edema ( ) Lesión oral ( ) Drenaje purulento ( )

Gingivorragia ( ) Ulceraciones ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Alteraciones en cara y cuello: Normal.

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: ( ) Disminuido: ( ) Aumentado: ( ) Normal: (X)

Distensión abdominal: ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Presenta algún problema en la alimentación:

Si (X) No ( ) Nota: Solo cuando está hospitalizada no consume alimentos.

Cual: Acidez ( ) Nauseas (X) Vomito ( ) Hematemesis ( ) Disfagia ( )

Pirosis ( ) Regurgitación ( ) Polidipsia ( ) Polifagia ( ) Bulimia ( )

Anorexia ( ) Reflujo ( ) Sialorrea ( ) Saciedad ( ) Eructos ( )

Otros: \_\_\_\_\_

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si (X) No ( ) Especifique: Es menor de edad (1 año 5 meses).

Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: ( ) Sonda Nasoyeyunal: ( ) Gastroclisis: ( )

Nutrición Parenteral ( ) Nutrición Enteral ( )

Que tan frecuente come usted:

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

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche	X			
Deriv. De leche				X
Carnes				X
Cereales	X			
Verduras	X			
Frutas	X			
Huevos				X
Pescado		X		
Pastas y harinas		X		

Consume su ración de leche normal 480 ml, seis veces al día.

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (X) Manteca: ( )

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones ( ) Diabética ( ) Hiposodica (X) Hipoproteica (X)

Hiperproteica ( ) Otros: \_\_\_\_\_

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

**Grupo de evacuación intestinal:**

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía ( ) Ileostomía ( ) Hemorroides ( )

Pólipo rectal ( ) Rectorragia ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: ( ) Pujo ( ) Cólico ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Apoyo para la eliminación intestinal:

Espontánea: (X) Estreñimiento: ( ) Diarrea: ( ) Otros: Evacua normal

Características de las heces fecales:

Café: ( ) Acolia: ( ) Melena: ( ) Otros: Amarillas

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa ( ) Semipastosa (X) Líquida ( ) Semilíquida ( ) Dura ( )

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia ( ) Retención urinaria ( ) Tenesmo ( ) Disuria ( )

Alteraciones uretero-vesicales: \_\_\_\_\_

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: ( ) Oliguria: ( ) Anuria: ( )

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: ( ) Cateterismo vesical ( ) Higiene (X) Otros:

\_\_\_\_\_

### **Características de la micción:**

Ámbar (X) Especificar: 6 veces al día. Coluria ( ) Hematuria ( ) Turbia ( )

Otros: \_\_\_\_\_

### **Grupo transpiración:**

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: ( ) Ausente (X) Aumentada ( )

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36.5°C Dolor: ( ) Alt. Emocionales ( )

Temperatura ambiental: 21 °C Otros: \_\_\_\_\_

Grupo menstruación:

Menarca: N.A Días del ciclo menstrual: N.A

Tipo, cantidad y características del flujo: N.A

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si ( ) No ( ) Ocasional ( ) Especifique: N.A

**e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo**

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr ( ) 6-8 Hr ( ) 8-10 Hr (X) >10 Hr ( )

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado ( ) Descansado (X) Fatigado ( ) Otros:

\_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si ( ) No (X)

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si ( ) No (X)

¿Desde cuándo?

1 semana ( ) 15 días ( ) 1 mes ( ) >1 mes ( )

Presencia de:

Bostezo: ( ) Insomnio: ( ) Hipersomnio: ( ) Pesadillas: ( ) Alucinaciones:  
( )

Ojeras: ( ) Ronquidos: ( ) Enuresis: ( ) Sonambulismo: ( ) Terrores  
nocturnos: ( )

Factores que interrumpen su descanso y sueño:

\_\_\_\_\_

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si (X) No ( ) Especifique: una vez al día, de tres a cinco de la tarde aproximadamente.

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si (X) No ( ) Especifique: Abrazarla y darle su biberón.

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: ( ) Rigidez: ( ) Inflamación: ( ) Limitaciones: ( ) Contracturas: ( )

Especifique: Receta de Quimioterapias

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>SOLUCIÓN</u>	<u>VOLUMEN</u>	<u>N° DOSIS</u>	<u>FECHA</u>
ONDASETRÓN	2 Mg	Dextrosa	20 mls	1	14, 15,16,17,18 Diciembre 2016
ETOPÓSIDO	43 Mg	Fisiológica	107.5 mls	1	14, 15,16,17,18 Diciembre 2016
CISPLATINO	8.6 Mg	Cloruro de Sodio	10 mls	1	14, 15,16,17,18 Diciembre 2016
BLEOMICINA	6.5 UI	Fisiológica	13 mls	1	14 Diciembre 2016.

Filgrastim 90 mgs vía intramuscular

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si ( ) No (X) Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si ( ) No (X) Cual: \_\_\_\_\_

Frecuencia/duración: N.A

**f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción**

**Sistema auditivo:**

Presenta problemas de audición:

Si ( ) No (X) Especifique: \_\_\_\_\_

Utiliza apoyo para escuchar:

Si ( ) No (X)

Presencia de:

Mareo ( ) Vértigo ( ) Acufenos ( ) Malformaciones ( ) Tumoraciones ( )

Lesiones ( )

**Sistema ocular:**

Presenta problemas visuales:

Si ( ) No (X) Especifique:

Utiliza lentes: No

Armazón: ( ) Contacto: ( ) Tiempo: \_\_\_\_\_

Presencia de alteraciones oculares:

Si ( ) No (X) Especifique:

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (X) Amigos ( ) Compañeros de Trabajo ( )

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena ( ) Regular (X) Mala ( )

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia ( ) Amigos ( ) Nadie ( ) Otros: N.A

Observar:

Seguridad ( ) Timidez ( ) Introversión ( ) Apatía ( ) Extraversión ( )  
Otros: Presenta irritabilidad.

Razones que le impiden socializar:

Lejanía ( ) Enfermedad ( ) Rechazo ( ) Miedo ( )  
Dificultad para la comunicación Si ( ) No (X) Otros: \_\_\_\_\_

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

#### **Sistema Neurológico:**

Estado de conciencia:

Consiente ( ) Inconsciente ( ) Sopor ( ) Estupor ( ) Confusión ( )  
Coma ( ) Glasgow: \_\_\_\_\_

Problemas con:

Concentración ( ) Razonamiento ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la deambulaci3n?

Bast3n ( ) Silla de ruedas ( ) Andador ( ) Otros: Andadera Infantil.

Antecedentes heredofamiliares patol3gicos:

Si (X) No ( ) Especifique: Antecedentes heredofamiliares patol3gicos: tumores. Adem3s de que la usuaria presenta tumor germinal en 3tero, para lo cual se le est3n dando quimioterapias en un nosocomio de Morelia.

Toxicoman3as:

Si ( ) No (X) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si ( ) No (X) Especifique: \_\_\_\_\_

### **h) Funcionamiento humano y grupos sociales**

¿Se acepta en su estado f3sico?

Si ( ) No ( ) Especifique: N.A

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si ( ) No ( ) Especifique: N.A

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si (X) No ( ) Especifique: Depende de su mamá y abuela materna para cubrir sus necesidades básicas.

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si ( ) No ( ) Especifique: N.A

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si ( ) No (X)

Depresión ( ) Ansiedad ( ) Vergüenza ( ) Temor ( )

Desesperanza y negatividad ( )

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación ( ) Inadaptación ( ) Irritabilidad ( ) Culpa ( ) Agresión ( ) Cólera ( )

Nota: La mamá se le observa estresada, cansada, al parecer no le brinda los cuidados necesarios que requiere. La abuela refiere alteración en la dinámica familiar y que el cuidado de la usuaria recaerá mayormente en ella.

La usuaria está llevando su tratamiento (quimioterapias) en el Hospital Infantil de Morelia, hasta el momento se le han realizado 15 sesiones de quimioterapia, cinco por mes.

## **REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO**

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

### **1. Etapas del ciclo vital**

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

Niñez	Si ( )	No ( )	Especifique: <u>N.A</u>
Edad escolar	Si ( )	No ( )	Especifique: <u>N.A</u>
Adolescente	Si ( )	No ( )	Especifique: <u>N.A</u>
Adulto joven	Si ( )	No ( )	Especifique: <u>N.A</u>
Edad fértil	Si ( )	No ( )	Especifique: <u>N.A</u>
Adulto maduro	Si ( )	No ( )	Especifique: <u>N.A</u>

## 2. Salud sexual

### Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si ( ) No ( ) Especifique: N.A

¿Cuál es su orientación sexual? N.A

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual? N.A

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si ( ) No ( ) Porque: N.A

Número de parejas sexuales: N.A

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si ( ) No ( ) Especifique/tratamiento: N.A

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si ( ) No ( ) Especifique/tiempo: N.A

Número de hijos: N.A

Tiene problemas de infertilidad:

Si ( ) No ( ) Especifique: N.A

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si ( ) No ( ) Especifique: N.A

Tratamiento: N.A

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si ( ) No (X) Especifique: \_\_\_\_\_

**Hombre:**

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si ( ) No ( ) Especifique: N.A

¿Presenta problemas de erección?

Si ( ) No ( ) Tratamiento: N.A

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si ( ) No ( ) Tratamiento: N.A

**Mujer:**

Menarca: N.A Días del ciclo menstrual: N.A

Tipo, cantidad y características del flujo: N.A

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si ( ) No ( ) Ocasional ( ) Especifique: N.A

Embarazos: N.A Partos: N.A Cesáreas: N.A Abortos: N.A

Partos prematuros: N.A Fechas de último Papanicolaou: N.A

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: N.A Características: \_\_\_\_\_

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si ( ) No (X) Especifique: \_\_\_\_\_

**II. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD**

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

4-6 meses ( ) 6-12 meses ( ) >12 meses ( ) No se realiza ( )

Especifique: 2 a 3 veces por mes.

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si ( ) No ( )

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? N.A

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si ( ) No ( )

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? N.A

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si ( ) No (X) Especifique: \_\_\_\_\_

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

Ambientales ( ) Familiares ( ) Personales ( )

Especifique: Si, debido a su edad, depende de su mamá y abuelos maternos.

La usuaria al momento de la aplicación de su tratamiento presenta náuseas y disminución del apetito rechazando los alimentos, por lo cual tiene una disminución de peso corporal.

**Anexo 3 Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos**

Requisitos universales	
Datos objetivos	Datos subjetivos
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
FR 32 X <sup>1</sup> Llenado capilar 2 seg Secreciones respiratorias rinorrea, flujo nasal cristalino. FC 115 X <sup>1</sup> T/A: 70/50 mmHg	
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
Mucosa oral y piel hidratadas.	Ingiere de 300-500 ml agua. Consume un aproximado de 240 ml de atoles y/o gelatinas.
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	

<p>Talla 72 cm.  IMC 1.54.  Cintura 50 cm.  Peso 10 kg, en un mes disminuyó a:  9.7 kg, durante el internamiento hospitalario, disminuyó: 8 kg.  Faltan piezas dentales por crecimiento.  Necesita ayuda para alimentarse, debido a su edad.</p>	<p>Presenta problemas de alimentación solo cuando está hospitalizada y falta de apetito.  No consume derivados de la leche (queso, crema, yogurth), ni carnes, ni huevos debido a la indicación médica.  Consume su ración de leche normal 480 ml, seis veces al día.  Consume pescado, pastas y harinas dos veces al día.  Consume cereales, frutas y verduras de temporada tres veces al día.  Durante la hospitalización presenta disminución del apetito y rechaza los alimentos.</p>
<p>4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.</p>	

Temperatura 36.5°C.	Diuresis 6 veces al día. Diuresis color ámbar. Evacuación normal, espontánea, heces fecales: amarillentas y semipastosas tres veces al día.
5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	
Acostumbra tomar siestas, una vez al día, de tres a cinco de la tarde. Necesita de ayuda para conciliar el sueño (Abrazarla y darle su biberón).	Duerme de 8-10 hrs habitualmente.
6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	
	Presenta irritabilidad Convive con sus familiares
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Utiliza Andadera Infantil, para llevar a cabo la deambulaci3n. Adem3s de que la usuaria presenta tumor germinal en 3tero, para lo cual se le est3n dando quimioterapias, en un nosocomio de Morelia.	Antecedentes heredofamiliares patol3gicos: tumores
8.- Promoci3n y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	

<p>Necesita ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo a su edad.</p> <p>La usuaria está llevando su tratamiento (quimioterapias) en el Hospital Infantil de Morelia, que refiere que hasta el momento se le han realizado 15 sesiones de quimioterapia, cinco por mes, así como también Filgrastim 90 mgs vía intramuscular.</p>	<p>La mamá se le observa estresada, cansada, al parecer no le brinda los cuidados necesarios que requiere.</p> <p>La abuela refiere alteración en la dinámica familiar y que el cuidado de la usuaria recae mayormente en ella.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Anexo 4 Razonamiento diagnóstico

Datos significativos (evidencia)	Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado involucrados)	Problema (etiqueta diagnóstica NANDA II) P	Factor relacionado (etiología) E	Características definitorias (signos y síntomas) S
<p>Peso 10 kg. En un mes disminuyó a: 9.7 kg Durante el internamiento hospitalario, disminuyó: 8 kg Talla 72 cm. IMC 1.54. Cintura 50 cm.</p> <p>Durante la hospitalización presenta falta de apetito y rechaza los alimentos</p> <p>No consume derivados de la leche (queso, crema, yogurth), ni carnes, ni huevos</p>	<p>Dominio 2 nutrición Clase 1 Ingestión Mantenimiento entre el aporte suficiente de alimentos.</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.</p>	<p>Ingesta insuficientes de alimentos.</p>	<p>Falta de interés en la comida. Incapacidad percibida para ingerir comida. Aversión a la comida. Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal.</p>

debido a la indicación médica.				
<p>La mamá se le observa estresada, cansada, al parecer no le brinda los cuidados necesarios que requiere.</p> <p>La abuela refiere alteración en la dinámica familiar y que el cuidado de la usuaria recae mayormente en ella.</p>	<p>Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2 Respuestas de afrontamiento.</p> <p>Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.</p>	<p>Afrontamiento familiar Incapacitante.</p>	<p>Estilos de afrontamiento distintos entre la persona de apoyo y el paciente.</p>	<p>Desatender necesidades del paciente. Distorsión de la realidad respecto al problema de salud del paciente. Rechazo.</p>
<p>La usuaria está llevando su tratamiento (quimioterapias) en el Hospital Infantil de Morelia, hasta el momento se le han realizado 15 sesiones de quimioterapia, cinco por mes.</p>	<p>Dominio 11 Seguridad/protección Clase 1 Infección Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.</p>	<p>Riesgo de Infección</p>	<p>Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos Procedimiento invasivo</p>	

Anexo 5

**RECETA DE QUIMIOTERAPIA**



**SEGURO POPULAR**  
COMPAÑÍA NACIONAL DE SEGURO POPULAR

**SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN**  
RECETA MÉDICA



Piso: 1  
Cuna: 16  
Piso: 10 Key.

NOMBRE Y CLAVE CLUES DE LA UNIDAD		FECHA		FOLIO	
DOMICILIO DE LA UNIDAD		DIA MES AÑO		3831440 -D	
NOMBRE DEL PACIENTE		No. DE EXP. CLÍNICO		171001	
DIAGNOSTICO		TIPO DE USUARIO		Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Oportunidades <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	

No.	CLAVE	NOMBRE GENERAL	INDICACIONES	CANTIDAD	FECHA
<b>RECETA DE BEP</b>					
1					
2					
3					
4	5428	ONDASETRÓN	2mg	DEXTROSA 20ml	14, 15, 16, 17, 18 diciembre
5	4230	ETOPÓSIDO	43mg	FISIOLÓGICA 10ml	14, 15, 16, 17, 18 diciembre
6	3046	CISPLATINO	0.6mg	CLORURO DE SODIO 10ml	14, 15, 16, 17, 18 diciembre
7	1767	BLEOMICINA	0.5UI	FISIOLÓGICA 10ml	14 diciembre

MÉDICO		PACIENTE		SURTIDO EN FARMACIA	
NOMBRE		Recibi medicamentos		PROPIA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>	
CED. PROF. No. POR		FIRMA O HUELLA		FIRMA	
REG. DE ESPECIALIDAD No.		FOLIO OPORTUNIDADES / SEGURO POPULAR		FIRMA PACIENTE	

ESTA RECETA SEBA SURTIDA SIN COSTO ALGUNO DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES A SU FECHA DE EXPEDICIÓN. EN INDICACIONES DEBE DESCRIBIR LA DOSE, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.

Anexo 6



**Secretaría de Salud**

SERVICIOS DE SALUD MICHOACÁN

**HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA**

"Eva Sámano De López Mateos "



**MICHOACÁN**

Int Bosque Cuauhtémoc S/N, Col. Centro, Morelia, Michoacán, México. Tel: (443) 312-2521 Ext. 213

NOMBRE: <b>P. A. S. O.</b>	SOLICITUD: <b>161202076</b>
SEGURO POPULAR: 1616022565-4 EXPEDIENTE: 171882	
FECHA DE ADMISIÓN: 02/12/2016	RECIBO DE PAGO:
FECHA DE IMPRESIÓN: 02/12/2016 03:34 pm	SERVICIO: Triage
MEDICO SOLICITANTE:	DIAGNOSTICO: TUMOR SENO
	SEXO: FEMENINO EDAD: 1 año

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
<b>HEMATOLOGIA</b>			
<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>			
Leucocitos totales	*	<b>15.93</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 5.00 - <b>15.00</b>
Eritrocitos	*	<b>5.50</b>	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> 3.30 - <b>5.00</b>
Hemoglobina	*	<b>16.0</b>	g/dL 11.5 - <b>15.0</b>
Hematocrito	*	<b>46.6</b>	% 33.0 - <b>40.0</b>
Volumen Globular Medio (VCM)		84.70	fL 75.00 - 98.00
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)		29.1	pg 25.0 - 34.0
Concentración Media Hb Corpuscular (CHCM)		34.3	g/dL 28.0 - 35.0
Ancho de Distribución de Eritrocitos (RDW)		14.7	% 11.5 - 15.5
Plaquetas	*	<b>512</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 150 - <b>400</b>
Volumen Plaquetario Medio (VPM)		9.7	fL 5.0 - 10.0
Neutrofilos %	*	<b>56.4</b>	% 31.0 - <b>45.0</b>
Linfocitos %	*	<b>23.9</b>	% 29.0 - 54.0
Monocitos %	*	<b>18.9</b>	% 4.0 - <b>8.0</b>
Eosinofilos %	*	<b>0.0</b>	% 1.0 - 3.0
Basofilos %		0.8	% 0.0 - 1.0
Neutrofilos #	*	<b>8.99</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.50 - <b>8.50</b>
Linfocitos #		3.81	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 3.00 - 10.50
Monocitos #	*	<b>3.01</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.20 - <b>0.70</b>
Eosinofilos #		0.00	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.00 - 0.40
Basofilos #		0.12	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.00 - 0.20
<b>Diferencial Manual</b>			
Neutrofilos:	60	%	
Bandas:	0	%	
Linfocitos:	18	%	
Monocitos:	22	%	
Eosinofilos:	0	%	
Basofilos:	0	%	
Linfocitos Atípicos:	0	%	
Metamielocitos:	0	%	
Mielocitos:	0	%	
Promielocitos:	0	%	
Blastos:	0	%	

Liberación: 02/12/2016 12:22:03 p.m. Libero: \_\_\_\_\_

(\*) Todos los resultados fuera del rango de referencia son verificados antes de su validación. La interpretación de estos estudios solo podrá hacerla su Médico.

Responsable de Laboratorio

Anexo 7



SERVICIOS DE SALUD MICHOCÁN  
**HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA**  
 "Eva Sámano De López Mateos"



Int. Bosque Cuauhtémoc S/N, Col. Centro, Morelia, Michoacán, México. Tel: (443) 312-2521 Ext. 213

NOMBRE: <b>P. A. S. D.</b>	SOLICITUD: <b>170118003</b>
SEGURO POPULAR: 1616022565-4 EXPEDIENTE: 171882	 SEXO: FEMENINO EDAD: 1 año
FECHA DE ADMISIÓN: 18/01/2017	
FECHA DE IMPRESIÓN: 18/01/2017 02:10 am	
MEDICO SOLICITANTE: A QUIEN CORRESPONDA	RECIBO DE PAGO: SERVICIO: Urgencias DIAGNÓSTICO: TUMOR GERMINAL

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
<b>HEMATOLOGIA</b>			
<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>			
Leucocitos totales	12.42	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	5.00 - 15.00
Eritrocitos	* <b>2.99</b>	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	<b>3.30</b> - 5.00
Hemoglobina	* <b>9.0</b>	g/dL	<b>11.5</b> - 15.0
Hematocrito	* <b>27.1</b>	%	<b>33.0</b> - 40.0
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	90.60	fL	75.00 - 98.00
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	30.1	pg	25.0 - 34.0
Concentración Media Hb Corpuscular (CHCM)	33.2	g/dL	28.0 - 35.0
Ancho de Distribución de Eritrocitaria (RDW)	* <b>18.2</b>	%	11.5 - <b>15.5</b>
Plaquetas	* <b>468</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - <b>400</b>
Volumen Plaquetario Medio (VPM)	8.8	fL	5.0 - 10.0
Neutrófilos %	* <b>76.6</b>	%	31.0 - <b>45.0</b>
Linfocitos %	* <b>16.1</b>	%	<b>29.0</b> - 54.0
Monocitos %	6.8	%	4.0 - 8.0
Eosinófilos %	* <b>0.1</b>	%	<b>1.0</b> - 3.0
Basófilos %	0.4	%	0.0 - 1.0
Neutrófilos #	* <b>9.52</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	1.50 - <b>8.50</b>
Linfocitos #	* <b>2.00</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	<b>3.00</b> - 10.50
Monocitos #	* <b>0.84</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	0.20 - <b>0.70</b>
Eosinófilos #	0.01	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	0.00 - 0.40
Basófilos #	0.05	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	0.00 - 0.20
Diferencial Manual			
Neutrófilos:	71	%	
Bandas:	5	%	
Linfocitos:	17	%	NT
Monocitos:	7	%	
Eosinófilos:	0	%	
Basófilos:	0	%	
Linfocitos Atípicos:	3	%	
Metamielocitos:	0	%	
Mielocitos:	0	%	
Promielocitos:	0	%	
Blastos:	0	%	
Observaciones:			
ANISOCITOSIS +, ESCASA HIPOCROMIA, PLAQUETAS AUMENTADAS AL FROTIS			

Liberación: 18/01/2017 02:10:51 a.m. Libre:

(\*): Todos los resultados fuera del rango de referencia son verificados antes de su validación. La interpretación de estos estudios solo podrá hacerla su Médico.

Responsable de Laboratorio

Anexo 8



SERVICIOS DE SALUD MICHOACÁN  
**HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA**  
 "Eva Sámano De López Mateos"



Int. Bosque Cuauhtémoc S/N, Col. Centro, Morelia, Michoacán, México. Tel: (443) 312-2521 Ext. 213

NOMBRE: <b>P. A. S. O.</b>	SOLICITUD: <b>170118003</b>
SEGURO POPULAR: 16:6022565-4 EXPEDIENTE: 171882	
FECHA DE ADMISIÓN: 18/01/2017	
FECHA DE IMPRESIÓN: 18/01/2017 01:46 am	SERVICIO: <b>Urgencias</b>
MEDICO SOLICITANTE: A QUIEN CORRESPONDA	SEXO: <b>FEMENINO</b> EDAD: <b>Lario</b>
DIAGNOSTICO: <b>TUMOR GERMINAL</b>	

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
<b>QUIMICA CLINICA</b>			
Proteína C Reactiva	<b>*</b> <u>8.5</u>	mg/L	0.0 - <u>6.0</u>
<b>QUIMICA SANGUINEA 4 ELEMENTOS</b>			
Glucosa	<b>*</b> <u>101</u>	mg/dL	70 - <u>100</u>
Urea	17.0	mg/dL	15.0 - 44.0
BUN	<b>*</b> <u>7.9</u>	mg/dL	<u>8.0</u> - 20.0
Creatinina Serica	<b>*</b> <u>0.40</u>	mg/dL	<u>0.60</u> - 1.30
Acido Urico	<b>*</b> <u>4.20</u>	mg/dL	<u>4.80</u> - 8.70
<b>ELECTROLITOS SERICOS 6 ELEMENTOS</b>			
Sodio	<b>*</b> <u>132</u>	mmol/L	<u>135</u> - 144
Potasio	3.97	mmol/L	3.60 - 5.19
Cloro	<b>*</b> <u>97.70</u>	mmol/L	<u>101.00</u> - 111.60
Calcio	9.3	mg/dL	6.9 - 10.3
Fosforo	4.2	mg/dL	3.0 - 4.5
Magnesio	2.4	mg/dL	1.8 - 2.5

Liberación: 18/01/2017 01:46:24 a.m. Liberó: \_\_\_\_\_

(\* Todos los resultados fuera del rango de referencia son verificados antes de su validación. La interpretación de estos estudios solo podrá hacerla su Médico

Responsable de Laboratorio \_\_\_\_\_

## XI. APÉNDICES

**Tabla 1**

ALIMENTOS DE BAJO COSTE Y NUTRITIVOS		
Pera	Papaya	Elote
Manzana	Papa	Calabaza
Plátano	Fresa	Mango
Chayote	Piña	Sandia

Fuente: tomado de William, S. L., y Hopper, D. P., Enfermería Medicoquirúrgica, (2009).

**Tabla 2** Dieta recomendada acorde a enfermedad y edad de la usuaria

Dieta Blanda	Alimentos permitidos
Es una dieta de fácil digestión. Hipograsa Baja en alimentos crudos Sin irritantes ni condimentos	Granos enteros (cereales, panes, harinas, y galletas saladas) Arroz al vapor Frutas y verduras de fácil digestión (con poco contenido d fibra) Gelatina, jugo y agua Carnes magras (pollo, pavo, conejo) Alimentos ricos en proteínas (pescado)

Fuente: Elaboración propia a partir de la patología que presenta la usuaria.

