



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERIA

**Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de Dorothea E. Orem
aplicado a una persona con tumor de ovario izquierdo**

Que para obtener el grado de Licenciada en Enfermería

Presenta:

PLE. Neicy Marlenne García Jasso

Asesora:

Dra. Ma. Del Carmen Montoya Díaz

Coasesora:

ME. Cirila Dimas Palacios

Morelia, Michoacán septiembre del 2017

DIRECTIVOS

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora

MSP. Julio César González Cabrera

Secretario académico

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Secretaría administrativa

MESA SINODAL

Presidenta

Dra. Ma. Del Carmen Montoya Díaz

Vocal

M.E. Ana Celia Anguiano Morán

Vocal

Dra. María jazmín Valencia Guzmán

Soy poseedora del privilegio del pensamiento y un cuerpo sano.

Estoy segura que mis metas planteadas como profesionista darán fruto en el futuro y por ende me debo esforzar cada día para ser mejor en la vida en cualquier lugar en que me encuentre sin olvidar el respeto que merece la vida y engrandece al ser humano.

Neicy Marlenne García Jasso

DEDICATORIAS

A mi Mamá Alma

Por haberme otorgado el maravilloso don de la existencia, teniendo como cimiento su amor incondicional, por haberme conducido con la más grande sabiduría estando siempre conmigo en los días más felices y angustiantes como estudiante. Y ha sido para mí un ejemplo de vida

A mi esposo Juan y mi hijo Matías

Que son otros de mis pilares para seguir adelante.
Y poder terminar con éxito el proceso para titularme, ya que han estado en todos los momentos a mi lado. Los amo.

A mis abuelos Teresa y Crisóforo

Por ser el apoyo fundamental en todo lo que soy, en mi proceso de educación, tanto académica como de la vida, por haber sido un soporte absoluto moral y económico ejemplarmente mantenido a través del tiempo.

A Gabriela Gómez, Gabriela Morales, Glorilendi Reyes y Andrea Rendón

Por compartir las alegrías del éxito y las tristezas cuando sentíamos que la carga del estudio era demasiado intensa y difícil.

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Por saberme llenar de su paz y condescendencia para llevar a cabo el proceso con la ayuda de la persona a la que le otorgue mis cuidados y me permitió él logró de mi objetivo dejándome continuar sin desfallecer en el intento.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Por haberme dado la oportunidad invaluable de ser una egresada orgullosamente Nicolaita

A la Facultad de Enfermería

Porque en sus aulas obtuve los conocimientos científicos, humanísticos y mi crecimiento personal que me han permitido formarme como Licenciada en Enfermería

A mis Maestros

Ya que ellos me enseñaron a valorar la trascendencia del estudio, del esfuerzo y del aprendizaje del día a día para mi superación académica, por sus directrices y la deferencia de la comunicación.

A Ma. Amada

Por haberme brindado la confianza de dejarse guiar por mis cuidados profesionales en su problema de salud y saber mantener con estricta ética y confidencialidad en esta etapa tan importante de su vida, porque aun logramos mantener en este momento la misma estrecha comunicación.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
JUSTIFICACIÓN	14
II. OBJETIVOS	16
2.1 GENERAL	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
III. MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO	17
3.1 PROCESO DE ENFERMERÍA	17
3.1.1 Definiciones	17
3.1.2 ANTECEDENTES	17
3.1.3 CARACTERÍSTICAS	18
<i>Es cíclico y dinámico;</i>	18
<i>Es flexible:</i>	18
<i>Tiene una base teórica:</i>	18
3.1.4 BENEFICIOS Y/O VENTAJAS	19
3.1.5 ETAPAS	19
3.1.5.1 VALORACIÓN:	19
TIPOS DE VALORACIÓN	19
➤ <i>Inicial:</i>	19
➤ <i>Centrada en el problema:</i>	19
➤ <i>Urgente:</i>	19
➤ <i>Revaloración al cabo de un tiempo:</i>	20
PASOS:	20
a) <i>Recolección de la información:</i>	20
SE PUEDEN RECOLECTAR LOS SIGUIENTES TIPOS DE DATOS:	20
<i>Objetivos:</i>	20
<i>Subjetivos:</i>	20
<i>Históricos:</i>	20
<i>Actuales:</i>	20
LOS MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
<i>Entrevista:</i>	21
<i>Exploración física:</i>	21
<i>Inspección:</i>	21
<i>Palpación:</i>	21
<i>Percusión:</i>	22
<i>Auscultación:</i>	22
B) VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN:	22
C) REGISTRO DE LA INFORMACIÓN:	22
3.1.5.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:	23
CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	23

<i>Diagnostico real:</i>	23
<i>Diagnóstico de riesgo:</i>	23
<i>Diagnóstico de salud (diagnóstico de promoción de la salud):</i>	24
<i>Diagnóstico de síndrome:</i>	24
PASOS:	24
a) <i>Razonamiento diagnóstico:</i>	24
c) <i>Validación:</i>	25
3.1.5.3 PLANIFICACIÓN	26
TIPOS DE PLANIFICACIÓN	26
➤ <i>Inicial:</i>	26
➤ <i>En curso:</i>	26
➤ <i>Para el alta:</i>	27
PASOS:	27
a) <i>Establecen prioridades:</i>	27
b) <i>Elaborar objetivos:</i>	27
c) <i>Determinación de acciones de enfermería:</i>	27
d) <i>Documentación del plan de cuidados:</i>	28
3.1.5.4 EJECUCIÓN	28
ES LA CUARTA ETAPA DEL PROCESO ENFERMERO QUE COMIENZA UNA VEZ QUE SE HAN ELABORADO LOS PLANES DE CUIDADOS Y ESTÁ ENFOCADA AL INICIO DE AQUELLAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA QUE AYUDAN AL CLIENTE A CONSEGUIR LOS OBJETIVOS DESEADOS.	28
PASOS:	29
a) <i>Preparación: Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:</i>	29
b) <i>Intervención:</i>	29
c) <i>Documentación:</i>	29
3.1.5.5 EVALUACIÓN	30
<i>Continua:</i>	30
<i>Intermitente:</i>	30
<i>Final o terminal:</i>	30
COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN:	30
TEORÍA ENFERMERA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM (TEDA)	32
DOROTHEA E. OREM	32
<i>BIOGRAFÍA</i>	32
FUENTES TEÓRICAS	32
UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS	33
PRINCIPALES SUPUESTOS	33
LOS PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE ESTA TEORÍA SON:	34
AUTOCUIDADO:	34
CUIDADO DEPENDIENTE:	34
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO:	34
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:	35
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:	35
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE SALUD:	36

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO:	37
ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO:	37
ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE:	37
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:	37
ACTIVIDAD ENFERMERA:	37
DISEÑO ENFERMERO:	37
MÉTODOS DE AYUDA:	37
FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:	38
1.-TEORÍA DEL AUTOCUIDADO	38
2.- TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	38
3. TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA.....	40
LOS CONCEPTOS META PARADIGMÁTICOS DE ESTA TEORÍA SON:	41
IV. METODOLOGÍA	43
V. CASO CLÍNICO ORDENADO DE ACUERDO A LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE DOROTHEA E. OREM.....	44
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	48
7.1 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	48
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, PROBLEMA O SITUACION DE SALUD QUE PRESENTA LA USUARIA CON CANCER DE OVARIO IZQUIERDO	52
CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS SOBRE LOS REQUISITOS UNIVERSALES EN OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.....	69
CONSENTIMINETO INFORMADO.....	75
LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA EN FORMA PRIORITARIA	76
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON BASE EN LA TAXONOMÍA NANDAII	77
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 1	77
PLAN DE INTERVENCIÓN CON BASE EN LAS TAXONOMÍAS NOC Y NIC	77
CRITERIO DE RESULTADO 1: CONOCIMIENTO: MANEJO DEL DOLOR	77
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	78
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: MANEJO DEL DOLOR	78
EJECUCIÓN	81
EVALUACIÓN	81
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	83
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 2	83
PLAN DE INTERVENCIÓN CON BASE EN LAS TAXONOMÍAS NOC Y NIC	83
CRITERIO DE RESULTADO 1: IDENTIDAD.....	83
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	84
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO.....	84
EJECUCIÓN	86
EVALUACIÓN	86

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 3	88
PLAN DE INTERVENCIÓN CON BASE EN LAS TAXONOMÍAS NOC Y NIC	88
CRITERIO DE RESULTADO 1: CONOCIMIENTO: DIETA	88
EJECUCIÓN	90
EVALUACIÓN	91
VIII. CONCLUSIONES	92
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
ANEXOS	95

PRESENTACIÓN

El Proceso de Enfermería (PE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería, agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, reales y potenciales, y evita que se pierda de vista el factor humano.

En este caso, se trata de la aplicación del PE basado en el referente teórico de Dorothea E. Orem, en una usuaria con diagnóstico médico de tumor de ovario izquierdo, con el objetivo de mejorar su estado de salud, controlar la enfermedad y prevenir complicaciones. Para su desarrollo se utilizó la taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (*Nursing Outcomes Classification*) Intervenciones de Enfermería y de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (*Nursing Interventions Classification*).

Fue importante aplicar el Proceso de Enfermería en una usuaria con Cáncer de Ovario para disminuir las respuestas humanas como el dolor crónico, mejorar la autoimagen corporal y la nutrición adecuada para la usuaria, prevenir complicaciones y mejorar las respuestas humanas fisiopatológicas y psicológicas. Es importante su aplicación porque se administran cuidados individualizados, de acuerdo a las necesidades o respuestas humanas de cada individuo, familia o comunidad ante problemas reales o potenciales.

“A TODAS NOS PUEDE PASAR”

ABSTRACT

The Nursing Process (PE) is a systematic method of providing efficient humanistic care focused on the achievement of expected results, based on a scientific model carried out by a nursing professional, accelerates the diagnosis and treatment of real and potential health problems, and prevents the human factor from being lost sight of.

In this case, it is the application of PE based on the theoretical reference of Dorothea E. Orem, in a female patient with medical diagnosis of left ovary tumor, with the objective of improving their health status, controlling the disease and preventing complications. For its development was used taxonomy II of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Classification of Nursing Outcomes Classification (NOC) Nursing Interventions and Classification of Nursing Interventions Classification (NIC).

It was important to apply the Nursing Process to an Ovarian Cancer user to decrease human responses such as chronic pain, improve body self-image and proper nutrition for the client, prevent complications and improve human pathophysiological and psychological responses.

Its application is important because individualized care is given according to the human needs or responses of each individual, family or community to real or potential problems.

“A TODAS NOS PUEDE PASAR”

**TUMOR DE OVARIO, DOROTHEA E. OREM, MUJERES ADULTAS, RANGO DE
EDAD DE 35 A 70 AÑOS, CALIDAD DE VIDA.**

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería (PE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes e integrales centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería, agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, reales y potenciales y evita que se pierda de vista el factor humano.

Consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales, además de darle a la profesión la categoría de ciencia. Su uso, permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas.

En este caso, se trata de la aplicación del PE basado en el referente teórico de Dorothea E. Orem, en una persona con diagnóstico médico de tumor de ovario izquierdo, con el objetivo de mejorar su estado de salud y por ende la calidad de vida, controlar la enfermedad y prevenir complicaciones.

Ya que el cáncer de ovario es el séptimo tipo de cáncer más frecuente y la séptima causa de muerte relacionada con el cáncer entre las mujeres en todo el mundo. (Vargas, 2013)

En el tema particular que nos ocupa, la aplicación de esta metodología se consideró importante porque se respetaron las cinco etapas del PE al otorgar los cuidados de enfermería a la usuaria y a su familia al contribuir en la mejora del estado de salud, control de la enfermedad y prevención de complicaciones. Para su desarrollo se utilizó la taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (*Nursing Interventions Classification*) y de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (*Nursing Outcomes Classification*).

Este trabajo está integrado por nueve capítulos que abarcan la justificación, objetivos, marco teórico, metodología, caso clínico, consideraciones éticas, aplicación del Proceso de Enfermería, conclusiones, referencias bibliográficas, además de anexos.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Enfermería es un método sistemático que prevé cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Se apoya en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es importante su aplicación porque se administran cuidados individualizados, de acuerdo a las necesidades o respuestas humanas de cada individuo, familia o comunidad ante problemas reales o potenciales. También permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, trata a la persona como un todo debido a que el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él, la familia así como el entorno en que se desenvuelve y no solo a su enfermedad.

En otras palabras es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera cuidados sistematizados, lógicos y racionales además de que a la profesión la categoriza como ciencia. Otros objetivos son; cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad para prevenir complicaciones.

Su aplicación tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente, y sobre la enfermera. Profesionalmente define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados integrales de enfermería y para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

En este caso se aplicó en una usuaria con diagnóstico médico de tumor de ovario, este tipo de tumor se desarrolla sobre todo en las mujeres de entre 50 y 70 años; globalmente, alrededor de 1 de cada 7 mujeres desarrolla esta enfermedad. Es el tercer tipo de cáncer más frecuente del aparato reproductor femenino pero, en cambio, mueren más mujeres de cáncer de ovario que de cualquier otro que afecte al aparato reproductor (Cáncer Epitelial de Ovario, 2013).

El cáncer de ovario ocupa el octavo lugar en incidencia y el séptimo en mortalidad entre el género femenino a nivel mundial con aproximadamente 205, 000 nuevos casos al año en todo el mundo. Representa entre el 4 y el 5% de los tumores femeninos. (Asociación Española Contra el Cáncer, 2011).

Las defunciones del cáncer de ovario registraron el sexto lugar con 4009 defunciones en noviembre del 2016 para los Estados Unidos Mexicanos, y Michoacán ocupó el quinto lugar en diciembre del año 2016.

La tasa de morbilidad hospitalaria en el País fue de 39.5% en mujeres de 65 a 74 años de edad. En tanto que la tasa de letalidad hospitalaria registró 10.90% debido a tumores malignos. (INEGI, 2016)

Lo cual es un reflejo de la problemática de salud que se manifiesta por el cáncer en mujeres que superan los 54 años de edad. Por lo que en el caso particular que nos ocupa es importante aplicar el Proceso de Enfermería en una usuaria con Cáncer de Ovario para disminuir las respuestas humanas como el dolor crónico, mejorar la autoimagen corporal y la nutrición adecuada para la usuaria, prevenir complicaciones y mejorar esas respuestas humanas, fisiopatologías y psicológicas.

II. OBJETIVOS

2.1 General

Aplicar el Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem, en una usuaria con tumor de ovario izquierdo en control para mejorar su calidad de vida, prevenir complicaciones y controlar las respuestas humanas.

2.2 Específicos

- Valorar las respuestas humanas de la usuaria para identificar problemas de salud y/o reforzar las fortalezas existentes.
- Diseñar diagnósticos de enfermería con base a la taxonomía II de la NANDA.
- Planear los cuidados de enfermería con la finalidad de ayudar a la usuaria a una mejor calidad de vida con base en la Clasificación de resultados e intervenciones de Enfermería.
- Ejecutar los cuidados de enfermería planificados a la usuaria y familia.
- Evaluar los resultados de los cuidados de enfermería y el estado de salud de la usuaria.

III. MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO

3.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

3.1.1 Definiciones

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería, agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, reales y potenciales, y evita que se pierda de vista el factor humano.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales, le da a la profesión la categoría de ciencia. Su uso, permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. Con el PE, se trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atención de enfermería enfocados específicamente a él y no solo a su enfermedad. (Rodríguez, 2002, p. 30)

3.1.2 ANTECEDENTES

El Proceso de Atención de Enfermería (denominado así anteriormente) tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y

evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Actualmente se conoce como Proceso de Enfermería integrado por cinco etapas; valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

3.1.3 CARACTERÍSTICAS

Es cíclico y dinámico: es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez.

Al final del primer ciclo, la asistencia puede terminar si los objetivos se han alcanzado, o el ciclo puede continuar con una reevaluación, o el plan de asistencia puede modificarse.

- Se centra en el paciente.
- La toma de decisiones está implicada en todas las fases del Proceso de Enfermería.
- Es interpersonal y colaborador.
- Es universal, se usa para todos los pacientes de diferentes edades.
- Se utilizan diversas habilidades del pensamiento crítico.
- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para lograr su objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo. Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establece entre la enfermera y el paciente.

Es flexible: Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier lugar o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: sustentada en una amplia variedad de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y es aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería. (Ídem).

3.1.4 BENEFICIOS Y/O VENTAJAS

Con la aplicación del PE se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que debe centrarse en la respuesta humana. Asimismo, enfermería podrá experimentar satisfacción al ser valorada por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas 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 (Rodríguez, Bertha Alicia, po. cit p.34).

A su vez se garantiza la calidad en la atención, debido a que diversos profesionales de salud, la atención médica se fundamentará en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, en este caso la enfermera realizará un diagnóstico de enfermería.

3.1.5 ETAPAS

3.1.5.1 VALORACIÓN:

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, es la base para las decisiones y actuaciones posteriores. (Ibídem, p 35)

Tipos de valoración

- **Inicial:** Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución de salud.
- **Centrada en el problema:** Es el proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería.
- **Urgente:** Es durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente.

- **Revaloración al cabo de un tiempo:** Se lleva después de varios meses posterior de la valoración inicial y se compara el estado actual con los datos basales obtenidos antes (Kozier, 2013, p.183).

Pasos:

a) Recolección de la información:

Da inicio desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta”, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Se pueden recolectar los siguientes tipos de datos:

Objetivos: Es la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc....)

Subjetivos: Son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiesta una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor el temor la debilidad, la impotencia, etc....)

Históricos: Se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplos: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos.)

Actuales: Son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización. (Ídem)

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes **directas** como **indirectas**. Son fuentes primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia.

Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Los métodos de recolección de datos son entrevista, exploración física y la observación.

Entrevista: Es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria, es un proceso diseñado para permitir que tanto el enfermero como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Exploración física: Es el método sistemático de recogida de datos que utiliza capacidades de observación para descubrir los problemas de salud. Se utilizan los métodos de auscultación, palpación y percusión.

Requiere de conocimiento, practica y tiempo; se lleva acabo de forma sistemática, puede ser cefalocaudal, por aparatos, o puede centrarse en un área conflictiva o hacer una exploración de detección selectiva.

Se puede realizar a través de la exploración, inspección, auscultación, palpación y percusión.

Inspección: Es la exploración visual del usuario, para determinar respuestas o estados normales, inusuales o anormales; es sistémica y detallada, ya que define características como el tamaño, color, textura, aspecto, movimiento y simétrica.

Palpación: Es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite a la enfermera evalúa el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Percusión: Consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno o varios dedos para producir sonido. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización.

Auscultación: Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos del cuerpo. (Ídem)

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, así se 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, 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 agrupación e interpretación de la información.

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 y formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería”. (Rodríguez, Bertha Alicia, op. cit p.47)

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se tratan 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.

Con respecto al registro de los datos, este varía de un centro laboral a otro, pero el “saber cómo y qué anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse a sí misma de posibles demandas por mala práctica profesional”. (Rodríguez, Bertha Alicia, op. cit p.47)

3.1.5.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Es la segunda etapa del Proceso Enfermero que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, (Rodríguez, Bertha Alicia, op. cit p.51) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades). (Rodríguez, 2002, p. 51)

Clasificación de los diagnósticos enfermeros

Diagnostico real: Describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados.

Un diagnóstico de enfermería real se compone por tres partes

Etiqueta diagnóstica + factor relacionado + características definitorias

El problema se une a los factores relacionados con las palabras ***relacionado con*** y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras ***manifestado por***.

Diagnóstico de riesgo: Un juicio clínico con respecto a la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso vital.

Un diagnóstico de riesgo se compone de dos partes:

Problema + factores de riesgo ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias).

Diagnóstico de salud (diagnóstico de promoción de la salud): Es la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y actualizar el potencial de salud humana; estas respuestas se expresan mediante una disposición a mejorar las conductas de salud específicas y se pueden utilizar en cualquier estado de salud. Pueden existir respuestas para la promoción de la salud en un individuo, familia, grupo o comunidad.

Debido a que los diagnósticos de promoción de la salud no requieren un factor relacionado, no hay relacionado con en la redacción de este diagnóstico. En su lugar las características definitorias proporcionan la evidencia del deseo por parte del paciente de mejorar su estado de salud actual.

Diagnóstico de síndrome: Es un juicio clínico respecto a un conjunto de diagnósticos enfermeros que suceden juntos y es mejor abordarlos también juntos y con intervenciones similares.

Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte: Problema de salud (etiqueta) diagnostica, describe el problema y suele contener en ella los factores etiológicos o contribuyentes. (Heather. H; Kamitsuru, 2015-2017, p.109)

Pasos:

- a) **Razonamiento diagnóstico:** Es la “aplicación del pensamiento crítico a la solución de problema (Rodríguez, Bertha Alicia, po. cit p.51). La enfermera(o) durante el razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Algunos autores sugieren hacer una clasificación de los datos “para dividir la información en clases concretas, este paso es indispensable siempre y cuando

durante la valoración no se hay seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar la información.

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 N.A.N.D.A y la estructura que debe tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

c) Validación: Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

¿La información recolectada del usuario/familia fue suficiente?

¿El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta?

¿Las deducciones realizadas fueron acertadas?

¿La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta?

¿Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías de la N.A.N.D.A?

¿Para asignar el nombre a las respuestas fisiopatologías se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud?

¿Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó?

¿La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas inter-dependientes se apegó a lo establecido?

d) Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas

interdependientes: Una vez validados los diagnósticos enfermeros 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. Las políticas y normas de cada institución para el cuidados de la salud generan una diversidad en los registros de enfermería; sin embargo todos deben considerar un apartado para que la enfermera (o) documente sus juicios clínicos (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes).

3.1.5.3 PLANIFICACIÓN.

Es la tercer etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”. Rodríguez, (2002, p. 73)

Tipos de planificación

- **Inicial:** la enfermera realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan asistencial completo, se observa el lenguaje corporal del usuario y se puede obtener alguna información intuitiva de la que no puede disponerse en una base de datos escrita.
- **En curso:** de esta se obtiene información nueva y evalúan las respuestas del usuario a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia. También tienen lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día.

- **Para el alta:** es el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia de salud completa y debe realizarse en el plan asistencial de todos los pacientes.

Pasos:

- a) Establecen prioridades:** Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinada de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.
- b) Elaborar objetivos:** Son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ellos “se mide el éxito de un plan determinado” (Rodríguez, Bertha Alicia, op.cit p.75) 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(o).
- c) Determinación de acciones de enfermería:** Las intervenciones son estrategias concretas diseñadas para ayudar al usuario a conseguir los objetivos y están encaminados a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnostico enfermero o problema interdependiente. 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, utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

d) Documentación del 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 cuidado pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato individuo 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; y los computarizados, 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) (Ídem)

3.1.5.4 EJECUCIÓN.

Es la cuarta etapa del Proceso Enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Tras valorar de nuevo al usuario y determinar las necesidades de asistencia la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Las actividades de enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del usuario guiar y tratar.

Las acciones de enfermería **dependientes** son aquellas que para ser realizadas se necesita no solo de enfermería sino que para ser llevadas a cabo dependen también de otros profesionales.

Las acciones independientes son las que lleva a cabo enfermería específicamente y se llevan a cabo en conjunto multidisciplinario.

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.
- 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: Se llevan 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, es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.

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. Las notas deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre/ firma de la enfermera(o). Así mismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas. Rodríguez, (2002, p. 90) (Ídem)

3.1.5.5 EVALUACIÓN.

Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Tipos de evaluación

Continua: Durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería y permite hacer modificaciones puntuales.

Intermitente: Realizada a intervalos determinados.

Final o terminal: Indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta.

Componentes de la evaluación:

- a) Identificación de los criterios de resultado (Modelos para cuantificar el éxito) que se utilizaran para medir los objetivos logrados.
- b) Recoger los datos relacionados con los criterios identificados.
- c) Evaluar los fines conquistados a través de la comparación de los datos obtenidos con los criterios identificados.

La evaluación del PAE debe hacerse durante todo el proceso. Antes durante y después en base a los criterios de evaluación según el diagnóstico y los objetivos.

Evaluación de las respuestas del cliente

Tiene 6 componentes

- a) Identificar la evolución esperada, que la enfermera/o utilizara para determinar la consecución del objetivo.
- b) Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
- c) Compara los datos con la evolución esperada y juzga si se han conseguido los objetivos.
- d) Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del paciente.
- e) Obtener conclusiones sobre el estado del problema
- f) Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.

Los criterios dependen del diagnóstico, objetivos e intervenciones de enfermería que ponemos.

En el plan de intervención se ponen solo iniciales del usuario.

En la intervención terapéutica irán todas las indicaciones médicas. (Ídem)

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



Dorothea E. Orem

BIOGRAFÍA

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década 1930.

Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of American (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad.

Las primeras experiencias enfermeras Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), servicios como personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas.

Fuentes teóricas

Orem (2001) estableció: 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 naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e

interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, una que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas.

Utilización de pruebas empíricas

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

Desde la perspectiva de la TEDA, los resultados enfermeros deseados incluyen satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad de autocuidado del paciente.

Los elementos conceptuales y las tres teóricas específicas comunes a todas las situaciones de la práctica enfermera.

Principales Supuestos

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década setenta y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973 Orem (2001) nos dice: que identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de enfermería:

1.- los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo a las leyes de la naturaleza.

2.- la actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otro para identificar las necesidades y realizar estímulos necesarios.

3.- los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, asiendo de la sostenibilidad de la vida los estímulos reguladores de las funciones.

4.- la actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros. (Ídem)

Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, aunó mismo y a los demás. Por este motivo Orem planteo presuposiciones y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros.

Los principales conceptos y definiciones de esta teoría son:

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

Cuidado dependiente: Es el cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el auto-cuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar (Ídem).

Requisitos de autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias en la regulación de aspectos del funcionamiento desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al

ocuparse intencionalmente del autocuidado se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviación de la salud.

Requisitos de autocuidado universales: Estos requisitos tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se propone ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños.

1. El aporte suficiente de aire
2. El aporte suficiente de alimentos
3. El aporte suficiente de agua
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso
6. El 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 al potencial humano.

Requisitos de autocuidado de desarrollo: Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de Nursing. (Ídem, 2011, p. 231)

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.
(Ibídem , 2011, p. 231) (ídem)

Pero también se pueden clasificar en dos grupos:

Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración, y previenen efectos negativos ejemplos:

- Vida intrauterina
- Vida neonatal: parto a término/prematuro.
- Lactancia
- Infancia, adolescencia y adulto joven
- Adulto
- Embarazo

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales ejemplos:

- Privación educacional
- Problemas de adaptación social
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
- Pérdida del trabajo
- Cambio súbito en las condiciones de vida.
- Cambio de posición social o económica
- Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal
- Muerte
- Peligros ambientales

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud: Son para las personas enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico.

Necesidades de autocuidado terapéutico: Están constituidos 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.

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. (Orem, 2001, p. 522)

Actividad de autocuidado 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.

Déficit de autocuidado: Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad d autocuidado, en las que las capacidades 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. (Ídem, 2001, p. 522)

Actividad enfermera: Es la actividad desarrollada por las personas formadas 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.(Raile y Marriner,2011, p.271)

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.

Métodos 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. (Ídem, 2011, p. 271)

Factores condicionantes básicos: Son los que alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias. Se han identificado diez factores:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Estado de desarrollo
- d) Estado de salud
- e) Modelo de vida
- f) Factores del sistema sanitario
- g) Factores del sistema familiar
- h) Factores socioculturales
- i) Disponibilidad de recursos
- j) Factores externos del entorno.

1.-Teoría del Autocuidado

Se comprende de una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de descarga de energía y factores medioambientales.

Se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

2.- Teoría del déficit de autocuidado

Expresa y desarrolla las razones por las que las personas requieren cuidados de enfermería, se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estuvieran limitadas por problemas de salud o de

cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo.

Esta teoría se muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de cuidado terapéutico, la enfermera compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente. Por lo tanto un déficit de autocuidado representa una relación en la cual la demanda de cuidado terapéutico excede la agencia de autocuidado.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

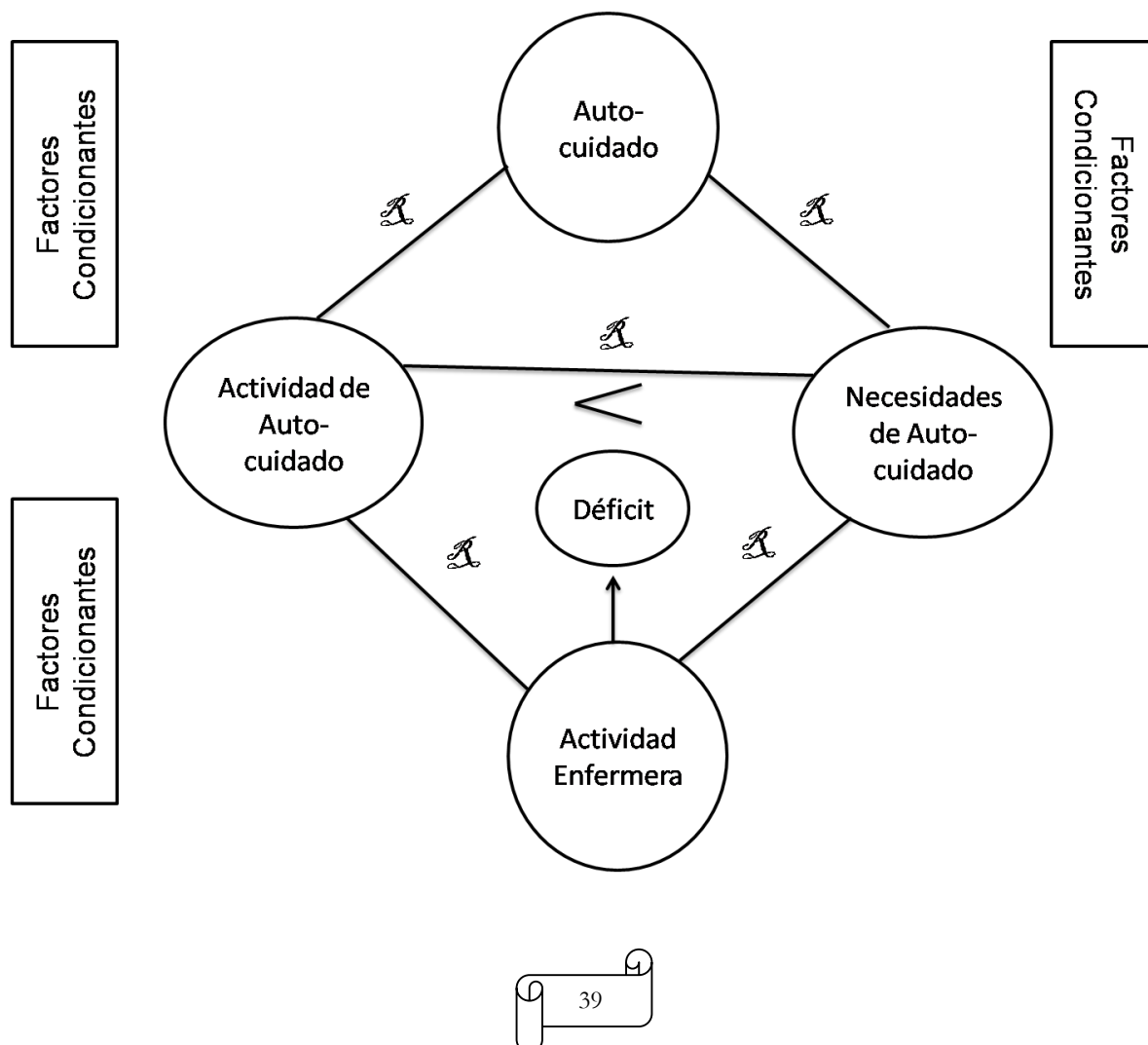


Figura 1 Un marco conceptual para la enfermería. R, Relación; <, déficit de relación, actual o prevista. Teorías y modelos de Enfermería, Raile y Marriner, 2011, 7ª ed. P. 275) (Ídem)

(Hay una relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todo o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. El déficit de autocuidado se identifica como completos o parciales, en donde el primero implica la falta de capacidad para satisfacer esta demanda de autocuidado terapéutico, y en el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer algunas condiciones subyacentes a una demanda de cuidado terapéutico. El déficit de autocuidado está asociado no solo a las limitaciones de los individuos para realizar medidas de cuidado.) (Ídem)

3. Teoría de los sistemas de enfermería

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. (Raile y Marriner, 2011, p. 273) (Ídem)

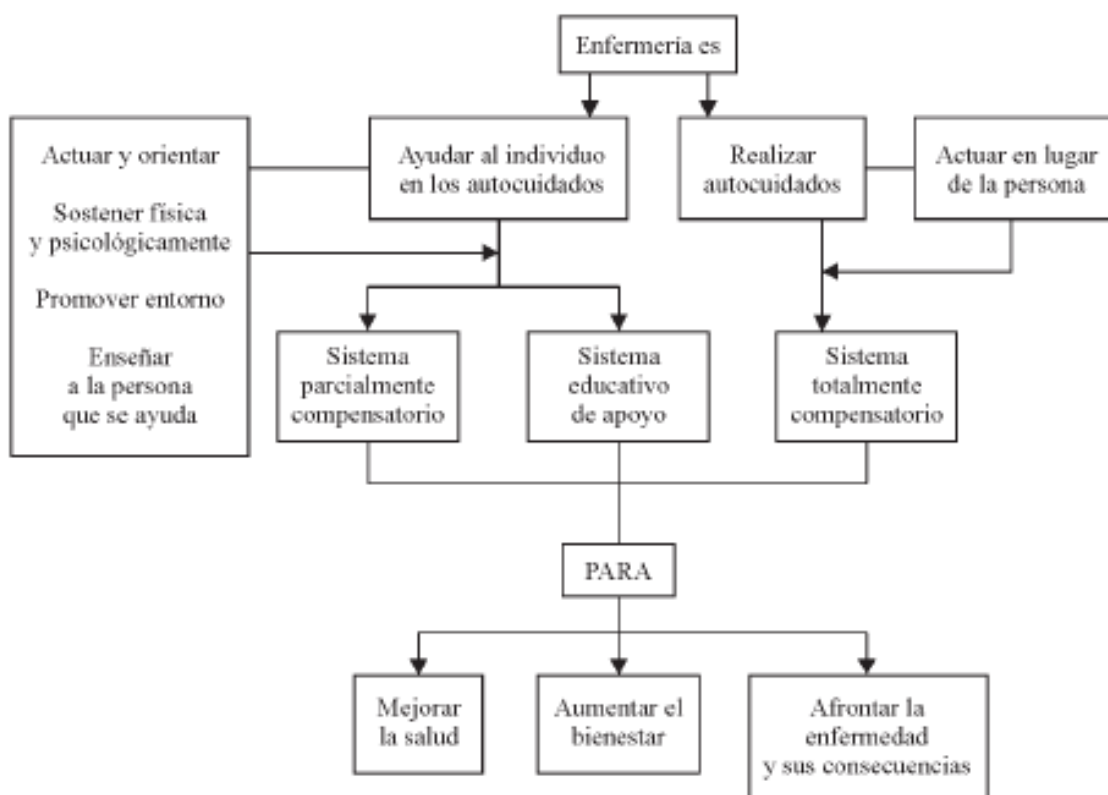


Figura 2 Sistemas enfermeros básicos. (Raile y Marriner, 2011, 7ª ed. P. 273)

Los conceptos meta paradigmáticos de esta teoría son:

Orem define los conceptos meta paradigmáticos:

Cuidado

Como un servicio o actividad que se deriva de los conocimientos que poseen los profesionales de la enfermería, es decir, este concepto se deriva de la definición y las proposiciones que caracterizan a los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería.

Persona

Orem concibe a la persona como una unidad con funciones, biológicas, simbólicas y sociales y centra su atención en la capacidad de estas para transformar su autocuidado. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno

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

Salud

Es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, que se diferencia del concepto de bienestar y que este es la manifestación de la experiencia vivida por el sujeto, aunque este se encuentre en condiciones o circunstancias que no pueden ser definidas como saludables.

Enfermería

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermeros o no y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (OMS, 2017).

Acción de enfermería, propiedad o atributo complejo de las personas formadas y entrenadas como enfermeras que capacitan para conocer y ayudar a los demás a

conocer su demanda de autocuidado terapéutico y para ayudar a los demás a controlar el ejercicio o el desarrollo de su acción de autocuidado y desarrollo, o el de sus dependientes.

Método de ayuda

es una serie secuencial de acciones que, si lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo o el de sus dependientes.

Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los cambian en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud: Actuar y hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, ofrecer apoyo físico y psicológico, ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal y enseñar. (Ídem)

IV. METODOLOGÍA

Los pasos para desarrollar el Proceso de Enfermería, consistieron en lo siguiente; se visualizó la necesidad de cuidados de enfermería en la usuaria MA. A. J. CH. Perteneciente a la comunidad de Arato Municipio de Paracho, Michoacán, con diagnóstico médico de cáncer de ovario izquierdo. Se visitó en su domicilio con la finalidad de ofrecer apoyo y cuidados de enfermería y a su vez solicitar el consentimiento para aplicar el método propio del desempeño de enfermería. A su vez, se firmó el consentimiento explicando el objetivo, beneficios y aspectos éticos implicados en la aplicación del Proceso de Enfermería. Posteriormente el 21 de enero de 2017 se realizó la valoración con base en el marco referencial de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, se recolectó la información, se organizó a través de los requisitos universales, de desarrollo y en caso de desviación de la salud. Cabe mencionar que se tuvo la necesidad de validar algunos datos que no eran claros. Asimismo, se identificaron y priorizaron los problemas encontrados para formular los diagnósticos de enfermería, siendo en este caso reales y de riesgo, para lo cual se retomó y potencializó el uso y manejo de la Taxonomía II de la NANDA. A continuación se realizó la planeación de intervenciones de enfermería con base en los problemas prioritarios y resultados deseados para el control de algunas respuestas humanas sobre todo fisiopatologías. Es relevante mencionar que algunos cuidados de apoyo educativo se implementaron inmediatamente después de la valoración inicial, sin embargo el plan de cuidados se documentó el 16 de febrero del 2017 con resultados, acciones realistas y eficaces basadas en el NOC y NIC. Además de no generar conflicto con el tratamiento indicado por el médico ni con los familiares. Se implementaron las acciones planeadas con el apoyo de la usuaria y sus familiares con un periodo de enero a abril del año en curso, principalmente se enfocó en mejorar su situación de salud. Se documentaron las acciones realizadas. Finalmente se realizó la evaluación a través de la obtención de datos basados en la evolución y resultados esperados, haciéndose una comparación de éstos, se concluyó y se revisó la necesidad de modificar el plan de cuidados.

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

Paciente Ma. A. J. Ch. Femenina de 72 años, originaria de Arato Municipio de Paracho, Michoacán. Con escolaridad de primaria, casada de religión católica, se dedica al hogar, depende económicamente de su esposo, vivienda de ladrillo, cuenta con luz eléctrica, agua de manantial y letrina sanitaria, sin pavimentación, la comunidad cuenta con alumbrado público, recolección de basura cada ocho días. Gestas 12, 10 partos y 2 abortos, en mayo de 2016 le diagnosticaron tumor de ovario izquierdo por lo cual se le realizó ooforectomía y se le inició quimioterapias 22 días posteriores a la cirugía. Presenta una FC= 72x, T/A= 120/70 mmHg, FR= 18x', Llenado capilar 3 seg. Y TC de 36 °C. Su mucosa oral se encuentra hidratada piel seca, turgencia normal. Su ingesta de líquidos diaria es de 1500-2000 ml. Su peso habitual es de 65 kg talla= 1.50 cm IMC= 28.8 cintura= 86 cm. Refiere presentar heces fecales de consistencia normal. Habitualmente duerme sus ocho horas diarias, despierta descansada, no presenta dificultad para conciliar el sueño, no acostumbra tomar siestas durante el día. Se queja de dolor en sus rodillas solo por las mañanas refiere ser a consecuencia de las quimioterapias mantiene una postura sedente con elevación de extremidades. Presenta problemas visuales por la edad, convive diariamente con su esposo e hijos, se considera sus relaciones con las personas que convive la considera buena a quienes les platica sus problemas es a su familia, se observa con seguridad. Antecedentes heredofamiliares patológicos: hermana finada por cáncer de colon, padre finado asma y tuberculosis. Acepta su estado físico junto con los cambios corporales a partir de su enfermedad, su reacción ante una situación estresante es de culpa. El último Papanicolaou fue en mayo del 2016 con presencia de resequedad resultado negativo. Se encuentra con prótesis dental fija, lo más relevante que ha presentado es la pérdida de peso de 20 kg desde el padecimiento a la fecha, no consume carnes rojas ni derivados de la leche lo que habitualmente consume son frutas, verduras pescado de 2 a 3 veces por semana se encuentra en menopausia desde hace 20 años, presenta evacuaciones de consistencia normal de color café, uresis color ámbar, duerme sus ocho horas al día.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la aplicación del Proceso de Enfermería en una usuaria con tumor de ovario izquierdo se complementó con las siguientes consideraciones éticas de acuerdo a la Ley General de Salud las cuales se presentan en los siguientes capítulos:

En el **capítulo único** de la Ley General de Salud nos menciona la información para la salud en los siguientes artículos:

Artículo 107: Dice que los establecimientos que presenten servicios de salud, los profesionales, técnicos y auxiliares de salud, así como los establecimientos dedicados al proceso, uso, aplicación o disposición final de los productos o que realicen las actividades a que se refieren los títulos décimo segundo y décimo cuarto de esta ley llevarán las estadísticas que le señale la Secretaría de Salud y proporcionarán a esta y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, la información correspondiente, sin perjuicio de las obligaciones de suministrar la información que les señalen otras disposiciones legales.

Artículo 108: La Secretaría de Salud orientará la captación, producción, procedimiento, sistematización y divulgación de la información para la salud, con sujeción a los criterios generales que establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a los cuales deberán ajustarse las dependencias y entidades del sector público y las personas físicas y morales de los sectores social y privado.

Artículo 109: La Secretaría de Salud proporcionará a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público los datos que integren las estadísticas nacionales para la salud que elabore, para su incorporación al Sistema Nacional Estadístico, y formará parte de las instancias de participación y consulta que para esos fines se incluyan. En el **capítulo I** para la Promoción de la Salud habla de las disposiciones comunes en los siguientes artículos.

En el artículo 110: La Promoción de la Salud tiene por objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de Salud para toda la población y proporcionar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar la participación en beneficio de la Salud individual y colectiva.

Artículo 111: La Promoción de la Salud comprende:

- I. Educación para la salud.
- II. Nutrición
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- IV. Salud ocupacional y
- V. Fomento sanitario

Capítulo II habla de la educación para la salud, menciona los siguientes artículos.

Artículo 112: educación para la salud tiene por objetivo:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actividades y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas, accidentes y protegerse de los riesgos que ponga en riesgo su salud.
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgo de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Capítulo III de la Ley General de Salud Enfermedades no Transmisibles

Artículo 159: El ejercicio de la acción de prevención y control de las enfermedades no transmisibles comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

- I. La detección oportuna de las enfermedades no transmisibles y la evaluación del riesgo de contraerlas.
- II. La divulgación de medidas higiénicas para el control de los padecimientos.
- III. La prevención específica en cada caso y la vigilancia de su cumplimiento.

- IV. La realización de estudios epidemiológicos.
- V. La defunción permanente de las dietas, hábitos alimenticios y procedimientos que produzcan al consumo efectivo de los mismos nutrimentos por la población general, recomendados por la propia Secretaria.
- VI. Las demás que sean necesarias para la prevención, tratamiento y control de los padecimientos que se presenten en la población.

Artículo 161: Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud deberán rendir los informes que la autoridad sanitaria requiera a cerca de las enfermedades no transmisibles, en los términos de los reglamentos que hay efecto se espiran. (Ley General de Salud)

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración de los requisitos de autocuidado

7.1.1 Factores condicionantes básicos

Sexo: Femenino

Edad: 72 años

Edo. Civil: Casada

Religión: Católica

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Hogar

Familia Nuclear: Esposa, esposo y 10 hijos.

Originaria y residente de **Arato Municipio de Paracho, Michoacán**

Domicilio actual: **Domicilio conocido**

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: esposo e hijos

Dependencia Económica: depende de esposo.

Las actividades recreativas que realizan son convivencias sociales. Para autocuidarse cumple con las indicaciones médicas y se apega al régimen del tratamiento, regularmente acude a recibir atención médica al Hospital de la Mujer de la SSA de Morelia. Percibe su salud como un estado bueno.

Condiciones del hogar: vivienda propia, de ladrillo, cuenta con luz eléctrica, agua potable y letrina sanitaria, sin pavimentación, la comunidad cuenta con alumbrado público, recolección de basura cada ocho días.

Los roles que desempeña en la familia son esposa, madre con 10 hijos, hija, y ocupa el segundo lugar entre 12 hermanos. La relación con toda la familia es buena

7.1.2 Requisitos de autocuidado universales

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

La usuaria tiene una de FC= 72x', T/A =120/7mmHg, FR = 18x' y SPO2 =97%. Su llenado capilar es de 3 segundos, no fuma ni cocina con leña. Su respiración es normal.

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

La mucosa oral está hidratada, la turgencia es normal, sin embargo su piel es seca. Ingiere de 1500-2000 ml de agua al día. Además consume té y remedios caseros.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

La usuaria tiene un peso corporal de 65 kg, su talla es 1.50cm, su IMC=28.8 y sus niveles de Glucosa = 85 mg/dl. No tiene problemas de masticación, ni bucal que impida la alimentación. Restringe el consumo de lácteos, carnes, los cereales, huevos, pastas y harinas las consume generalmente una vez al mes. Consumiendo diario frutas y verduras.

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

Refiere presentar heces fecales de consistencia normal. No presenta estreñimiento ni alteraciones en la eliminación urinaria. Su TC es de 36°C. Se encuentra en la menopausia.

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

Habitualmente duerme sus ocho horas diaria, despierta descansada, no presenta dificultad para conciliar el sueño no acostumbre tomar siestas durante el día.

ACTIVIDAD:

Se queja de dolor en rodillas solo por las mañanas, refiere ser a consecuencia de las quimioterapias.

Tratamiento:

Quimioterapia recibió 6 quimios cada 22 días

Continúa en control médico con citas durante tres meses cada 22 días y posterior cada 3 meses por el momento se encuentra sin quimioterapias.

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

Presenta problemas visuales por la edad, convive diariamente con su esposo e hijos, considera sus relaciones con las personas con las que convive la considera buena a quienes les platica sus problemas es a su familia, se observa con seguridad.

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

Se encuentra consciente, no tiene problemas de concentración, sin embargo tiene antecedentes heredofamiliares patológicos: Hermana finada por cáncer colon, padre finado asma y tuberculosis. No toxicomanías.

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.

Acepta su estado físico junto con los cambios corporales a partir de su enfermedad, su reacción ante una situación estresante es de culpa.

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): esposa

Salud Sexual:

Historia Gineco- obstétrica: Embarazos: 12 partos: 10 abortos: 2 último Papanicolaou: mayo del 2016 con presencia de resequedad y negativo

7.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud

La frecuencia que realiza chequeos generales de salud 4-6 meses posterior a las quimioterapias fue cada 22 días y posterior es cada tres meses hasta el momento. Lo que conoce acerca de su enfermedad refiere que solo sabe que tenía un tumor en el ovario izquierdo el cual le realizaron cirugía para retirar el tumor y al mes de la cirugía inicio quimioterapias las cuales recibió solo seis quimios cada 22 días. (Ídem)

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, PROBLEMA O SITUACION DE SALUD QUE PRESENTA LA USUARIA CON CANCER DE OVARIO IZQUIERDO

Cáncer de Ovario: Los ovarios tienen un recubrimiento formado por células epiteliales. De la transformación maligna de estas células surge la inmensa mayoría de los cánceres de ovario. Este tipo de tumor se desarrolla sobre todo en las mujeres de entre 50 y 70 años; globalmente, alrededor de 1 de cada 7 mujeres desarrolla esta enfermedad. Es el tercer tipo de cáncer más frecuente del aparato reproductor femenino pero, en cambio, mueren más mujeres de cáncer de ovario que de cualquier otro que afecte al aparato reproductor.

Periodo Pre patogénico		Periodo Patogénico
AGENTE: Mujeres en etapa de menopausia. Mujeres con obesidad. Mujeres con nuliparidad (no tener hijos). Mujeres que toman medicamentos para aumentar la infertilidad. Parotiditis antes de la menarca. La multiparidad. Uso de anticonceptivos orales. Talcos para cuidado íntimo. (Suzanne C. Smeltzer de Brunner Suddarth, 2005)	C L I N I C A	MUERTE: Puede a haber muerte en caso de metástasis o por complicaciones de la quimioterapia o radioterapia. INVALIDEZ O ESTADO CRÓNICO: Disminución en la reproducción COMPLICACIONES: Diseminación de cáncer a otros órganos, Liquido en el abdomen (ascitis) y Obstrucción intestinal. SIGNOS Y SÍNTOMAS: Distensión o inflamación del área abdominal Dificultad para comer o sentirse lleno rápidamente. Dolor pélvico o abdominal bajo (pesadez pélvica). (Brunner, 2005) CAMBIOS SISTÉMICOS: Aumento del marcador tumoral anti cancerígeno de ovario (CA125). Probable metástasis en todo el cuerpo. En caso de metástasis, la quimioterapia, es un tratamiento sistémico (los medicamentos se administran de tal manera que entran al torrente sanguíneo y alcanzan todas las áreas del cuerpo). El crecimiento afecta a uno de los ovarios o a los dos, con metástasis distantes

HUÉSPED:

Edad: más frecuente en mujeres mayores de 55 años de edad.

AMBIENTE:

En ambientes donde prevalece el tabaquismo en mujeres,
Agentes extraños, radiaciones, virus.
El consumo de grasas proteínas y exceso de calorías.
El consumo de alcohol.
El uso de talco aplicado a nivel genital y exposición al asbesto. El uso diario de talco el riesgo es relativo. Predominio de la obesidad en la sociedad.

CAMBIOS LOCALES:

Cambios en el ovario como disminución de hormonas sexuales.

Producir los **óvulos**, las células que permiten la reproducción de la especie.

Cambios en la menstruación: amenorrea (ausencia de la menstruación), hipomenorrea (es la disminución anormal del flujo menstrual o de la duración de la menstruación, pero con intervalos intermenstruales normales), menorragia (es el aumento anormal del flujo menstrual o de la duración de la menstruación, pero con intervalos intermenstruales normales. Ésta se produce cuando la menstruación se extiende más allá del límite de siete días o bien implica una pérdida de sangre mayor a 80 ml.)

Cambios en la fertilidad. Disminuye la probabilidad de gestación.

El crecimiento afecta a uno de los órganos o a los dos, con extensión a la pelvis

CAMBIOS TISULARES:

El crecimiento está limitado a los ovarios.

El crecimiento afecta a uno de los ovarios o a los dos, con metástasis fuera de la pelvis o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.

PREVENCIÓN PRIMARIA**PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Evitar el uso de los anticonceptivos orales, en mujeres con obesidad, nulíparas, multíparas y con antecedentes de parotiditis por lo menos cada seis meses hacerse un chequeo ginecológico con US pélvico, promover la lactancia materna debido a que puede evitar el cáncer de ovario, Dieta adecuada baja en grasas, evitar el alcohol y el tabaquismo, llevar una dieta adecuada que incluya el plato del buen comer (cereales, verduras y frutas, leguminosas y alimentos de origen animal son los que componen el plato del buen comer), estilos de vida y un esquema de vacunación completo, Vida saludable los buenos hábitos de salud pueden permitirle evitar una enfermedad y mejorar su calidad de vida.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Examen ginecológico de rutina (palpación de abdomen).

Ecografía transvaginal.

El CA125 se hace cada 6 a 12 meses y se realiza a partir de los 30 años de edad.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

A través del examen clínico frecuencia de las revisiones ginecológicas mínimo una vez al año, revisión ginecológica de rutina (US Transvaginal), ecografía de la pelvis, tomografía axial Computarizada (TAC) o Resonancia magnética de la pelvis o abdomen y análisis de sangre llamado CA-125

Tratamiento médico:

Farmacológico:

Paclitaxel basado en albúmina (nab-paclitaxel, Abraxane), altretamina (Hexalen), capecitabina (Xeloda), ciclofosfamida (Cytosan), etopósido (VP-16), gemcitabina (Gemzar), ifosfamida (Ifex), irinotecán (CPT-11, Camptosar), doxorubicina liposomal (Doxil), melfalán, pemetrexed (Alimta), topotecán y vinorelbina (Navelbin).

Quimioterapia

No farmacológico: Radioterapia quirúrgica: cirugía que elimine completamente el tumor (ooforectomía), quimioterapia se realiza después de la operación, cirugía profiláctica (ooforectomía)

En la mayoría de los casos, en la quimioterapia sistémica se usan medicamentos que se inyectan en la vena (IV) o se administran por vía oral. Para algunos casos de cáncer de ovario, la quimioterapia también se puede inyectar a través de un catéter (tubo delgado) directamente en la cavidad abdominal. A esto se le llama quimioterapia intraperitoneal. Los medicamentos que se administran de esta manera también se absorben en el torrente sanguíneo, por lo que la quimioterapia IP también es un tipo de quimioterapia sistémica. Tratamiento.

PREVENCIÓN TERCIARIA

LIMITACIÓN DEL DAÑO

Efectos colaterales de las quimioterapias o radioterapias.

Cumplir con el tratamiento.

Protección solar.

Cumplimiento con la dieta.

No faltar a consultas de control con médico especialista.

REHABILITACIÓN

Grupos de apoyo contra el cáncer.

Terapia psicológica.

Terapia ocupacional psicólogos o educadores de la salud.

Evitar la prevención de secuelas de la enfermedad.

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: **21-01-17** Nombre: **MA. A. J. CH.** Sexo: Masc () Fem (**X**) Edad: **72 años**

Religión: **Católica** Edo civil: **Casada** Escolaridad: **Primaria**

Lugar de residencia: **Arato Municipio de Paracho, Michoacán**

Domicilio actual (calle número, colonia): **Domicilio Conocido**

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 Drenaje: **Letrina**

Pavimentación: **Sin pavimentación**

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: **X** Recolección de basura: **X Cada ocho días**

Drenaje y alcantarillado:

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre (**X**) Hija (**12/2**) Esposa/o (**X**)

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 (**10**)

Como es su relación con la familia:

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

Nivel de educación:

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

Otros:

Ocupación: **Hogar** Horario: **NA**

Antecedentes laborales: **NA**

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: Si (X) No ()

De quien: Padres () Esposa/o (X) Otros:

a) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

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

Otras:

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Acatar las indicaciones médicas y se apegó al régimen del tratamiento

b) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno (X) Regular () Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SSA (X) PARTICULAR ()

Diagnóstico médico: **Tumor de ovario izquierdo**

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

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace 4 horas De su casa al médico acude al Hospital de la Mujer SSA de Morelia

b) Estado del desarrollo

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

Si (**X**) No ()

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

Empeorar la salud

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

Esposo e hijos

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: **18x'** llenado capilar: **3 segundos**

Cianosis: Si () No (**X**) Especifique:

Tabaquismo: Si () No: (**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: () Dolor: ()

Edema: () Otros: **NA**

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: **NA**

Ruidos respiratorios: **NA**

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: () Especifique: **NA**

Cardiovascular:

T/A: **120/70mmHg** FC: **72 x'** Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones:

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: (**X**)

Apoyo ventilatorio:

a) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: (**X**)

Piel: Seca: (**X**) Escamosa: () Normal: ()

Turgencia: Normal: (**X**) Escamosa: ()

Qué cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000 ml (**X**)

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública () Pipa: () Entubada: () Garrafón: (**X**)

Proveniente de manantial

Otros:

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No (**X**) Especifique:

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si (**X**) No () Especifique Cantidad: **Tés y remedios caseros**

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: **NA**

a) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: **65KG**. Talla: **1.50CM** IMC: **28.8** Cintura: **86cm**

Ha observado variaciones del peso:

Si (**X**) No ()

Perdida: (**X**) Ganancia: ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () > 10 kg (**X**)

Nota: Desde hace un año y seis meses hasta la fecha ha perdido 20 kilos de peso.

Dentadura:

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

Especifique:

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (**X**)

Especifique:

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

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

Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: **NA**

Alteraciones en cara y cuello: **NA**

Abdomen:

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

Distensión abdominal: () Otros: **NA**

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No (**X**)

Cual: Acidez () Nauseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia ()

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

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

Otros: **NA**

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (**X**)

Especifique:

Tipo de nutrición:

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

Nutrición Parenteral () Enteral(**X**)

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	

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (**X**) Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica () Hipoproteica ()

Hiperproteica () Otros: **estricta sin lácteos/sin carnes rojas**

a) 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: **No**

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros:

Características de las heces fecales:

Café: (X) Acolia: () Melena: () Otros:

Consistencia de las heces fecales:

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

Grupo de eliminación vesical: **Refiere presentar heces fecales de consistencia normal**

Presencia de:

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

Alteraciones uretero-vesicales:

Alteraciones en la micción: **8 veces diario**

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

Apoyo para la evacuación vesical:

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

Características de la micción:

Ámbar (X) Coluria () Hematuria () Turbia () Otros: _____

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada () Normal (X)

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: **36° C** Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: **21° C** Otros:

Grupo menstruación:

Menarca: Días del ciclo menstrual: **Menopausia**

Tipo, cantidad y características del flujo:

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

a) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr () 6-8 Hr (**X**) 8-10 Hr () >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 () No (**X**)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (**X**) Especifique:

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

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

Especifique: **Se queja de dolor en rodillas solo por las mañanas, lo cual conlleva a la limitación del movimiento y limitación de las actividades diarias por las mañanas.**

Tratamiento:

Quimioterapia recibió 6 sesiones de quimioterapia cada 22 días

Continua en control médico con citas durante tres meses cada 22 días y posterior cada 3 meses por el momento se encuentra sin quimioterapias

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (X) Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (X) Cual:

Frecuencia/duración:

a) 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 (X) No () Especifique:

Utiliza lentes: solo para leer y cocer por la edad

Armazón: (X) 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 (X) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia (X) Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar:

Seguridad (X) Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros:

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación (no) Otros: _____

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente (X) Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow:

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar:

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros:

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si (X) No () Especifique: Hermana finada por cáncer colon, padre finado asma y tuberculosis

Toxicomanías:

Si () No (X) Especifique:

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si (X) No () Especifique:

b) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si (X) No () Especifique:

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (**X**) No () Especifique:

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

Si () No (**X**) Especifique:

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (**X**) No () Especifique:

¿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 (**X**) Agresión ()

Cólera ()

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

- **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 (**X**) Especifique:

Edad escolar Si () No (**X**) Especifique:

Adolescente Si () No (**X**) Especifique:

Adulto joven Si () No (**X**) Especifique:

Edad fértil Si (**X**) No () Especifique: **colelitiasis, OTB**

Adulto maduro Si () No (**X**) Especifique:

- **Salud sexual**

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si (**X**) No () Especifique: **planificación familiar**

¿Cuál es su orientación sexual? **Sexo opuesto**

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual? Ya no hay deseo sexual

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque:

Número de parejas sexuales: **1**

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: **NA**

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si (**X**) No () Especifique/tiempo: **OTB**

Número de hijos: **10 hijos**

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: **NA**

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No (**X**) Especifique:

Tratamiento:

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si (**X**) No () Especifique: **Extirpación de ovarios**

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: **NA**

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: **NA**

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: **NA**

Mujer:

Menarca: Días del ciclo menstrual: **Menopausia**

Tipo, cantidad y características del flujo:

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: **12** Partos: **10** Cesáreas: Abortos: **2**

Partos prematuros: Fechas de último Papanicolaou: **mayo del 2015**

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal: **Resequedad**

Características: **Negativo**

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No (X) Especifique: _____

I. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

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

Especifique: **posterior a las quimioterapias fue cada 22 días y posterior es cada tres meses hasta el momento**

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

La paciente solo sabe que tenía un tumor en el ovario izquierdo el cual le realizaron cirugía para retirar el tumor y al mes de la cirugía inicio quimioterapias las cuales recibió solo seis quimios cada 22 días.

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

Si (X) No ()

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

¿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: **El traslado al hospital**

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= 18x' ❖ Llenado capilar 3 seg. ❖ T/A= 120/70mmHg ❖ FC= 72x'	
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
❖ Mucosa oral hidratada. ❖ Piel seca ❖ Temperatura 36 ° C ❖ Turgencia normal.	❖ Ingesta de agua ingerida diaria de líquidos durante el día 1500-2000 ml.

3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
❖ Peso= 65kg ❖ Talla= 1.50 cm ❖ IMC: 28.8 ❖ Cintura 86 ❖ Prótesis dental fija ❖ Deseos de continuar con su dieta Indicada por el médico	❖ Pérdida de peso 20 kg a partir del diagnóstico a la fecha ❖ No consume carnes rojas ni derivados de la leche por indicación médica. ❖ Consume diario de frutas, verduras, pescado de 2 a tres veces por semana.
4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.	
❖ Sudoración normal ❖ Temperatura corporal de 36° C ❖ Temperatura ambiente de 21° C ❖ Menopausia desde hace 20 años.	❖ Evacuación normal. ❖ Evacuación de consistencia normal y color café ❖ Uresis color ámbar.
5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	

❖ No acostumbra a tomar siestas durante el día. ❖ Presenta generalmente dolor por las mañanas en las rodillas lo cual conlleva a la limitación del movimiento y limitación de las actividades diarias por las mañanas. ❖ Se queja de dolor ❖ Postura sedente con elevación de las extremidades Se queja de dolor en rodillas	❖ Duerme ocho horas ❖ Despierta descansada ❖ Manifiesta no presentar dificultad para conciliar el sueño. ❖ Refiere que el dolor es derivado de las quimioterapias
6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	
❖ Utiliza lentes solo para leer tiene visión borrosa por la edad. ❖ Convive diariamente con su familia.	❖ La relación con las personas que convive “es buena”. ❖ A quien recurre para platicar sus problemas es a su familia ❖ Se observa con seguridad.
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
	❖ . Antecedentes heredofamiliares patológicos: hermana finada por cáncer de colon, padre finado por tuberculosis y asma
8.- Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	

❖ Acepta su estado físico. ❖ Acepta los cambios corporales a parte de su enfermedad. ❖ Su situación estresante presenta culpa	❖ Tratamiento: recibió seis quimioterapias cada 22 días; continúa en control con médico especialista cada 22 días, por el momento está yendo cada tres meses a consulta.
---	--

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
❖ Peso= 65kg ❖ Talla= 1.50 cm ❖ IMC: 28.8 ❖ Cintura 86 ❖ Pérdida de peso 20 kg a partir del diagnóstico a la fecha ❖ No consume carnes rojas ni derivados de la leche por indicación médica. ❖ Consume diario de frutas, verduras, pescado de 2 a tres veces por semana. ❖ Expresa Cumplir con la dieta recomendada para tener una nutrición adecuada.	❖ Dominio 2: nutrición ❖ Clase 1: Ingestión ❖ Mantenimiento de una ingesta a suficiente de alimentos.	Disposición para mejorar la nutrición		Expresa deseo de mejorar la nutrición.

❖ Presenta dolor por las mañanas en las rodilla ❖ Se queja de dolor ❖ Postura sedente con elevación de las extremidades para disminuir el dolor ❖ Refiere que el dolor es derivado de las quimioterapias	Dominio 12: confort Clase: 1 confort físico. Valoración del Mantenimientode un equilibrio entre la actividad y reposo.	❖ Dolor crónico	Enfermedad	
❖ Acepta su estado físico. ❖ Acepta los cambios corporales a parte de su enfermedad ❖ Su situación estresante presenta culpa.	❖ Dominio autopercepción. ❖ Clase 1: autoconcepto. ❖ Promoción y función del desarrollo humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	Disposición para mejorar el autoconcepto.		❖ Expresa Satisfacción con su identidad personal. ❖ Expresa satisfacción con su imagen personal.

CONSENTIMINETO INFORMADO

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

Yo J. CH. MA. A 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.


en caridad Jaramilla
Usuario

Nancy M. García J.
Nancy Marlene García Jasso
Pasante de Licenciatura en Enfermería.

J. Tanya Jasso
Testigo



Morelia, Mich. a 28 de Enero 2017.

LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA EN FORMA PRIORITARIA

Diagnóstico de Enfermería

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

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

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: Cáncer de Ovario

Diagnóstico de enfermería 1

Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones, manifestado por alteración en la capacidad para continuar con las actividades anteriores, centrado en sí mismo.

Diagnóstico de Enfermería

Dominio: 6 autopercepción

Clase: 1 autoconcepto

Requisito de auto cuidado universal: promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial, humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud: cáncer de ovario

Diagnóstico de enfermería 2

Disposición para mejorar el autoconcepto manifestado por expresar satisfacción con su identidad personal, satisfacción con su imagen personal.

Diagnóstico de Enfermería

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Requisito de autocuidado universal: mantenimiento de ingesta suficiente de alimentos

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: cáncer de ovario

Diagnóstico de enfermería 3

Disposición para mejorar la nutrición manifestado por expresa deseo de mejorar la nutrición.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON BASE EN LA TAXONOMÍA NANDAII

Diagnóstico de enfermería

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

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

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: Cáncer de Ovario

Diagnóstico de enfermería 1

Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones, manifestado por alteración en la capacidad para continuar con las actividades anteriores, centrado en sí mismo.

PLAN DE INTERVENCIÓN CON BASE EN LAS TAXONOMÍAS NOC Y NIC

Fecha: 21 de enero del 2017

CRITERIO DE RESULTADO 1: Conocimiento: manejo del dolor

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: conocimientos sobre salud

Escala (s): Ningún conocimiento hasta conocimiento extenso

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 20

Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5

Indicadores:

184301 Causas y factores que contribuyen al dolor: **4**

184303 Estrategias para controlar el dolor: **4**

184304 Estrategias para manejar el dolor crónico: **3**

184323 Técnicas de relajación efectivas: **2**

CRITERIO DE RESULTADO 2: Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor

Dominio: salud percibida

Clase: satisfacción con los cuidados

Escala (s): no del todo satisfecho hasta completamente satisfecho

Puntuación diana del resultado: mantener a: 8Aumentar a: 20

No del todo satisfecho 1	Algo satisfecho 2	Moderadamente satisfecho 3	Muy satisfecho 4	Completamente satisfecho 5
--------------------------------	-------------------------	----------------------------------	------------------------	----------------------------------

Indicadores:

301601 Dolor controlado: **2**

301602 Nivel del dolor controlado Regularmente: **3**

301614 Derivación a grupos de apoyo: **1**

301616 Derivación a profesionales sanitarios para manejar el dolor, si es necesario: **4**

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Intervención de Enfermería: Manejo del dolor

Agente de autocuidado: terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: apoyo educativo

Acciones de enfermería	Fundamento científico
------------------------	-----------------------

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización (rodillas), características, aparición (generalmente por las mañanas) /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor (calificación de 5) y factores desencadenantes (postquimioterapia).	Se obtienen datos básicos para valorar los cambios de intensidad del dolor y la utilidad de las intervenciones.
Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que dura y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos	Función del origen y la duración, nivel de intensidad, tiempo intervalo en actividades para aliviarlo.(Brunner y Suddarth, 10ª ed. 2005, p. 302)
Considerar el tipo y la frecuencia del dolor.	Si el dolor es propagado, repartido y con qué frecuencia se presenta el dolor. Para ayudar la necesidad de analgésicos adicionales o estrategias alternativas para el tratamiento del dolor.
Asegurar de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes (en el caso de la paciente se ministra diclofenaco con complejo B).	Los analgésicos tienden a ser más eficaces si se administran cuando apenas comienza el dolor.
Explorar el conocimiento y las creencias de la paciente sobre el dolor	Se identifica de donde proviene así como identificar una calificación en el momento del dolor

Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para conocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de las respuestas de la paciente al dolor.	Para disminuir el dolor hay técnicas diferentes como son la técnica de calor local y hielo, o técnicas de relajación esta sirve para una buena aceptación y ayuda psicológica.
Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (actividad, responsabilidad de roles).	Para comprender la perspectiva de la gravedad del dolor que tanto afecta en su rol de vida diaria sus actividades y responsabilidades ya que puede ser un dolor que incapacita a la usuaria esto afectaría su rol diario.
Evaluar, con la paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.	La valoración de la escala del dolor por caras faciales, cuestionamiento de la intensidad y localización e implementar medidas de eficacia.
Ayudar a la paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.	Promover el éxito de las estrategias aceptadas por la paciente y su familia para aliviar el dolor.
Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (técnicas de relajación)	Son las medidas no invasivas que pueden fomentar el bienestar y la relajación, reduciendo el dolor. Tratamiento de calor pueden ser eficaces para aliviar el dolor, su eficacia y mecanismo de acción proporcionan alivio temporal; pero aumenta la temperatura intraarticular. (Brunner y Suddarth, 10 a edición, 2005, pág., 247.)

--	--

EJECUCIÓN

Fecha: 21/ ENERO/ 2017

Se realizó una valoración exhaustiva a través de la escala del dolor llamada McGill (ver anexo 10), ésta evalúa la localización del dolor, intensidad, encontrándose que se localiza en las rodillas, el dolor es punzante, aparece diariamente por las mañanas de intensidad leve. El factor desencadenante es el efecto adverso de la quimioterapia, se solicita al médico tratante la autorización de analgesia, quien indica diclofenaco con complejo B, una tableta diaria, por las mañanas por tres meses. Debido al dolor solo se interfieren sus actividades diarias por tiempos breves, sobre todo por las mañanas. Se implementa la técnica de aplicación de calor húmedo a nivel de las rodillas con la finalidad de disminuir el malestar, asimismo se orienta sobre los beneficios. Se sugiere mantener comunicación continua con su médico tratante para recibir indicaciones médicas. Durante las visitas, la usuaria comunica estar consciente del origen del dolor y sabe que es efecto adverso de la quimioterapia. Se orienta a la familia sobre las dudas acerca de la enfermedad y se valora la necesidad de apoyo por otro profesional.

EVALUACIÓN

CRITERIO DE RESULTADO 1: Conocimiento: manejo del dolor

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: conocimientos sobre salud

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 15

Escala (s): Ningún conocimiento hasta conocimiento extenso

Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5

Indicadores:

184301 Causas y factores que contribuyen al dolor: **5**

184303 Estrategias para controlar el dolor: **5**

184304 Estrategias para manejar el dolor crónico: **5**

CRITERIO DE RESULTADO 2: Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor

Dominio: salud percibida

Clase: satisfacción con los cuidados

Escala (s): no del todo satisfecho hasta completamente satisfecho

Puntuación diana del resultado: mantener a: 8 Aumentar a: 20

No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
1	2	3	4	5

Indicadores:

301601 Dolor controlado: **4**

301602 Nivel del dolor controlado regularmente: **5**

301614 Derivación a grupos de apoyo: **3**

301616 Derivación a profesionales sanitarios para manejar el dolor, si es necesario: **4**

Los resultados posteriores a la aplicación del plan de cuidados de enfermería, indican que hay disminución y control del dolor. También demuestran conocimiento sobre aspectos relacionados con el dolor; origen y técnicas para su disminución. Por otra parte, las actividades cotidianas se realizan con menos malestar físico. Continúa con la consultas con su médico tratante. (Ídem)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Dominio: 6 autopercepción

Clase: 1 autoconcepto

Requisito de auto cuidado universal: promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial, humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud: cáncer de ovario

Diagnóstico de enfermería 2

Disposición para mejorar el autoconcepto manifestado por expresar satisfacción con su identidad personal, satisfacción con su imagen personal.

Plan de intervención con base en las Taxonomías NOC y NIC

CRITERIO DE RESULTADO 1: Identidad

Dominio: Salud psicosocial

Clase: Bienestar psicosocial

Escala (s): Nunca demostrado hasta siempre demostrado

Puntuación diana del resultado: mantener a: 14 Aumentar a: 15

Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	A veces positivo 3	Frecuentemente positivo 4	Siempre positivo 5
------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------

Indicadores:

120203 Verbaliza un sentido claro de identidad personal. **5**

120206 Percibe el ambiente adecuadamente. **5**

120207 Desempeña roles sociales. **5**

CRITERIO DE RESULTADO 2: Imagen corporal

Dominio: Salud psicosocial

Clase: Bienestar psicológico

Escala (s): Nunca positiva hasta siempre positiva

Puntuación Diana: Mantener a: 14 Aumentar a: 15

Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	---------	----------------	---------

positivo 1	positivo 2	positivo 3	positivo 4	positivo 5
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Indicadores:

120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico: **5**

120008 Adaptación a cambios en la función corporal: **5**

120009 Adaptación a cambios en el estado de salud: **4**

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Intervención de Enfermería: Aumentar el afrontamiento

Agente de autocuidado: Demanda de autocuidado

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema de apoyo

Acciones de enfermería	Fundamentación científica
Valorar el ajuste de la paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.	Para valorar la autoestima por un profesional y ayuda psicológica si se requiere. (Suzanne G. Smeltzer 10 ^a ed. 1998 vol. 1 p. 1049)
Valorar el impacto de la situación vital de la paciente en los papeles y relaciones.	Para evaluar las satisfacciones e insatisfacciones de la paciente asociadas con las responsabilidades del rol y las relaciones.
Valorar la comprensión de la paciente	Para identificar la adaptación a los

del proceso de la enfermedad.	proceso de cambios, como la imagen corporal y a las demás situaciones derivadas de la enfermedad.
Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación	Para apoyar en el proceso de adaptación a cambios ambientales y afrontamiento a su situación.
Ayudar a la paciente a identificar la información que más le interese obtener.	Los factores que le afectan como los cambios corporales y a la enfermedad, también sobre alternativas que se pueden utilizar a los cambios que se presenten.
Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico	Que identifique aspectos de importancia para la participación en sus cuidados personales.(Kozier,B; G; Berman, 9ª ed. 2013, p. 311)
Proporcionar a la paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.	Porque la persona debe de estar preparada y ser realista a que puede decaer durante el tratamiento o empeorar por su enfermedad. Por lo cual es importante su participación en el cuidado de enfermería.
Alentar una actividad de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de importancia	El aliento y la actitud permisiva hacen que tenga un control continuo sobre diversos hechos y la propia persona.

EJECUCIÓN

Para implementar el plan de cuidados en este problema, se realizó una entrevista sobre las dimensiones; identidad personal, imagen corporal y sobre su desempeño del rol. Encontrándose que en este momento, la usuaria se siente segura de sí misma, sin obstáculos ante los cambios que presenta por la enfermedad. Refiere que el ambiente en el que se desenvuelve es adecuado y que el tratamiento que ha recibido es una alternativa de vida y de esperanza.

Con base a la entrevista de la imagen corporal, se encontró que se acepta como es y, ha afrontado la enfermedad, sin embargo se siente inferior a los demás. En relación al cumplimiento del rol, indica que la enfermedad no altera el desarrollo del rol de madre y esposa. El apoyo principal para afrontar la enfermedad son sus hijos y esposo. Se proporciona orientación sobre la enfermedad, a fin de aumentar sus conocimientos. Se encontró que en sus ratos libres acude a un grupo religioso como apoyo en el proceso de afrontamiento.

EVALUACIÓN

CRITERIO DE RESULTADO 1: Identidad

Dominio: Salud psicosocial

Clase: Bienestar psicosocial

Escala (s): Nunca demostrado hasta siempre demostrado

Puntuación diana del resultado: mantener a: 14 Aumentar a: 15

Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5

Indicadores:

120203 Verbaliza un sentido claro de identidad personal. **4**

120206 Percibe el ambiente adecuadamente. **5**

120207 Desempeña roles sociales. **5**

CITERIO DE RESULTADO 2: Imagen corporal

Dominio: Salud psicosocial

Clase: Bienestar psicológico

Escala (s): Nunca positiva hasta siempre positiva

Puntuación Diana: Mantener a: 14 Aumentar a: 15

Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	A veces positivo 3	Frecuentemente positivo 4	Siempre positivo 5
---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------

Indicadores:

120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico: **5**

120008 Adaptación a cambios en la función corporal: **5**

120009 Adaptación a cambios en el estado de salud: **5**

Los resultados obtenidos posterior a la ejecución indican que se ha potencializado la identidad personal; seguridad en sí misma, a pesar de los cambios físicos y derivados de la enfermedad. El ambiente familiar que prevalece es confortable. Refiere que el ambiente en el que se desenvuelve es adecuado y que el tratamiento que ha recibido lo considera como una alternativa de vida y de esperanza. Desempeña el rol de madre y esposa sin ningún problema, ya que a su vez son su apoyo principal para afrontar la enfermedad. Aumentan sus conocimientos sobre aspectos relacionados con la enfermedad y aumenta el interés de continuar en un grupo religioso.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Requisito de autocuidado universal: mantenimiento de ingesta suficiente de alimentos

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: cáncer de ovario

Diagnóstico de enfermería 3

Disposición para mejorar la nutrición manifestado por expresa deseo de mejorar la nutrición.

PLAN DE INTERVENCIÓN CON BASE EN LAS TAXONOMÍAS NOC Y NIC

CRITERIO DE RESULTADO 1: Conocimiento: dieta

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: conocimientos sobre salud

Escala (s): ningún conocimiento hasta conocimiento extenso

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 18 Aumentar a: 20

Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5

Indicadores:

180201 Dieta recomendada: **4**

180202 Fundamento de la dieta recomendada: **2**

180207 Comidas que deben evitarse: **4**

180220 Prácticas nutricionales saludables: **4**

CRITERIO DE RESULTADO 2: Conducta de búsqueda de la salud

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: conducta de salud

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado

Puntuación Diana del resultado: mantener a: 7 Aumentar a: 10

Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5

Indicadores:

160314 Tiene una conducta de salud autodesarrollada: **3**

160308 Realiza la conducta sanitaria prescrita: **4**

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Intervención de Enfermería: Dieta prescrita

Agente de autocuidado: terapéutico/ autocuidado

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: apoyo educativo

Acciones de enfermería	Fundamentación científica
Colaboración con el médico	Comunicación precisa y adecuada.
Enseñanza: dieta prescrita	Una intervención nutritiva es de favorecer un estado de nutrición óptimo con la posibilidad de aumentar las posibilidades de una reacción favorable a los tratamientos, mejorar la tolerancia a los efectos secundarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cancerosos.(Kozier, B; G; Berman, 9ª ed. 2013 vol. II p. 1280)
Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente de la dieta prescrita.	Para aumentar las posibilidades de una reacción favorable a los tratamientos y mejorar la calidad de vida. (P. Cervera J. Clapes 4ta. Edición, 2004, p. 396.)
Enseñanza a la paciente el nombre correcta de la dieta prescrita. Debe ser una ingesta proteica y calórica.	La prescripción dietética dependerá del estado de cada paciente, de la localización del tumor que puede comportar modificaciones importantes en la pauta a seguir.

Explicar el propósito de la dieta	Toda dieta tiene una finalidad y un propósito a lograr.
Informar a la paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta.	Porque no hay un tiempo determinado ya que no todos responden igual al tratamiento ni presentan los mismos síntomas colaterales a los tratamientos.(P. Cerera J. Clapes R. Rigolfas, 4ª ed. 2004, P. 397)
Enseñar a la paciente a planificar las comidas adecuadas (Elección de los alimentos del plato del buen comer).	Se debe tener en cuenta la cantidad adecuada de proteínas y calorías ya que disminuyen la tolerancia a la actividad intestinal.
Alentar una comunicación abierta entre médicos y cuidadores.	Que el paciente y familia expresen preocupación o interés mutuo sobre tratamiento y enfermedad.(Kozier , B; G; Berman 9ª ed. 2013 p. 311)
Ayudar a la paciente a expresar sus inquietudes al médico o a los demás integrantes del personal de salud.	Para que sus dudas sean aclaradas por un profesional de la salud y se contribuya eficientemente en el tratamiento.

EJECUCIÓN

Se evalúa el nivel de conocimientos sobre la dieta a seguir. Para lograr los resultados se orientó con el plato del buen comer ya que debe de consumir suficientes proteínas de tipo animal y calorías con una fundamentación científica de los benéficos posteriores a las quimioterapias, con restricción de irritantes y derivados de la leche se han ido consumiendo poco a poco en pequeñas cantidades de los alimentos prohibidos se informan las razones del por qué tiene la prohibición de los alimentos (debido a la obstrucción intestinal, funcionalidad inadecuada con esto se evita una complicación más a al tratamiento recibido)

evitar efectos colaterales de las quimioterapia en el tiempo que se le ministraban, la usuaria se encuentra con la disponibilidad de mejorar sus hábitos alimenticios y acatar indicaciones y no presentar complicaciones ya que está viendo que siguiendo al pie de la letra las indicaciones percibe la mejoría de su enfermedad sin presentar complicaciones a un año de su tratamiento.

EVALUACIÓN

CRITERIO DE RESULTADO 1: Conocimiento: dieta

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: conocimientos sobre salud

Escala (s): ningún conocimiento hasta conocimiento extenso

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 14 Aumentar a: 20

Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5

Indicadores:

180201 Dieta recomendada: **5**

180202 Fundamento de la dieta recomendada: **4**

180207 Comidas que deben evitarse: **5**

180220 Prácticas nutricionales saludables: **4**

CRITERIO DE RESULTADO 2: Conducta de búsqueda de la salud

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: conducta de salud

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado

Puntuación Diana del resultado: mantener a: 7 Aumentar a: 10

Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5

Indicadores:

160314 Tiene una conducta de salud auto desarrollado: **5**

160308 Realiza la conducta sanitaria prescrita: **5**

De acuerdo a los resultados obtenidos indican que han aumentado los conocimientos sobre su dieta recomendada, lo que conlleva al mantenimiento de prácticas nutricionales saludables, manifiesta con temor a desarrollar complicaciones, con aumento suficiente en la conducta de salud.

VIII. CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Enfermería en una usuaria con tumor de ovario permite brindar una serie de cuidados personalizados e integrales los cuales llevaron a mejorar la calidad de vida, siendo posible el control y prevención de complicaciones.

Los resultados obtenidos en la usuaria fueron los siguientes; disminución del dolor, lo que contribuye en la realización de las actividades diarias con menos malestar físico. Se potencializó la imagen corporal en la persona, aceptando los cambios derivados de la enfermedad. Existe claridad en la identidad personal. Asimismo, se reforzó el interés de seguir desempeñando los roles de madre y esposa sin

inconvenientes. En relación al manejo de la nutrición se reforzaron los conocimientos sobre los alimentos permitidos y no permitidos, además del cumplimiento de una dieta adecuada. Haciéndose énfasis en las recomendaciones del consumo de lácteos bajos en grasas como la leche o yogurt y requesón descremados, jugos de frutas y verduras como las de hojas verdes, coliflor, zanahorias y betabel entre otras. Además frutos secos y carnes como pollo, pescado y conejo; todos estos son alimentos que pueden contribuir a evitar las náuseas, el vómito y el estreñimiento.

Cabe mencionar que para lograr los objetivos planteados se hizo indispensable obtener la colaboración de la usuaria y el personal de enfermería. Y se considera que la aplicación del Proceso de Enfermería, es una experiencia que favorece la satisfacción de los cuidados de enfermería porque contribuyen a modificar estilos de vida y a elevar la calidad de vida de la persona y su familia.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Española Contra el Cáncer. (2011). Sobre el cáncer. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Paginas/Sobreelc%C3%A1ncer.aspx>

Brunner y suddarth (2005). Enfermería Médicoquirúrgico (10ª ed.) Mc Graw Hill.

Bulechek, M, G; Butcher, K.H; Dochterman, M. J; (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (5ª ed.). Barcelona, España: Elsevier Mosby

Cáncer de ovario: guía para pacientes - basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO - v.2014.1 Recuperado de

<https://www.esmo.org/content/download/10100/201901/file/ES-Cancer-de-Ovario-Guia-para-Pacientes.pdf>

Carpenito, L.J. Diagnósticos de Enfermería, (9a Ed), Mc Graw-Hill Interamericana, Barcelona.

Herdman T. Kamitsurus. (2015-2017). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación España.

Hurtado, M. M. (2017). Ley General de Salud. México.

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016) Michoacán.

Instituto Nacional de la Salud; Apoyo para personas con cáncer; consejos de alimentación: <file:///consejos-de-alimentacion.pdf>

Jonathan S. Berek, MD, MMSc (2009) .Ginecología (decima segunda edición) McGraw, Hill. INTERAMERICANA.

Kozier, B, G, Berman, A & Snyder, S (2013) Fundamentos de Enfermería concepto, proceso y practica (9ª ed.) Madrid España McGraw- Hill Interamericana.

Martin Peña; Soporte Nutricional en el paciente Oncológico: Dieta y Cáncer.

Moorhead, S; Johnson, M; Maas, L. M; & Swanson, E. (2009). Clasificación de Enfermería (NOC) (4ª ed.) Barcelona, España: Elsevier- Mosby.

Novoa-Vargas A. Historia natural del cáncer de ovario. Ginecol Obstet Mex 2014;82:613-622. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom149f.pdf>

Pilar Cervera & rita rigolfas (2004) alimentación y dietoterapia (4 a ed.) Barcelona

Raile y Marriner A. (2011). Teorías y Modelos en Enfermería, (6ª ed.)

Rodríguez Sánchez B. A. (2002). Proceso Enfermero (2ª ed.) Guadalajara, Jalisco, México.

Smeltzer, G.S. (1998). Enfermería medico quirúrgica (8 a ed.) México: McGraw- Hill Interamericana. HEARTHCARE GROUP.

ANEXOS

Anexo 1: consentimiento informado

Anexo 2: valoración con el referente Teórico de Dorothea E. Orem

Anexo 3: clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos

Anexo 4: razonamiento diagnostico

Anexo 5: entrevista de valoración

Anexo 6: imagen corporal

Anexo 7: identidad personal

Anexo 8: roles profesionales y roles sociales

Anexo 9: entrevista de valoración desempeño del rol

Anexo 10: cuestionario del dolor McGill

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

Consentimiento informado

Yo _____ 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 Déficit 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

Pasante de Licenciatura en Enfermería.

Testigo

Morelia, Mich. A _____ **de** _____ **2017.**

ANEXO 2:

Valoración con el referente teórico de Dorothea E. Orem

Guía de Valoración.

(Dorothea Elizabeth Orem).

Elaboro: MCE. Vanessa Jiménez Arroyo.

1.- Factores condicionantes básicos.

A) Descripción de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ Sexo: Femenino () Masculino () Edad: _____

Región: _____ Edo Civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de Residencia: _____

Domicilio actual (calle, número, colonia): _____

Características de la vivienda

Renta: () Propia: () Otros: _____

Material de construcción

Adobe: () Ladrillo: () Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua Potable: () Luz Eléctrica: () Drenaje: () Pavimentación: ()

Condiciones ambientales de la comunidad

Servicios básicos

Alumbrado público: () Recolección de basura: () Drenaje y Alcantarillado: ()

Rol que ocupa en la familia

Padre: () Madre: () Hijo: () Esposa: () Esposo: ()

Cuántos hijos tiene

0: () 1: () 2: () más de 3: ()

Como es su relación con su familia

Buena: () Regular: () Mala: ()

Nivel de Educación

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

Licenciatura: () Otros: _____

Ocupación: _____ Horario: _____ Antecedentes Laborales: _____

Ingreso Económico Familiar

Menos de 1 S. m () 1-2 S. m () más de 3 S. m ()
Dependencia económica: Si: () No: ()
De quien: Padres: () Esposa/o: () Otros: _____

B) Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libre?

Sociales: () Culturales: () Deportivas: () Religiosas: ()
Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

C) Estado del Sistema de Salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno: () Regular: () Deficiente: ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS: () ISSSTE: () SALUBRIDAD: () PARTICULAR: ()

Diagnóstico médico: _____

Estado de Salud: Grave: () Regular: () Deficiente: ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes

Hace _____ de su casa al médico.

D) Estado del Desarrollo.

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

Si: () No: ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

1. Requisitos de Autocuidado Universales.

A) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia Respiratoria: _____ llenado Capilar: _____

Cianosis: Si: () No: ()

Tabaquismo: Si: () No: () Especifique: _____

Tabaquismo: Si: () No: () Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si: () No: () Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si: () No: () Especifique: _____

Tipo de respiración:

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

Otros: _____

Nariz:

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

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla: () En embudo: ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios:

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si: () No: () Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: _____ FC: _____ Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: ()

Apoyo ventila torio: Si: () No: ()

B) Mantenimiento de aporte de agua suficiente.

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: () Especifique: _____

Piel: Seca: () Escamosa: () Normal: ()

Turgencia: Normal: () Escamosa: ()

Qué cantidad de agua ingiere usted al día.

300-500 ml: () 500-1000 ml: () 1500-2000 ml: () > a 2000 ml: ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública: () Pipa: () Entubada: () Garrafón: (X)

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si: () No: () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si: () No: () Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales: _____

Especifique _____

C) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso: _____ **Talla:** _____ **IMC:** _____ **Cintura:** _____

Ha observado variaciones del peso:

Si: () No: ()

Perdida: () Ganancia: ()

1-3 kg: () 4-6 kg: () 7-9 kg: () > 10 kg: ()

Dentadura:

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

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si: () No: ()

Especifique: _____

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

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

Gingivorragia: () Ulceraciones: () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

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

Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si: () No: ()

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

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

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

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si: () No: () Especifique: _____

Tipo de nutrición:

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

Nutrición Parenteral: ()

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				
Deriv. De leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y harinas				

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite: () Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones: () Diabética: () Hipo sódica: () Hipo proteica: ()

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: _____

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café: () Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa: () Semipastosa: () Liquida: () 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: () Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar: () Coluria: () Hematuria: () Turbia: () Otros: _____

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración:

Disminuida: () Ausente: () Aumentada: ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: _____ Dolor: () Alt. Emocionales: ()

Temperatura ambiental: _____ Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ **Días del ciclo menstrual:** _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si: () No: () Ocasional: () Especifique: _____

E) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hrs: () 6-8 Hrs: () 8-10 Hrs: () >10 Hr: ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado: () Descansado: () Fatigado: () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si: () No: ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si: () No: ()

¿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: () No: ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si: () No: () Especifique: _____

Actividad:

Sistema Musculo Esquelético.

Presencia en articulaciones de:

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

Especifique:_____

Tratamiento:_____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si: () No: () Especifique: _____ -

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si: () No: () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

F) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo.

Presenta problemas de audición:

Si: () No: () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si: () No: ()

Presencia de:

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

Lesiones: ()

Sistema ocular.

Presenta problemas visuales:

Si: () No: () Especifique: _____

Utiliza lentes: _____

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si: () No () Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia: () Amigos: () Compañeros de Trabajo: ()

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

Buena: () Regular: () Mala: ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia: () Amigos: () Nadie: () Otros: _____

Observar:

Seguridad: () Timidez: () Introversión: () Apatía: () Extraversión: ()

Otros: _____

Razones que le impiden socializar:

Lejanía: () Enfermedad: () Rechazo: () Miedo: ()

Dificultad para la comunicación: () Otros: _____

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

Sistema Neurológico.

Estado de conciencia:

Consiente: () Inconsciente: () Sopor: () Estupor: () Confusión: ()

Coma: () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración: () Razonamiento: () Especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón: () Silla de ruedas: () Andador: () Otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si: () No: () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si: () No: () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si: () No: () Especifique: _____

H) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si: () No: () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si: () No: () Especifique: _____

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

Si: () No: () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si: () No: () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si: () No: () Depresión: () Ansiedad: () Vergüenza: () Temor: ()

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación: () Inadaptación: () Irritabilidad: () Culpa: () Agresión: ()

Cólera: ()

1. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

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: _____

Edad escolar: Si: () No: () Especifique: _____

Adolescente: Si: () No: () Especifique: _____

Adulto joven: Si: () No: () Especifique: _____

Edad fértil: Si: () No: () Especifique: _____

Adulto maduro: Si: () No: () Especifique: _____

Salud sexual.

Sistema reproductor.

Has recibido educación sexual

Si: () No: () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual? _____

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si: () No: () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales.

Si: () No: () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar.

Si: () No: () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad.

Si: () No: () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual.

Si: () No: () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor.

Si: () No: () Especifique: _____

Hombre.

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si: () No: () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si: () No: () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si: () No: () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ **Días del ciclo menstrual:** _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si: () No: () Ocasional: () Especifique: _____

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia tras vaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si: () No: () Especifique: _____

B) 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: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si: () No: ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

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

Si: () No: ()

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

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si: () No: () Especifique: _____

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

Ambientales: () Familiares: () Personales: ()

Especifique: _____

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.	
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.	
5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	

6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
8.- Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	

ANEXO 4: RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	Análisis Deductivo (Dominio, Clase, Requisito de Autocuidado Involucrado)	Problema (Etiqueta Diagnostica) (NANDO II) P	Factor Relacionado (Etiología) E	Características Definitorias (Signos y Síntomas) S

ANEXO 5: IDENTIDAD PERSONAL

¿Cómo describiría sus características personales? O ¿Cómo se ve a sí mismo como persona?

R.- Durante la enfermedad presento muchos cambios que antes no tenía, como el dolor en sus rodillas y sabe que es efecto de las quimioterapias.

¿Cómo le describen los demás como persona? **R.- Que soy una persona fuerte y luchona ante cualquier cosa que se me presente en la vida.**

¿Qué le gusta de su persona? **R.- El carácter a enfrentar situaciones difíciles y buscar soluciones**

¿Qué es lo que hace bien? **R.- aceptar las indicaciones que me dicen mis médicos**

¿Cuáles son sus puntos fuertes, talentos y aptitudes? **R.- la realización de manualidades de costura como punto de cruz y de gancho**

¿Qué cambiaría de sí mismo si pudiera? **R.- No tener esta enfermedad**

¿Le molesta mucho si cree que no le gusta a alguna persona? **R.- No porque con nadie voy a quedar conforme solo con migo misma**

ANEXO 6: IMAGEN CORPORAL

¿Hay alguna parte de su cuerpo que le gustaría cambiar? **R.- Ninguna**

¿Se siente cómodo al hablar de su intervención quirúrgica? **R.- sí porque no me afecta sé que fue lo mejor para mi salud**

¿Se siente diferente o inferior en relación con los demás? **R.- Me siento inferior a los demás**

¿Cómo se siente en relación con su aspecto? **R.- Aceptando los cambios que he presentado por la enfermedad**

¿Qué cambios espera que se produzcan en su cuerpo después de la cirugía?
R.- No bajar de peso y tener un peso adecuado

¿Cómo han reaccionado las personas significativas en su vida a los cambios que se han producido en su cuerpo? **R.- Al principio con angustia pero poco a poco lo fueron aceptando y entendiendo que solo es por un tiempo mientras me recupero**

ANEXO 7
ENTREVISTA DE VALORACION
DESEMPEÑO DE ROL

RELACIONES FAMILIARES

Hábleme de su familia

Toda la familia está enterada de mi enfermedad los cambios que he presentado y de la mejoría que llevo hasta la fecha.

¿Cómo es su hogar? ***De ladrillo, con letrina sanitaria y fosa, agua potable obtenida de manantial y sin calle pavimentada***

¿Cómo es la relación con su cónyuge/pareja/otra persona significativa (si procede)? ***Con mi esposo es buena porque aún nos comprendemos mutuamente***

¿Cómo con sus relaciones con otros familiares? ***Es buena***

¿Cómo se toman las decisiones importantes en su familia? ***Se platican entre todos mis hijos y mi esposo para todos estar de acuerdo en una decisión***

¿Cuáles son sus responsabilidades en la familia? ***Al hogar como hija, madre y esposa***

¿Hasta qué punto cree que está haciendo lo que se espera de usted?
Hasta lo más imposible

Hábleme del rol o las responsabilidades que le gustaría cambiar.

Ninguna ya que casi toda mi vida he llevado las mismas responsabilidades solo que ahora ya no tengo la responsabilidad de trabajar ya que la deje por mi enfermedad.

¿Se siente orgullosa de los miembros de su familia? ***Si porque yo le di todo lo que puede***

¿Cree que los miembros de su familia están orgullosos de usted?
Si

ANEXO 8: ROLES PROFESIONALES Y ROLES SOCIALES

¿Le gusta su trabajo?

NA

¿Cómo se relaciona en el trabajo? **NA**

Hablemos de los aspectos de su trabajo que le gustaría cambiar si pudiera.

NA

¿Cómo pasa su tiempo libre?

Si haciendo mis manualidades de costura de punto de cruz y de gancho

¿Participa en algún grupo de la comunidad? ***Si en un grupo religioso***

¿Se siente más cómodo solo, con otra persona, o en un grupo? ***Con otra persona porque no me gusta estar sola***

¿Quién es la persona más importante en su vida? ***Mi esposo porque mis hijos ya tienen sus familias***

¿A quién recurre cuando necesita ayuda? ***A mi esposo***

ANEXO 9 ESCALA DEL DOLOR DE McGill



Medicina de
Rehabilitación
Cubana



Cuestionario del dolor McGill

Indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual

Temporal I: ☐ A golpes ☒ Continuo Temporal II: ☐ Periódico ☒ Repetitivo ☐ Insistente ☐ Interminable Localización I: ☐ Impreciso ☒ Bien delimitado ☐ Extenso Localización II: ☐ Repartido ☒ Propagado Punción: ☐ Como un pinchazo ☐ Como agujas ☐ Como un clavo ☒ Punzante ☐ Perforante Incisión: ☐ Como si cortase ☐ Como una cuchilla Constricción: ☐ Como un pellizco ☐ Como si apretara ☒ Como agarrotado ☐ Opresivo ☐ Como si exprimiera	Tracción: ☐ Tirantez ☐ Como un tirón ☒ Como si estirara ☐ Como si arrancara ☐ Como si desgarrara Térmico I: ☐ Calor ☐ Como si quemara ☐ Abrasador ☒ Como hierro candente Térmico II: ☒ Frialidad ☐ Helado Sensibilidad Táctil: ☐ Como si rozara ☒ Como un hormigueo ☐ Como si arañara ☐ Como si raspara ☐ Como un escozor ☐ Como un picor Consistencia: ☒ Pesadez Miscelánea Sensorial I: ☐ Como hinchado ☒ Como un peso ☐ Como un flato ☐ Como espasmos	Miscelánea Sensorial II: ☐ Como latidos ☒ Concentrado ☐ Como si pasara corriente ☐ Calambrazos Miscelánea Sensorial III: ☐ Seco ☐ Como martillazos ☒ Agudo ☐ Como si fuera a explotar Tensión Emocional: ☒ Fastidioso ☐ Preocupante ☐ Angustiante ☐ Exasperante ☐ Que amarga lavida Signos Vegetativos: ☐ Nauseante Miedo: ☐ Que asusta ☐ Temible ☐ Aterrorador Categoría Valorativa: ☐ Débil ☒ Soportable ☐ Intenso ☐ Terriblemente molesto
--	---	--

Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual

☒ Leve, débil, ligero
☐ Moderado, molesto, incómodo
☐ Fuerte
☐ Extenuante, exasperante
☐ Insoportable

Marque con una cruz sobre la línea, indicando cuanto dolor tiene actualmente

SIN DOLOR DOLOR INSOPORTABLE

PRI-S PRI-E PRI-V PRI-M PRI-TOTAL

Número Palabras: PPI: EVA (0-10):