



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UN ADOLESCENTE CON ALTERACIÓN
DE LAS NECESIDADES DE: ALIMENTACIÓN,
ELIMINACIÓN, EVITAR PELIGROS, COMUNICACIÓN,
RECREACIÓN Y APRENDIZAJE SEGÚN EL MODELO
DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

Ibañez Pineda Leidy Guadalupe

Nº DE CUENTA

412067222

CON ASESORIA DE

Mtra.: Irma Valverde Molina



Ciudad de México, JUNIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

A MI PAPÁ

Aunque ya no estás conmigo físicamente, sé que me guías en cada una de las decisiones que tomo, como alguna vez escuche jamás dejaré de darte lata a donde te encuentres.

Todo lo que he obtenido es gracias a ti, siempre mi ejemplo a seguir y para llegar hasta donde hoy en día me encuentro. Al final sé que nos volveremos a reunir.

TE ADORO PAPÁ.

A MI FAMILIA

Por todo su apoyo, pero en especial a mi abuelita y hermana por sus consejos que día con día me brindan, por estar siempre cuando más necesitaba y sus sacrificios que hicieron y hacen por mí.

A LA UNAM Y LA ENEO

Por brindarme todas las herramientas para ser buena Licenciada en Enfermería y abrir sus puertas, proporcionarme el conocimiento, las herramientas para desarrollar habilidades profesionales, es un orgullo pertenecer a esta gran Universidad y formar parte de su comunidad.

A MIS ASESORAS

Mtra.: Irma Valverde Molina, Lic. Isabel Cristina Peralta.

Por estar al pendiente de mi desarrollo académico, laboral por su apoyo incondicional, confianza por siempre creer en mí, su tiempo que me dedicaron.

AL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOV”

Por permitir realizar este proyecto.

Pero en especial a las jefes de enseñanza de enfermería, por todo su apoyo incondicional, no solo son excelentes profesionales, son personas con gran calidad humana.

A MIS AMISTADES

A cada uno de ustedes por cada palabra de aliento, cada día aprendo cosas nuevas y diferentes, tienen grandes cualidades que los hacen ser únicos, jamás habrá forma de agradecerles todo lo que hacen por mí.

A MI NOVIO

Por ser muy paciente, por el apoyo incondicional, por cada palabra de aliento logrando que vuelva a creer en mí, por compartir alegrías, tristezas conmigo y cada momento especial vivido.

A LA FRANQUICIA VISITING ANGELS

Por tener la confianza en mí, ya que siempre me abrió sus puertas, me llevo experiencias enriquecedoras para mi vida laboral, me enseñó el otro aspecto de enfermería, me ayudo a tener más seguridad en mí misma. Pero en especial a la Licenciada Ma. Esther Díaz Jiménez por cada consejo, apoyo un sí se puede.

INDICE

INTRODUCCION	5
JUSTIFICACION	6
OBJETIVOS	7
METODOLOGIA	8
MARCO TEORICO	10
VALORACIÓN	18
PLAN DE CUIDADOS	43
PLAN DE ALTA	65

CONCLUSIONES	73
GLOSARIO DE TERMINOS	74
ANEXOS	76
BIBLIOGRAFIA	94

INTRODUCCIÓN

La aplicación del proceso de atención enfermería (P.A.E.). Es un método que permite a todos los profesionales de enfermería, proporcionar cuidados de forma, racional, lógica, individualizada y holística.

El presente proceso de Atención de Enfermería fue llevado a cabo en un adolescente femenino en el servicio Oncología-Hematología Pediatría del **Centro Médico Nacional “20 DE NOVIEMBRE” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, en el periodo de ABRIL-JULIO del 2016. Con OSTEOSARCOMA MANDIBULAR IZQUIERDO.

El problema de cáncer es cada vez más frecuente en nuestro en todas las edades. A forma muy superficial se puede decir que el cáncer se puede originar en cualquier parte del cuerpo. Comienza cuando las células crecen descontroladamente sobrepasando a las células normales, lo cual dificulta que el cuerpo funcione de la manera que debería. Desafortunadamente el pronóstico para esta paciente no es muy favorable y se encuentra con efectos indeseables de la quimioterapia.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer estima que en el año 2017:

- Se diagnosticarán alrededor de 3,260 nuevos casos de cáncer de huesos y articulaciones.
- Se prevén alrededor de 1,550 muertes a causa de estos tipos de cáncer.

En niños y adolescentes (menores de 20 años), el osteosarcoma (56%) y los tumores de Edwing (34%) son mucho más comunes que el condrosarcoma (6%).¹

Después de realizar las etapas que lleva el (P.A.E), se detectaron las necesidades afectadas, donde se elaboraron diagnósticos de enfermería y posteriormente un plan de cuidados para cada uno de ellos, se aplicaron las intervenciones correspondientes para poder llevar a cabo la evaluación, lo cual nos permitió observar que tan efectivas fueron las intervenciones de enfermería y si el paciente respondió favorablemente a ellas o no.

¹ American Cancer Society DISPONIBLE EN <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-hueso/acerca/estadisticas-clave.html>

JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo donde el profesional de la salud, utiliza sus opiniones, conocimientos, habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta a los problemas reales o potenciales de la salud de la persona.”²

La importancia de realizar el proceso de atención enfermería es una herramienta que permite, conocer y establecer prioridades de acuerdo a las necesidades del paciente.

Debido a los problemas de salud con los que se enfrenta enfermería implican la necesidad de una sistematización científica que comienza desde el mismo momento en que estos se observan, ya que se trate del ambiente hospitalario, comunitario, docente o institucional. Por esto en la actualidad, el profesional de enfermería está obligado a llevar a cabo una permanente renovación conceptual de su quehacer profesional, con el propósito de fortalecer los conocimientos científicos que garanticen la calidad del cuidado a la persona, familia y colectivos.³

² Reina-G NC. EL PROCESO DE ENFERMERIA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23 DISPONIBLE EN: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

³ González –Salcedo P, Chaves- Reyes A M. Proceso de Atención de Enfermería desde la Perspectiva Docente Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 11, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 47-76 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia DISPONIBLE EN: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480004.pdf>

OBJETIVOS

GENERALES

- Aplicar el proceso atención enfermería en una situación practica con el fin de integrar los conceptos teóricos en la realidad, que favorezca el proceso-enseñanza aprendizaje.
- Identificar las necesidades reales y potenciales, utilizando adecuadamente las etapas del PAE, teniendo como herramienta la valoración para brindar diagnósticos, planes de cuidado para prevenir, mejorar y promocionar la educación para la salud.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones proporcionadas al paciente.

ESPECÍFICOS

- Ⓢ Desarrollar nuevas habilidades, estratégicas como profesional de la salud en la interacción con la persona y su entorno.
- Ⓢ Proporcionar intervenciones de enfermería individualizadas que busquen cubrir las necesidades de salud de la persona elegida como paciente.

METODOLOGÍA

La aplicación del proceso enfermero se realiza dentro de los siguientes límites:

- * **TIEMPO:** Abril-Julio 2016.
- * **ESPACIO:** Servicio de Hematología-Oncología Pediatría del Centro Médico Nacional "20 de Nov" (ISSSTE).
- ✓ Elaboración de las 5 etapas del PAE.
- ✓ Se solicitó la autorización del familiar y del paciente para realizar la entrevista.
- ✓ Se llevó a cabo la valoración integral (se aplicó el instrumentó de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, así como la exploración céfalo- caudal).

LOS INSTRUMENTOS PARA VALORACIÓN APLICADOS FUERON:

- Entrevista.
- Exploración Física.
- Valoración por 14 necesidades.

Oportunidad de Interrogatorio y Revisión del Expediente Clínico.

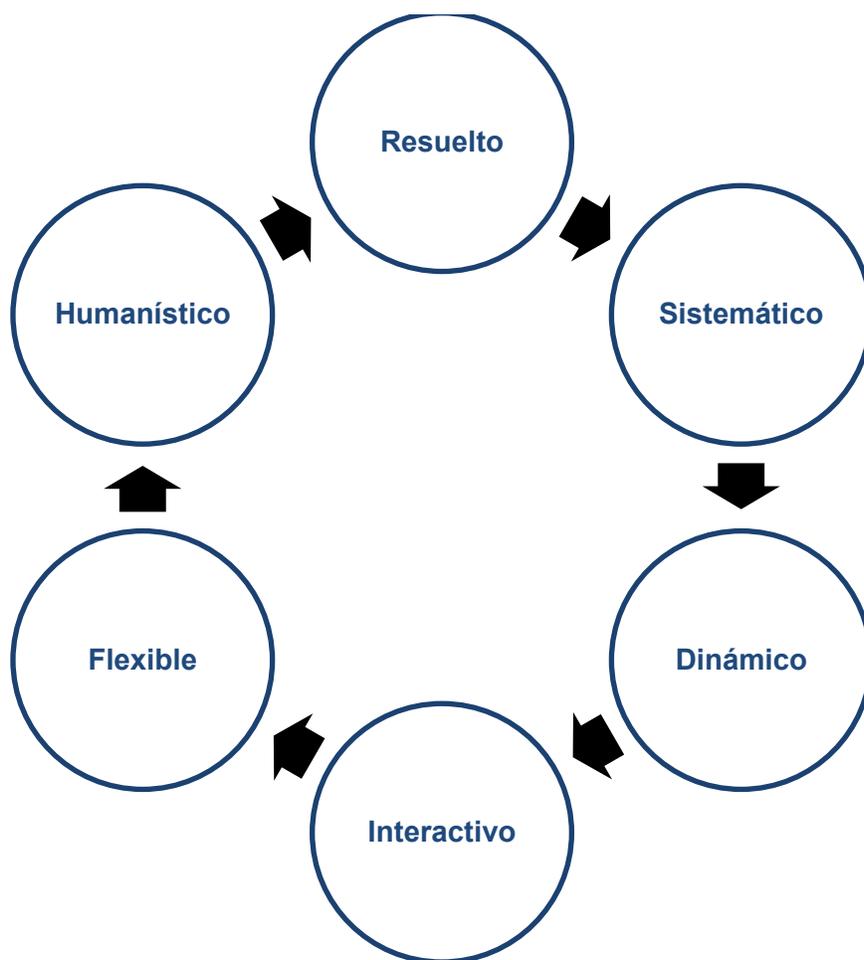
- ✓ Se utilizaron los Diagnósticos de enfermería NANDA. (donde se establecieron juicios clínicos jerarquizando los problemas de mayor prioridad).
- ✓ Se realizó un plan de cuidados de enfermería.
- ✓ Participación en las actividades de enfermería e interacción con el paciente y familiar.
- ✓ Se establecieron parámetros que revelaron la evolución del paciente.

MARCO TEÓRICO

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

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

El proceso de atención a enfermería tiene las siguientes propiedades:



- **Es resuelto** por que va dirigido a un objetivo.

- **Es sistemático** por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito. Como el método de solución de problemas, consta de 5 pasos en el que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

- **Es dinámico** porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas. A medida que adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

- **Es interactivo** por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente.

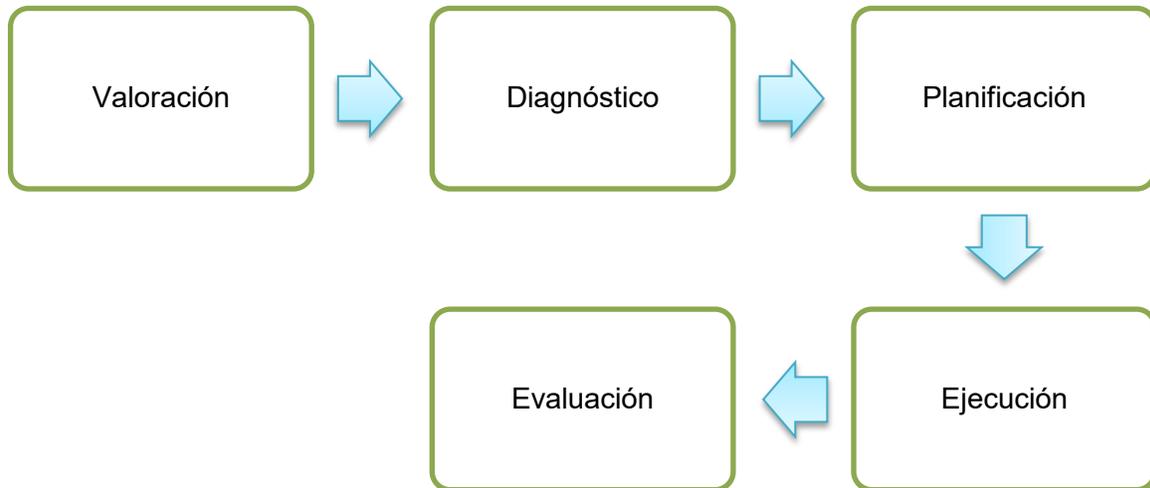
- **Es flexible** ya que puede demostrar dentro de contextos:
 - Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades.

 - Uso de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez.

- **Es humanístico:** Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar intereses, valores y deseos específicos del usuario.⁴

⁴ Rosales Barrera S. Reyes- Gómez E. Fundamentos de enfermería 3° edición México2004 pp 225-227

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.



📍 VALORACIÓN

El primer paso para determinar el estado de salud y principalmente para obtener información de la persona está incluido por cinco pasos; recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. También pueden buscar de los recursos con que cuenta el paciente.



RECOGIDA DE DATOS: Reunir datos información sobre el estado de salud.

-VALIDACIÓN: Comprobar que los datos son exactos y completos.

-ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS: Agrupar los datos en grupos de información que le ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad.

-IDENTIFICACIÓN DE PATRONES: Usted empieza a tener una idea de los patrones de funcionamiento y focaliza su valoración para obtener información que le permita comprender mejor la situación a la que se enfrenta.

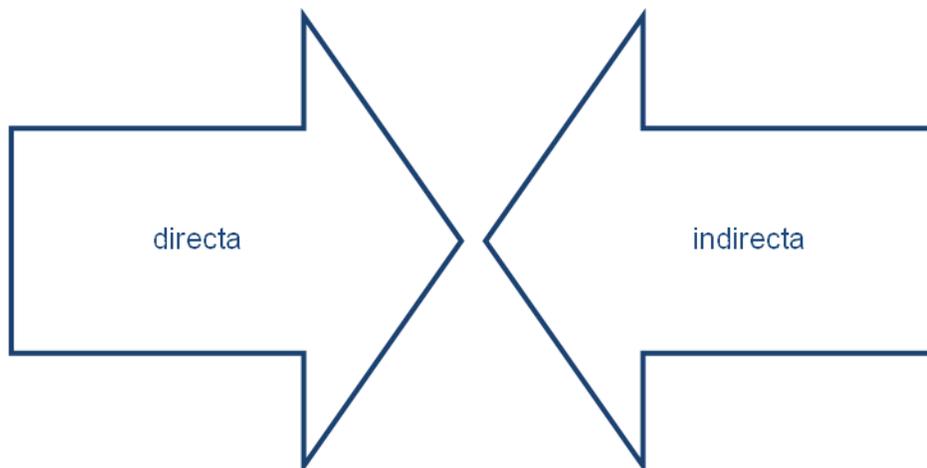
-INFORME Y ANOTACIÓN: Informar los datos significativos.

En la valoración también encontramos fuentes y medios por los cuales realizamos la valoración que son:

ENTREVISTA

Arroja varios datos subjetivos: Es la información que se da cuando no puedes medir la información como por ejemplo: angustia, cansancio, ansiedad o preocupación.

Pero por otra parte se encuentran los datos objetivos: Que es la información que podemos medir.



DIRECTA: Es cuando obtenemos información por parte de esa persona.

INDIRECTA: Es cuando obtenemos información por parte de otros medios.

DIAGNÓSTICO

Identificación de los problemas, identificación de los factores de riesgo. Predecir los problemas complicaciones. Identificar recursos y puntos fuertes. Analizar los datos e identificar los problemas reales, potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.

La Nanda es la principal organización para el desarrollo y perfeccionamiento de los términos de diagnósticos enfermeros. La Nanda se actualiza oficialmente cada 2 años.

COMPONENTES DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

TÍTULO (etiqueta) y **DEFINICIÓN**: Una descripción concisa del problema.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Grupo de signos y síntomas frecuentemente asociados a ese diagnóstico (los diagnósticos de riesgo no tienen características definitorias porque se aplican a personas que están en riesgo de desarrollarlos. Por consiguiente, no hay signos ni síntomas evidentes).

FACTORES DE RIESGO: Factores que pueden causar o contribuir al problema.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS REALES, DE RIESGO Y POSIBLES

Diagnóstico Real: Los datos de la persona contienen evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.

Diagnósticos de Riesgo: Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencias de las características definitorias.

Diagnóstico Posible: Los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnóstico pero su intuición le dice que el diagnóstico puede de estar presente.

PLANIFICACIÓN

En esta etapa se desarrollan principalmente un plan de cuidados general de la persona pero también discutir como sopesar los riesgos y beneficios cuando se determinan las intervenciones enfermeras.

Explicar cómo decidir si el plan de cuidados esta adecuadamente documentado.

EJECUCIÓN

Es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería a la persona, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

*Prepararse para dar y recibir un informe.

*Establecer prioridades diarias.

*Valorar y Revalorar.

*Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios.

*Hacer anotaciones.

*Dar el informe de cambio de turno.

EVALUACIÓN

La evaluación es crítica, cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados del paciente es la clave de la excelencia en la provisión de los cuidados de salud.

La insuficiencia hepática es una enfermedad asociada a falla hepática, se caracteriza por un proceso difuso de fibrosis y la conversión de arquitectura normal en una estructura nodular anormal. Que es lo que principalmente se tratara en este proceso atención de enfermería.⁵

⁵ Alfaro- LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. 5° Barcelona España 2005 pp 4- 31

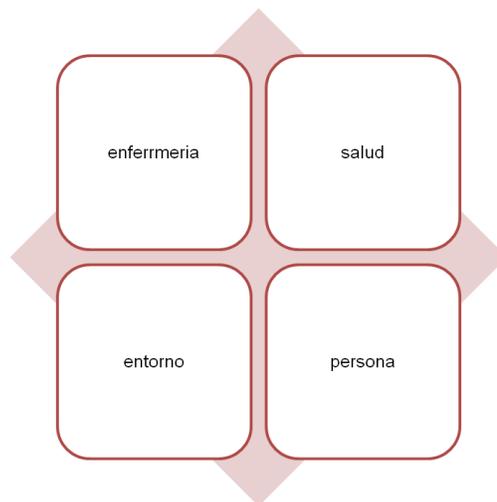
VIRGINIA HENDERSON



Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos. En su curso de psicología. Stackpole tomó como base la declaración de Claude Bernard en que afirmaba que para la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula.

A partir de esta idea, Henderson supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico y describió que era evidente que el equilibrio emocional

no se puede separar del equilibrio fisiológico por eso propuso la teoría junto con las 14 necesidades. Mencionando el metaparadigma.



- **ENFERMERÍA:** La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud recuperación (o una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda sin contar con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia de la persona lo más rápidamente posible.

- **SALUD:** Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia e interpretaba a la salud de varias fuentes entre ellas tomo en cuenta la opinión de la OMS que la definió como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cuotas.

- **ENTORNO:** El conjunto de condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

- **PERSONA:** Pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, que el cuerpo y el alma son inseparables.

❖ NECESIDADES

Henderson señala en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

1-Respirar normalmente.

2-Comer y beber de forma adecuada.

3-Evacuar los desechos corporales.

4-Moverse y mantener una buena postura.

5-Dormir y Descansar.

6-Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).

7-Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

8-Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.

9-Evitar peligros del entorno y evitar dañar a los demás.

10-Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores y opiniones.

11-Actuar con arreglo a la propia fe.

12-Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.

13-Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.

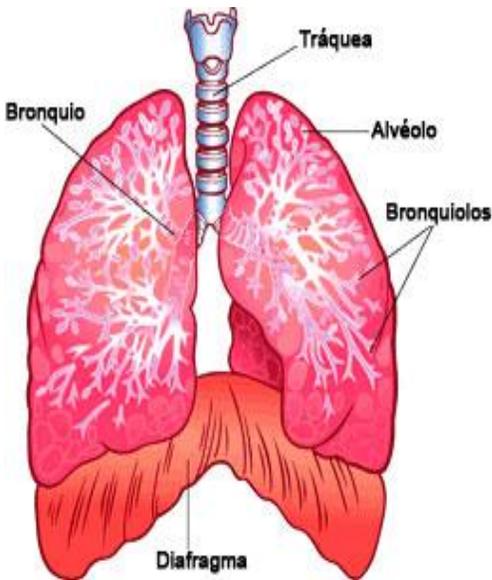
14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles. ⁶

⁶ Marriner- Tomey A, Rafe-Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería EDITORIAL Elviser , España 2011

NECESIDADES MÁS AFECTADAS

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DEFINICIÓN:

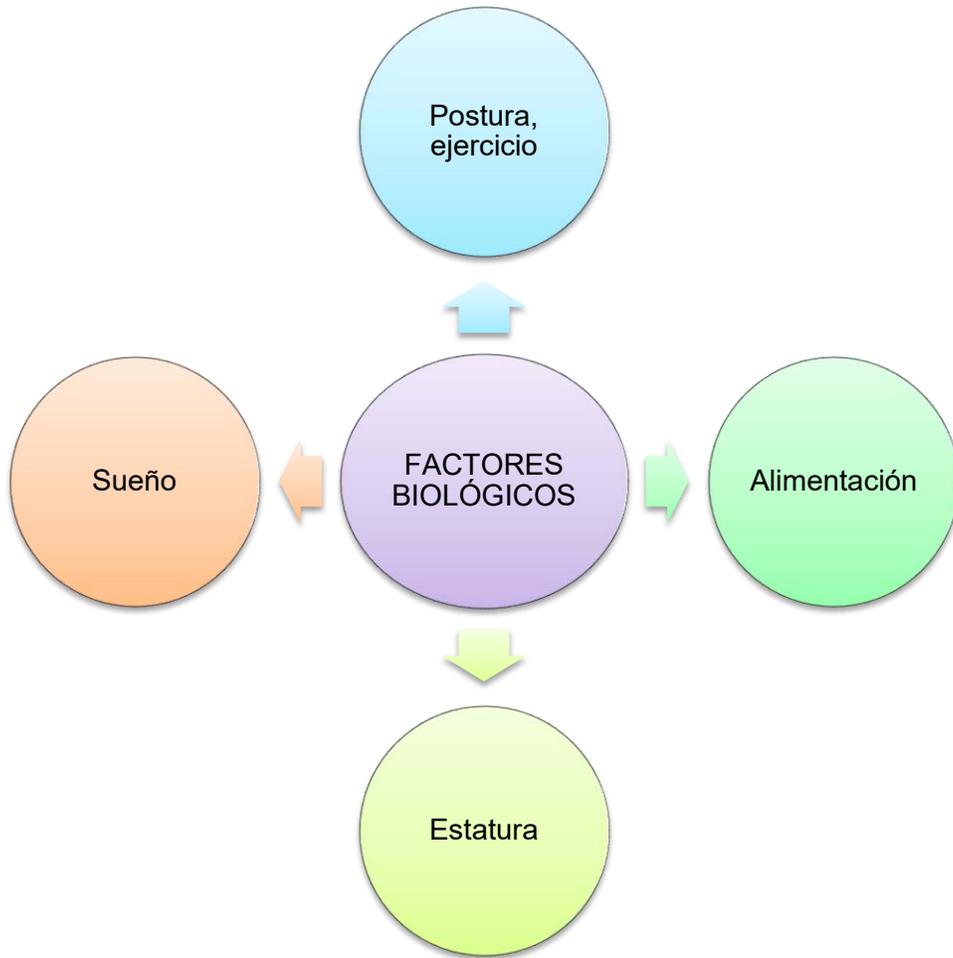


Para mantener la vida, el cuerpo necesita producir energía suficiente. Dicha energía se produce por la combustión de las moléculas de los nutrientes, que se oxidan cuando se combinan con oxígeno. La oxidación es el resultado de la combinación del oxígeno con el carbono y el hidrógeno para formar dióxido de carbono y agua. El consumo de oxígeno y la producción de dióxido de carbono son indispensables para la vida. En consecuencia, el cuerpo humano necesita de un sistema orgánico especializado en el intercambio de dióxido de carbono y oxígeno entre la sangre y la atmósfera, a

una velocidad tal que permite mantener la vida. El aparato respiratorio permite la entrada del oxígeno al cuerpo, así como la salida del dióxido de carbono.

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

📍 **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NECESIDAD**



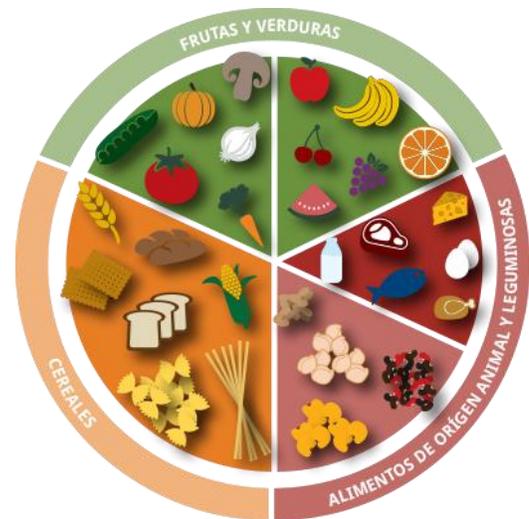


NECESIDAD DE COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA

DEFINICIÓN:

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales.

La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida.

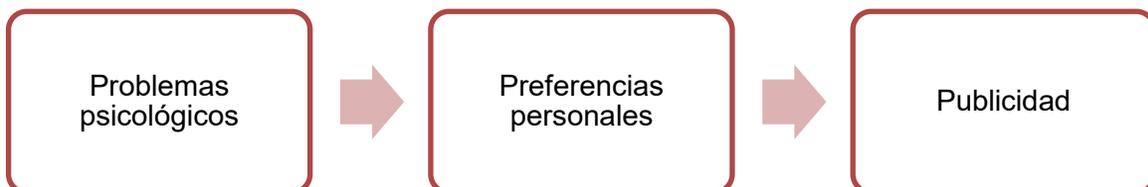


FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NECESIDAD

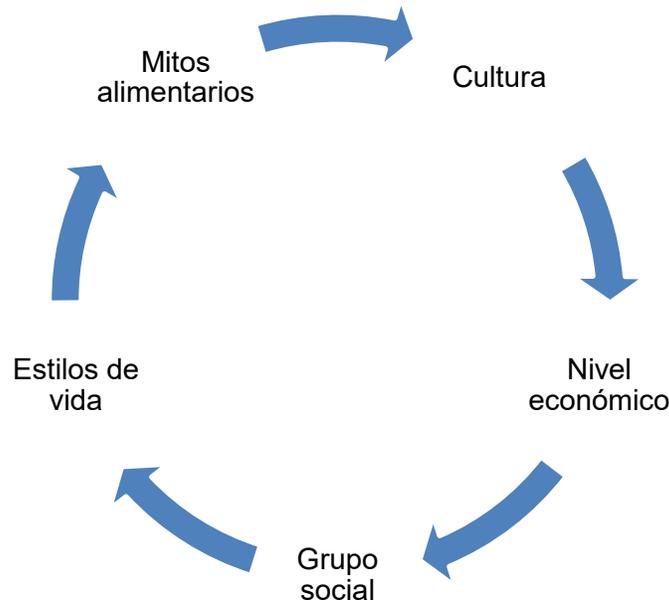
BIOLÓGICOS



PSICOLÓGICOS



FACTORES SOCIOLÓGICOS



NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DEFINICIÓN:

En el ser humano existen distintas formas de excreción que de forma general son: del aparato digestivo a través de las heces, por el aparato urinario en forma de orina, a través de los pulmones el aire que se inspira y de la piel en forma de sudor. Sin olvidar de la eliminación a través de las vías artificiales como pueden ser ostomias, drenajes torácicos, abdominales o el manchado del apósito de cualquier herida quirúrgica.



📍 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NECESIDAD

Factores biológicos

➤ ALIMENTACIÓN:

La cantidad y calidad de los alimentos que ingerimos va a determinar directamente la eliminación posterior.

➤ EDAD:

Influye en la satisfacción de la necesidad de eliminar si tenemos en cuenta, la importancia del control de esfínteres para la eliminación.

➤ ESTADO DE SALUD:

Las personas satisfacen de manera diferente esta necesidad cuando se ven influidas por su estado de salud.

Factores psicológicos

✓ EMOCIONALES:

Estímulos emocionales como el enfado, la ira o el miedo provocan un aumento de la frecuencia y amplitud de las ondas peristálticas del colon, ocasionando diarrea.

Factores socio-culturales

- NORMAS SOCIALES

Cada sociedad establece medidas higiénicas con el fin de que los individuos respeten la salubridad de los lugares públicos.

- ESTILO DE VIDA

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

DEFINICIÓN:

El descanso y el sueño son necesidades básicas para el ser humano, aportando salud, al individuo y mejorando la calidad de vida. Si estas funciones básicas se ven alteradas, el individuo puede sufrir problemas de concentración, irritabilidad y dificultad para desarrollar sus actividades diarias. Por el contrario, las personas que tienen un patrón de descanso adecuado experimentadas mejoría en su capacidad cognitiva y una sensación de aumento de la energía personal.



El sueño como un conjunto de procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular.

📍 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NECESIDAD

Psicológicos: La ansiedad y la depresión, afectan a la capacidad para dormir, la ansiedad impide el sueño y también disminuye las etapas.

Sociológicos: La ventilación, la iluminación, los olores, la cama, el nivel sonoro tener o no un compañero y también la ausencia del ruido o luz al que estaba acostumbrado.

NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

DEFINICIÓN



Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe de llevar ropa según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frio, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos.

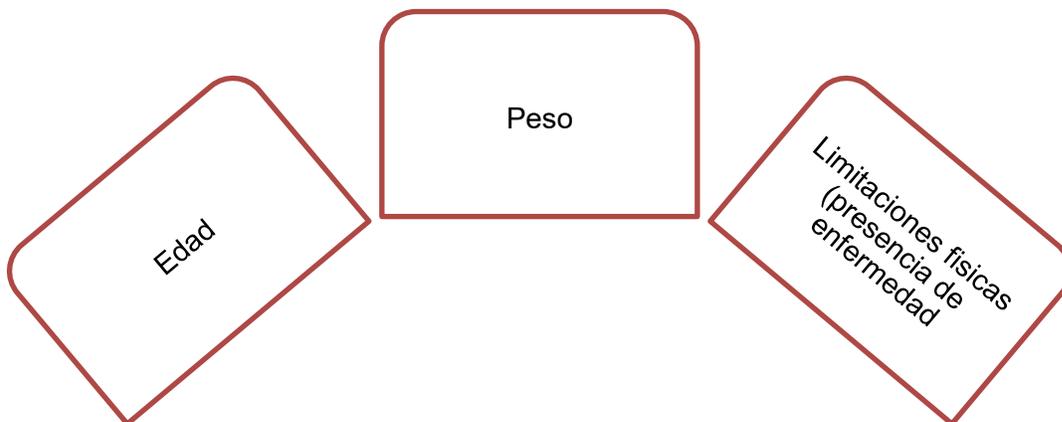
La ropa también puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

La satisfacción de esta necesidad, o lo que es más exacto, la manera de satisfacerla ha desviado la atención hacia el cumplimiento de otras necesidades como sentirse seguro, realizarse, comunicación llegando a ser en algunos momentos un problema de salud el ajustar la satisfacción de esta necesidad a tantos requerimientos.

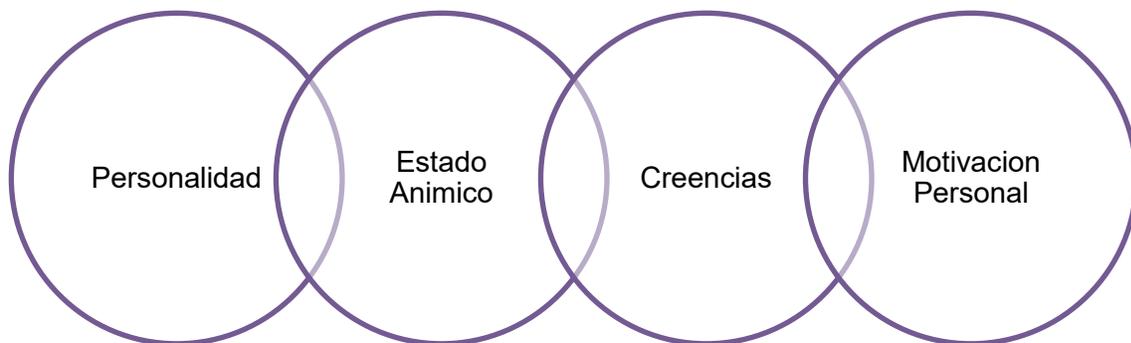
Se define como la capacidad para vestirse y desvestirse para hacer que la apariencia personal sea presentable, agradable para uno mismo y para los demás.

📍 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDADES

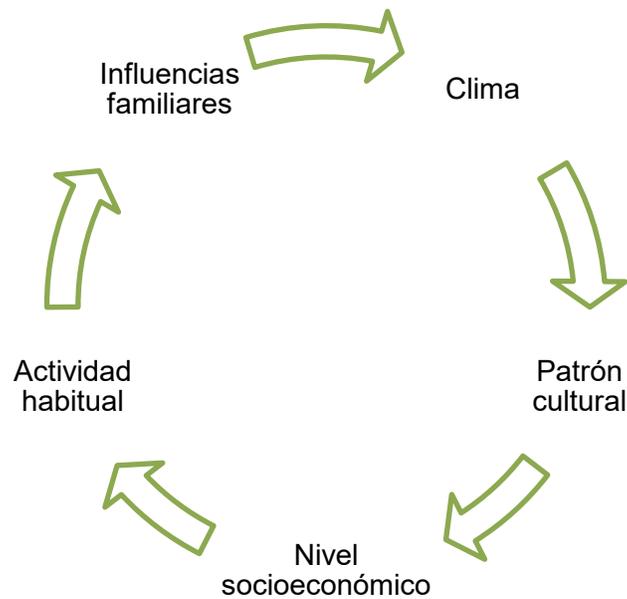
Biofisiológicos



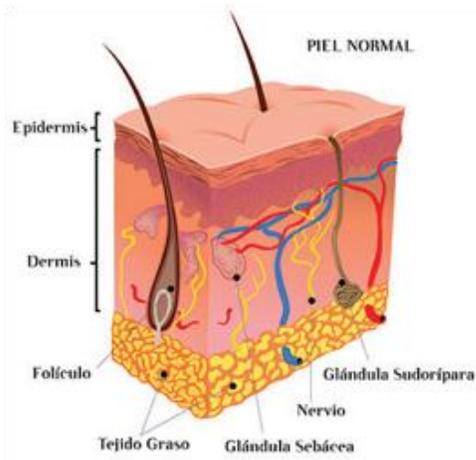
Psicológicos



Socioculturales



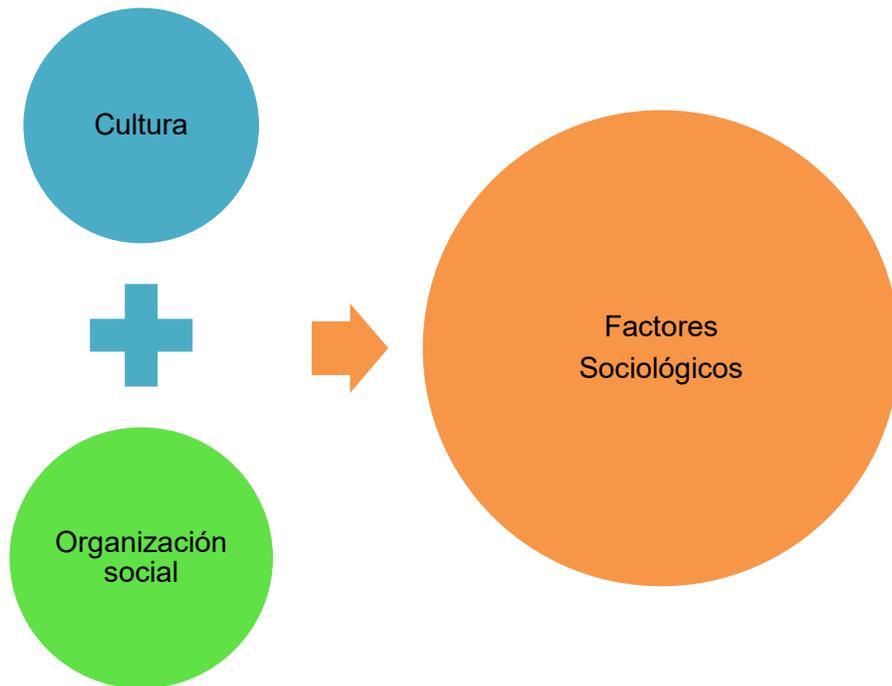
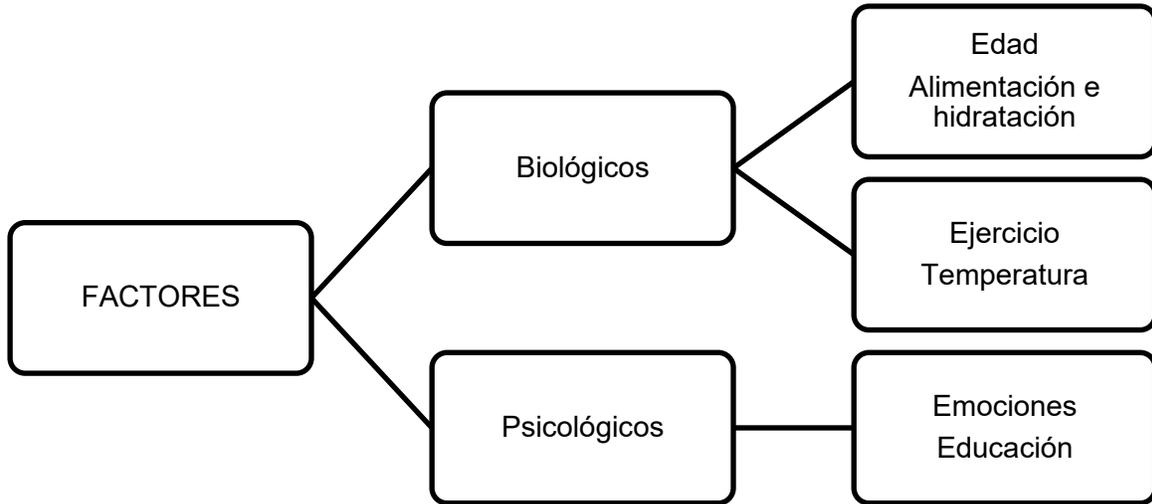
NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL



DEFINICIÓN

Estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de que este actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc. Pueda llevar a cabo el resto de las funciones que le son propias.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD



NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DEFINICIÓN



El termino peligro hace referencia a aquella situación en la que el daño proviene de una fuente externa a la persona.

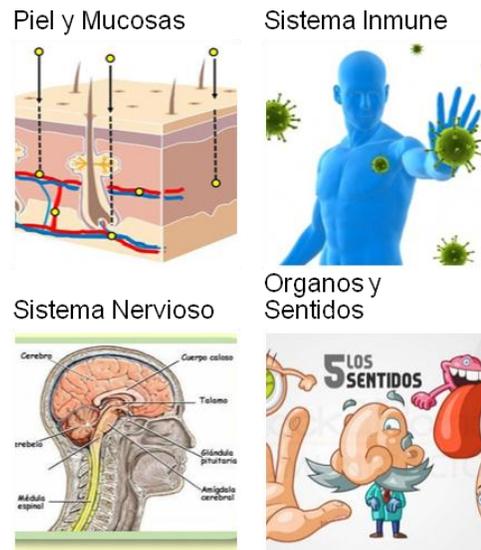
Afortunadamente, la persona que está equipada con mecanismos naturales y culturales para hacer frente, con éxito a una buena parte de las condiciones adversas del medio.

Nunca como hasta ahora las personas han demostrado tanto interés por captar información acerca de cómo prevenir enfermedades, mejorar la salud. En la conciencia de las personas va calando la preocupación por vivir más mejor, lo que incluye tomar medidas para auto protegerse de los daños potenciales.

Evitar los peligros, controlar los riesgos comprende acciones, innatas o aprendidas y conscientes, para preservar la supervivencia, el crecimiento, favoreciendo la maduración personal. Por tanto, abarca el conjunto de acciones consientes, voluntarias que una persona realiza ante una situación de vulnerabilidad, con el fin de protegerse para hacer frente a las amenazas, aplicando las medidas preventivas antes los riesgos de tipo biológico, físico-químico, adaptando estrategias de afrontamiento efectivas para dar respuesta a las demandas personales, sociales que faciliten una interacción armónica con los otros, la integración, la sensación de seguridad dentro del entorno.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD

Factores Biológicos



Factores Psicológicos

Son las conductas aprendidas e intencionadas que tienen como meta complementar los mecanismos fisiológicos protectores descritos anteriormente, aplicar medidas preventivas, estrategias de afrontamiento para controlar, minimizar las amenazas y los riesgos del entorno.

La conciencia de la persona.

Un alto nivel de alerta o atención.

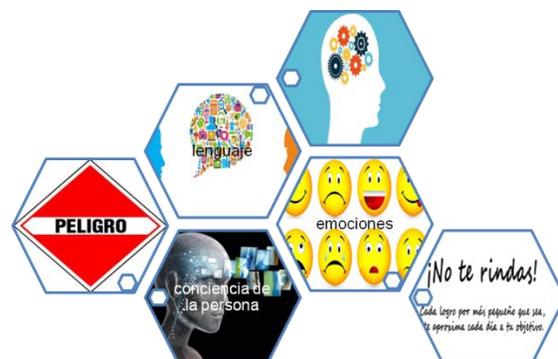
La memoria.

La conciencia de peligro o de riesgo.

Las emociones.

El lenguaje.

La motivación.



Factores Socioculturales

- Significado cultural de seguridad.
- Nuevos valores.
- Educación para la salud.

Factores Ambientales

- ✓ Desarrollo Industrial.
- ✓ Desarrollo Económico.
- ✓ Los contaminantes.
- ✓ Seguridad laboral.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DEFINICIÓN

La persona, tanto en situación de salud, como de enfermedad necesita intercambiar información personal y de todo tipo con los demás. La expresión de esta necesidad es muy individual por lo que el profesional de enfermería debe desarrollar la sensibilidad necesaria para detectar, en cada persona, un adecuado desarrollo de patrones de intercambio de información e ideas con otros suficientes para satisfacer necesidades.



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD

Factores Biológicos

Las condiciones genéricas de la persona como al funcionamiento e integridad de los órganos de los sentidos de acuerdo con determinadas características como la edad, el sexo, la etapa de desarrollo vital y el estado de salud actual.

Factores Psicológicos

Encontramos aspectos esenciales como los sentimientos, pensamientos, estado de las funciones psíquicas (memoria, nivel de conciencia, percepción, psicomotricidad), habilidades relacionadas y de afrontamientos.

Se entiende que el estado de humor y animo van afectar en la forma de comunicarnos, al igual que el nivel de inteligencia, capacidad de abstracción.

Factores Sociales

El entorno abarca tanto el entorno físico próximo (casa, trabajo...), como el lejano (comunidad en la que vive), el sociocultural, que incluye desde valores hasta aspectos del lenguaje y expectativas.

NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN

DEFINICIÓN



La autorrealización siguiendo a Maslow se define como “Un proceso continuo del desarrollo de nuestros potenciales.

📍 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD

Factores Biológicos

- EDAD Y CRECIMIENTO.
- CAPACIDADES FÍSICAS.

Factores Psicológicos

- EMOCIONES.

Factores Sociológicos

- * CULTURA.
- * ROLES SOCIALES.

NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

DEFINICIÓN

La recreación es como un proceso de recuperación de energía y del ánimo. A través de actividades recreativas el individuo aprende haciendo sobre sus propias experiencias, despertando su creatividad, espontaneidad originalidad e iniciativa.



📍 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NECESIDAD

Factores Fisiológicos.

- ❖ EDAD

Factores Psicológicos.

- DESARROLLO PSICOLÓGICO.
- EMOCIONES.

Factores Sociológicos

- * CULTURA.
- * ROLES SOCIALES.
- * ORGANIZACIÓN SOCIAL.⁷

⁷ Leal-Costa C, Carrasco-Guirao J. Fundamentos de Enfermería. Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona 1 Edición 2010 Editorial: Librería Editor (Diego Marín)

HISTORIA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: B.E.M.A.

EDAD: 13 Años 7 Meses.

SERVICIO: Hematología-Oncología Pediatría.

CAMA: 5315.

ESCOLARIDAD: 1º De Secundaria.

ANTECEDENTES-HEREDO FAMILIARES

- ☉ Madre: 30 años de edad, niega toxicomanías, aparentemente sana.
- ☉ Padre: 43 años de edad, con tabaquismo positivo, aparentemente sano.
- ☉ Abuelo Materno: aparentemente sano.
- ☉ Abuela Materna: con hipotiroidismo en tratamiento.
- ☉ Abuelo Paterno: aparentemente sano.
- ☉ Abuela Paterna: Finada a causa de Cáncer de Mama se desconoce la edad en la que falleció.
- ☉ Hermanos: 2 femeninas de 9 y 5 años aparentemente sanas
1 masculino 9, finados a causa de cáncer en sistema nervioso central, no especificado hace 2 y medio.

ANTECEDENTES PERINATALES

Es el producto del primer embarazo de su madre a los 17 años, diagnosticado en el primer mes de gestación menciona consumir ingesta de ácido fólico, hierro, se realiza 2 ultrasonidos, no recuerda cuantas consultas prenatales realizo, niega complicaciones durante el embarazo nacida a término, sin especificar semanas de gestación.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia el día 8 de Enero del 2016 con dolor y aumento de volumen en el ángulo mandibular izquierdo, por el cual acude al odontólogo privado en febrero, un mes después de este malestar el cual le realiza una radiografía, donde se observa que una lesión en la mandíbula.

Es referida a Reynosa Tamaulipas, el día 23 de marzo para tomar una biopsia es revisada por un cirujano maxilofacial y se da cuenta que es OSTEOSARCOMA MANDIBULAR OSTEOLASTICO de forma inmediata es referida al hospital de Matamoros Tamaulipas, donde por no contar con un Servicio de Oncología Pediátrica es referida a la Ciudad Monterrey, Nuevo León, Se realiza la revisión de las laminillas e inician quimioterapia con METROTEXATE. Es así como llega al Centro Médico Nacional 20 DE NOVIEMBRE, teniendo periodos de internamiento para quimioterapia el día 19 de Abril se aplica quimioterapia a base de METROTEXATE Y ACIDO FOLINICO, se repite el día 28 de ABRIL, haciendo resistencia, por el cual deciden cambiarle a CICLOSFOSFAMIDA a partir del 17 al 26 de Mayo.

VALORACIÓN POR NECESIDADES

OXIGENACIÓN

B. se observa con palidez de tegumentos, permeabilidad de las vías aéreas, con salida de tejido cancerígeno por los músculos cigomáticos y obicular de los labios cubriendo un 25% la apertura de la boca, con frecuencia respiratoria de 24 por minuto al inspirar, con datos de disnea, campos pulmonares limpios y ventilados, amplitud respiratoria profunda y rítmica, saturación de oxígeno del 93%, llenado capilar de 2 segundos, circulación estable, tensión arterial de 80/60, frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto.

Probablemente, vaya al quirófano para que al momento de la cirugía del tumor, también realicen una traqueostomía, todavía no se confirma la fecha de la intervención, ya que quieren esperar los efectos de la quimioterapia.

Al interrogatorio menciona que no tiene problemas para respirar, se ha expuesto al humo de leña cuando era más pequeña, niega toxicomanías pero convive con fumadores y con aves (canarios), refiere que cuando sube las escaleras y camina, siente la sensación de falta de aire, su casa está bien ventilada, no hay ninguna fábrica de asbesto cerca de su casa.

ALIMENTACIÓN

Ella tiene una talla 158 cm y pesa 35 kg de complexión delgada, con turgencia de piel hidratada, elasticidad normal, frágil y delgada, mucosas orales semihidratadas con adecuada coloración sin datos de mucositis, se observa la salida del tumor de tejido queratinoso de color blanco, en comisura de los labios izquierdo, alopecia debido a efecto secundario de quimioterapia, uñas cortas con llenado capilar de dos segundos sin datos de micosis, piezas dentales blancos y completos, con glicemia capilar 80 mg/dl.

Durante la estancia en el hospital por prescripción médica tiene una dieta blanda +*líquidos abundantes +dieta polimérica cada 8 horas. El número de comidas que realiza en el hospital son 3 se encuentra a expensas de lo que preparen en la cocina, su sensación de apetito es regular, a veces no tiene hambre por efecto del tratamiento.

A consecuencia de la desnutrición los médicos del área de oncología deciden realizar una gastrostomía.

En su casa acostumbra a desayunar por lo regular siempre es cereal con algo de fruta.

En la comida consume papa, quesadillas, algunas verduras pero su preferencia son zanahoria, brócoli, en ocasiones sopa, arroz, frijoles, lentejas, 3 tortillas por lo regular bebe entre dos y tres vasos al día de agua simple, no consume refrescos.

Durante la cena come 2 huevos, o 2 tazones de arroz. Cuando come entre comidas a veces es una fruta o algún alimento chatarra.

Los alimentos que le desagradan son la papaya, espinaca, verdolagas. B menciona que sus sentimientos influyen en su apetito para comer si siente triste por su estado de salud o preocupada ya no come, no tiene ninguna intolerancia.

ELIMINACIÓN

Tiene el abdomen blando depresible a la palpación, ruidos peristálticos presentes, con hábitos intestinales irregulares, llegando al estreñimiento en ocasiones, menciona tener dos evacuaciones al día de consistencia formadas de color café oscuro, negando esfuerzo y el dolor al evacuar, refiere sentir un poco de inflamación abdomen por no evacuar constantemente.

Hábitos urinarios 3 micciones al día de color amarillo ámbar, sin olor negando síntomas urinarios.

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

Última fecha de menstruación el día 6/05/16 mayo, con ciclos regulares, duración de 3 por cada 30 días. Inicia menarca a los 12 años, sin inicio de vida sexual activa.

MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

El estado neuromuscular y esquelético, en buenas condiciones con debilidad muscular, se encuentra encamada en posición decúbito dorsal su movilidad es limitada pero puede realizar los movimientos por ella misma, no necesita ningún apoyo para deambular, no hay presencia de ningún movimiento involuntarios y tampoco temblores.

DORMIR Y DESCANSAR

Ella refiere un sueño no reparador, por el ambiente hospitalario en el que se encuentra, para poder dormir, necesita no haber ruido y sin interrupciones, su estado mental es preocupado por su salud, en ocasiones aburrida, apática pero cooperadora con su tratamiento, a veces toma siestas de dos horas.

USAR PRENDAS ADECUADAS

B. viste de acuerdo a su edad, por comodidad utiliza pijama completa y limpia, su estado de ánimo no influye en cómo vestirse, le agrada más el clima cálido. Cuando está en casa viste con su ropa favorita que es pantalón de mezclilla, playera, sudadera y tennis.

TERMOREGULACIÓN

Se encuentra normotermico con una temperatura de 36 ° C semihidratada, con poca o escasa transpiración se adapta a los cambios de temperatura del medio ambiente pero le gusta, el clima cálido,

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Su aspecto es higiénico, con olor fresco, hay mal olor por la salida del tumor, el cuero cabelludo hidratado, escala braden 16 puntos, riesgo moderado, la frecuencia del aseo personal es un baño cada tercer día, el momento más agradable para su higiene es a medio día, con una duración de 30 min, higiene bucal es de 3 veces al día con cepillo e hilo dental, el lavado de manos es antes de cada comida y después de ir a eliminar o evacuar, no tiene ninguna creencia religiosa para intervenir en sus hábitos higiénicos.

EVITAR PELIGROS

B no presenta ninguna deformidad congénita, para evitar caídas su cama cuenta con barandales en alto con escala newman de 5 puntos riesgo alto, cuenta con la presencia de su mamá por ser menor de edad, es mayor de 4 hermanos, ante una situación de emergencia de preocupa pero se mantiene tranquila, no necesita ningún apoyo para la deambulaci3n, cuenta con el esquema de vacunaci3n completo y no conoce las medidas para la prevenci3n de accidentes. Durante su estancia hospitalaria se hace alérgica al metrotexate anterior quimioterapia.

- Ondasetron 8mg c/ 24 hrs (antes de iniciar la quimioterapia)
- Ranitidina 25 mg c/ 24 hrs
- Ciclofosfamida 150 mg (QUIMIOTERAPIA CADA 21 DIAS)

COMUNICARSE

Es una paciente que no habla claro por la patología antes mencionada, apenas se logra entender lo que dice, con Glasgow de 15 puntos, comprende lo que se le explica para realizar su cuidado, su estado civil es soltera solo vive con su papa y hermanas sus padres son separados se encuentra triste y enojada por el estado de salud, pero coopera en las intervenciones de enfermería que se le realizan.

VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

La paciente no tiene ninguna vestimenta específica de algún grupo social, todavía no sabe a qué religión enfocarse, debido a que madre es cristiana y la familia de su padre son católicos, la religión de sus padres no tiene nada que ver con influya con su tratamiento, tampoco, con su forma de vestir, ni de pensar.

TRABAJAR Y REALIZARSE

B por ser menor de edad no trabaja, su estado de ánimo con respeto a su situación de salud enojada y triste, ella comenta que quisiera ir a la escuela como los demás adolescentes.

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Su estado para actividades recreativas es apático, en sus tiempos libres le gusta bailar kendo (baile coreano), no ha participado en ninguna actividad lúdica.

APRENDIZAJE

El nivel educativo que tiene es primero de secundaria, no tiene problemas para aprender y ninguna limitación cognitiva, conoce su patología, se encuentra muy triste para aprender pero le gustaría conocer más acerca de su patología.

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD ALTERADA: Oxigenación.

DIAGNÓSTICO: Patrón respiratorio ineficaz R/C Deformidad Ósea M/P Disnea (Cuando deambula y sube escaleras), Dolor Pág: 229 NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

OBJETIVO: Proporcionar un intercambio gaseoso adecuado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Determinar la gravedad de la disnea como por ejemplo la escala borg.❖ Observar los principales signos como la respiración abdominal, uso de los músculos. Accesorios, aleteo nasal, retracciones, irritabilidad, confusión o letargo.❖ Observar el color de la lengua, la mucosa oral y la piel.	<p>Esto ayuda a mejorar el tratamiento farmacológico para la disnea.</p> <p>Estos síntomas indican un aumento de la dificultad respiratoria e hipoxia.</p> <p>La cianosis de la lengua, la mucosa oral (cianosis central) generalmente representa una urgencia médica.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Auscultar los sonidos respiratorios, observando la disminución o la ausencia de crepitantes y sibilancias. ❖ Monitorizar la saturación de oxígeno, los gases sanguíneos del paciente. ❖ Controlar la presencia de dolor y proporcionar medicación para el dolor para un mayor confort. ❖ Apoyar al paciente a utilizar técnicas respiratorias controladas y con labios fruncidos. ❖ Colocar al paciente en una posición semi Fowler o vertical. 	<p>Estos sonidos pulmonares anormales pueden indicar una patología respiratoria.</p> <p>Una saturación de oxígeno inferior a 80% indica problemas significativos de oxigenación.</p> <p>El dolor provoca que el paciente se hipoventile y que realice respiraciones superficiales que lo predisponen a una atelectasia.</p> <p>La respiración de labios fruncidos aumenta provoca el aumento del uso de los músculos intercostales, una disminución de la frecuencia respiratoria, aumento del volumen corriente y mejora los niveles de saturación de oxígeno.</p> <p>Una posición vertical facilita la expansión pulmonar.</p>
---	--

<p>❖ Administración de oxígeno terapia según este prescrito y a valoración de la disnea.</p>	<p>La oxigenoterapia ayuda a disminuir la disnea a través de la reducción del impulso central mediado por los quimiorreceptores periféricos en el cuerpo.</p>
<p>EVALUACIÓN: Durante su internamiento para la quimioterapia no necesito intervenciones de oxígeno terapia, estuvo estable sin ninguna complicación.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Alimentación.

DIAGNÓSTICO: Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C: Ingesta insuficiente de alimentos M/P: Obstrucción del tumor para ingerir por vía enteral Pág: 163 NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

OBJETIVO: Mejorar la condición nutricional de la paciente, aumentando el consumo de nutrientes proporcionando una dieta adecuada a sus necesidades.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Evaluar la piel y mucosas en busca de palidez.❖ Revisar las pruebas de laboratorio según indique recuento de linfocitos totales, transferrina sérica y albumina.❖ Cuando el paciente tiene mala nutrición, vigilar la aparición de signos de infección y procurar protegerle de las infecciones.	<p>Ayuda a identificar una desnutrición proteica-calórica especialmente cuando las medidas antropométricas son menores de lo normal.</p> <p>Ayuda a identificar el grado de desnutrición e influye en la selección de las intervenciones dietéticas.</p> <p>La mala nutrición de proteínas-energía se asocia con una alteración importante de la inmunidad celular. La infección puede resultar en confusión anorexia y equilibrio negativo del nitrógeno, que van a contribuir a la mala nutrición de proteínas-energía.</p>
<p>EVALUACIÓN: Se buscan signos de infección, durante las intervenciones que se brindaron no aparece ningún dato.</p> <p>Se deciden completar la dieta agregando polimérica y de vez en cuando se premia con un antojo de alguna fritura por parte de su mamá.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Alimentación.

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la deglución R/C Anomalía de la cavidad faríngea M/P No poder masticar y rechazar alimentos Pág: 155 NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con el déficit de la estructura.

OBJETIVO: Evitar algún accidente durante la ingesta de alimentos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Valorar la disposición del paciente para comer. Este debe estar alerta, ser capaz de seguir instrucciones, de sujetar la cabeza en posición erguida y de mover la lengua por la boca. ❖ Detectar la presencia de signos relacionados con problemas de deglución (p. ej. tos atragantamiento, escupir comida, babeo, dificultad para controlar las secreciones orales, deglución doble o retraso importante en la misma, lagrimeo, secreción nasal, voz húmeda o con goteo, disminución de la capacidad para mover la lengua o los	<p>Si la falta de algunos de estos elementos, puede ser aconsejable suspender la alimentación oral y administrar alimentación enteral.</p> <p>Todos estos signos antes mencionados son del deterioro de la deglución estar pendiente ya que puede ocurrir una broncoaspiración, (Terrado, Rusell y Browman, 2001). Un estudio demostró que el análisis de la voz pudo predecir con exactitud los pacientes presentaron disfagia por la presencia de perturbaciones porcentaje de temblor, proporción ruido-sonido-armónico y turbulencia de la voz.</p>

<p>labios, disminución de la masticación de la comida, disminución de la capacidad para empujar los alimentos hacia la parte posterior de la faringe, habla lenta o escandida.</p> <p>❖ Enseñar al paciente y a la familia sobre la consistencia de los alimentos.</p>	<p>Es frecuente que los familiares, no observen las restricciones dietéticas necesarias y que proporcionen al paciente alimentos inapropiados que pueden tener como consecuencia la aspiración.</p>
<p>EVALUACIÓN: En la estancia en el servicio y la interacción con la paciente se capacito al familiar para saber que alimentos consumir, no ocurrió ningún incidente.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Eliminación.

DIAGNÓSTICO: Estreñimiento R/C Hábitos de defecación inadecuados M/P Sonidos abdominales hipoactivos, heces duras y formadas Pág: 193 NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de la eliminación dificultosa o incompleta de heces.

OBJETIVO: Evitar el estreñimiento frecuente, controlando la administración de medicamento y aumentando la actividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Valorar el patrón usual de defecación, incluyendo hora del día, cantidad y frecuencia.❖ Pedir al paciente o familiar, llevar un diario de hábitos intestinales, incluyendo información como hora del día, estímulos usuales, consistencia, cantidad y frecuencia. Consumo de líquidos y empleo de cualquier ayuda para la defecación.❖ Revisar las medicaciones que está tomando el paciente.	<p>Suele haber múltiples razones para el estreñimiento; el primer paso consiste en la valoración de los patrones usuales de eliminación intestinal.</p> <p>El diario de los hábitos intestinales es valioso en el tratamiento del estreñimiento; el empleo de un diario ha demostrado ser más exacto que el recuerdo del paciente para determinar la presencia de este problema.</p> <p>Muchas medicaciones están asociadas al estreñimiento crónico incluyendo opiáceos, antidepresivos, antiespasmódicos, diuréticos, anticonvulsivos y antiácidos que contengan aluminio.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Palpar el abdomen en busca de distensión, percutirlo para detectar matidez y auscultar los ruidos intestinales. ❖ Proporcionar intimidad para la defecación. Ayudar al paciente a llegar al retrete y cerrar la puerta si fuera posible. ❖ Aconsejar una ingesta de líquidos de 1,5 a 2 l/ (de 6 a 8 vasos de líquidos diarios). Si la ingesta oral es escasa, incrementarla gradualmente. La ingesta de líquido se debe establecer entre la reserva cardiaca y la renal. El incremento de la ingesta de líquido a 1,5 a 2 litros al día mientras se mantiene una ingesta de fibra de 25 g. ❖ Levantarse de la cama cuando antes y realizar actividades de la vida diaria 	<p>En el paciente con estreñimiento el abdomen suele estar distendido, con rigidez y el colon es palpable. Los ruidos intestinales estarán presentes.</p> <p>Se recomienda el uso del retrete de 5 a 15 min después de cada comida especialmente tras el desayuno, cuando el reflejo gastrocolico es más fuerte. La eliminación intestinal constituye un acto muy privado, y la carencia de intimidad puede conducir al estreñimiento.</p> <p>El aumento de la ingesta de líquidos no resulta útil para el estreñimiento solo o si además el paciente esta deshidratado. Tener precaución cuando es un paciente renal o cardiaco.</p>
<p>EVALUACIÓN: Durante mi estancia en el servicio de oncología y medicina interna pediátrica se mejoró la hidratación, hábitos alimenticios como el aumento de fibra y mejoró la calidad de evacuación y la sensación de sentirse inflamada.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Descanso y Sueño.

DIAGNÓSTICO: Deprivación del sueño R/C Disminución del tiempo para descansar M/P Fatiga e irritabilidad Pág: 210 NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Periodo de tiempo prolongado con sueño.

OBJETIVO: Mejorar los hábitos y la calidad del sueño de la paciente durante la estancia prolongada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Monitorizar la presencia de síntomas nocturnos de síndrome de piernas inquietas con sensaciones de incomodidad en las piernas que se producen antes de empezar a dormir o durante la noche. Además de monitorizar la presencia de ataques de pánico nocturno, la presencia de cefaleas o la enfermedad por reflujo gastroesofágico.❖ Proporcionar alivio del dolor antes de acostarse y colocar al paciente en una posición cómoda para dormir.	<p>Numerosos eventos y síntomas nocturnos pueden contribuir a la pérdida del sueño.</p> <p>Los pacientes han informado que las posiciones incómodas y el dolor son factores comunes del trastorno del sueño.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantener tranquilo el entorno (p. Ej., evitar el uso de sistemas de intercomunicación, reducir el volumen de la radio y de la televisión mantener las alarmas en posición sin sonido, anticiparse a las alarmas de las bombas i.v hablar silenciosamente en la unidad). ❖ Utilizar generadores de sonidos suaves con sonidos del océano, lluvia o cascadas para inducir al sueño o utilizar ruidos blancos como un ventilador para obstruir otros sonidos. Considerar también el uso de tapones para los oídos. ❖ Motivar al paciente a escuchar música suave para facilitar el sueño. 	<p>Un estudio realizado por los voluntarios expuestos a niveles de ruido de cuidados críticos registrados experimentó una mala calidad del sueño.</p> <p>Los sonidos del océano fomentaron el sueño en pacientes posoperados de cirugía cardiaca abierta. Los tapones de los oídos disminuyen los efectos del ruido simulado de la unidad de cuidados intensivos sobre el sueño.</p> <p>La música provoca una mejor calidad del sueño, un aumento en la duración del sueño, una mayor eficacia, una latencia menor del sueño, disminución del deterioro del sueño y menos disfunción durante el día.</p>
<p>EVALUACIÓN: Se mejora la higiene del sueño y se logró tener un descanso reparador y la paciente amanecía menos irritable.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Termorregulación.

DIAGNÓSTICO: Termorregulación ineficaz R/C Situación actual de salud M/P Cambios de temperatura corporales (Hipertermia e Hipotermia) Pág. NANDA: 433 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

OBJETIVO: Evitar la administración continua de (antipiréticos), logrando mediante las intervenciones de enfermería la regulación de la temperatura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Controlar la temperatura cada 1-4 horas o usar control continuo de la temperatura si es apropiado.❖ Controlar en el paciente la aparición de signos de hipertermia (p ej., dolor de cabeza, náuseas y vómitos, debilidad, ausencia de sudor, delirio y coma).❖ Controlar signos de hipotermia en el paciente (p ej. escalofríos, piel fría, erección del vello, palidez, rellenando capilar lento, lecho ungueal cianótico, bradipsiquia, disritmias).	<p>La regulación de la temperatura corporal puede alterarse por enfermedades, lesiones o fármacos.</p> <p>El control de las características definitorias de hipotermia e hipertermia permite la prevención o la intervención precoz.</p> <p>Esto ayudara a mantener una temperatura corporal adecuada.</p>

❖ Adecuar las ropas para facilitar el calentamiento o el enfriamiento pasivo apropiado.

EVALUACIÓN: Mediante las intervenciones realizadas, se disminuyó el uso de medicamentos (antipiréticos) utilizando medios físicos para controlar la hipertermia.

NECESIDAD ALTERADA: Protección de la piel.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Agente farmacéutico (Quimioterapia- Radioterapia) Pág: 387 NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Vulnerable a una alteración de la epidermis.

OBJETIVO: Tener la suficiente prevención al administrar el tratamiento (quimioterapia), llevando acabo la valoración de las úlceras por presión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Monitorizar el estado de la piel al menos una vez al día para determinar los cambios de color y textura, los trastornos dermatológicos o las lesiones. Determinar si el paciente está experimentando perdida de sensibilidad o dolor. ❖ Identificar a los pacientes en riesgo de deterioro de la integridad cutánea a consecuencia de la inmovilidad, edad cronológica, malnutrición, incontinencia, perfusión comprometida, estado de compromiso inmunitario, edad cronológica o trastorno.	<p>La inspección sistemática puede identificar problemas inminentes en su inicio.</p> <p>Se sabe que estos grupos de pacientes corren el riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>La localización de variables (como la edad y la categoría en la Braden Scale Risk Category) puede centrar la valoración sobre factores de riesgo particulares (p. ej., presión) y ayudar a guiar el plan de prevención y cuidados. (Young et al 2002).</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Monitorizar las prácticas de cuidados cutáneos del paciente, observando el tipo de jabón, la temperatura del agua y la frecuencia de la limpieza cutánea. ❖ Evitar los agentes de limpieza extremos, el agua caliente, la fricción o la fuerza extremas o la limpieza demasiado frecuente, liberando la presión mediante las almohadas en las zonas adecuadas y cambios de posición cada 2 horas.(Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers). ❖ Para pacientes con movilidad limitada, monitorizar el estado de la piel de las prominencias óseas. 	<p>Individualizar el plan de acuerdo con el estado de la piel, las necesidades y las preferencias del paciente.</p> <p>Las úlceras por presión suelen aparecer sobre las prominencias óseas, como sacro, cóxis, trocánter y talones, a consecuencia de la falta de alivio de la presión entre la prominencia y la superficie de apoyo.</p>
<p>EVALUACIÓN: No se presentó ningún tipo de lesión tegumentaria.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Protección de la piel.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de deterioro de la mucosa oral R/C Quimioterapia Pág: 398
NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Vulnerable a una lesión en los labios.

OBJETIVO: Lograr mediante intervenciones de enfermería, prevenir una de las complicaciones del tratamiento como es la lesión en los labios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Inspeccionar la cavidad oral al menos una vez al día y verificar cualquier alteración de coloración de la mucosa, lesiones, edema, sangrado, exudados o sequedad.❖ Determinar el método habitual del paciente para el cuidado bucal y hablar acerca de cualquier preocupación relacionada con la higiene oral.❖ Asegurarse de que se reciba una exploración oral completa antes de indicar quimioterapia o radioterapia, dando, según sea necesario, un tratamiento dental preventivo agresivo.	<p>La inspección oral puede revelar signos de enfermedad oral, síntomas de enfermedad sistémica, efectos adversos de medicamentos o traumatismos de la cavidad oral.</p> <p>Siempre que sea posible, construir sobre la base de los conocimientos previos del paciente y sus prácticas habituales para desarrollar un plan de cuidados individual.</p> <p>En un estudio, Shieh et al demostraron que las instrucciones acerca del cuidado bucal dadas 1 semana antes de la radioterapia resultaron en una reducción de la mucositis en comparación con las instrucciones dadas 1 día antes o el no dar indicaciones al momento.</p>

- ❖ Explicar al paciente una semana antes de la radioterapia la necesidad de una higiene oral frecuente y proveer instrucciones acerca del método para realizarla.

EVALUACIÓN: Se realizan intervenciones de prevención y no presenta alteración en la cavidad oral.

NECESIDAD ALTERADA: Evitar Peligros.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección R/C Procedimiento invasivos Pág: 379 NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer a la salud.

OBJETIVO: Evitar el riesgo de infección.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Observar y comunicar signos de infección como enrojecimiento, calor drenaje e incremento de la temperatura corporal.❖ Tener en cuenta y comunicar los valores de laboratorio (por ejemplo recuento de leucocitos).❖ Seguir precauciones estándares y llevar guantes durante el contacto con sangre, membranas mucosas, piel no intacta o cualquier sustancia corporal excepto el sudor. Emplear gafas protectoras, guantes y bata cuando proceda.	<p>Un estudio de control prospectivo de la infección nosocomial en unidades de hematología y oncología debe incluir la fiebre de origen desconocido como la entidad más común y clínicamente importante.</p> <p>Los valores de laboratorio están relacionados con la historia del usuario y el examen físico para proporcionar una visión global de la función inmune del mismo y su estado nutricional.</p> <p>Deben tomarse precauciones siempre que exista la posibilidad de entrar en contacto con sangre, membranas mucosas, piel no intacta o cualquier sustancia corporal excepto el sudor.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Usar técnicas cuidadosas cuando se cambian y vacían bolsas colectoras de orina para evitar la contaminación cruzada. ❖ Valorar la temperatura de los pacientes neutropenicos cada 4 horas; comunicar una sola temperatura superior a 38.5 o tres temperaturas superiores a 38 c en 24 horas. ❖ Utilizar protocolos de cuidado bien establecidos para todas las vías periféricas, venosas centrales y arteriales: técnica de inserción estandarizada; seleccionar catéteres con el menor número de luces necesario; evitar el empleo de catéteres femorales en pacientes con incontinencia urinaria o fecal; usar la técnica aséptica para la inserción y cuidado; estabilizar la cánula y los equipos de sueroterapia; mantener un apósito oclusivo 	<p>Los pacientes corren mayor riesgo de infección cruzada durante el cambio y vaciado de colectores.</p> <p>Los pacientes neutropenicos no producen una respuesta inflamatoria adecuada, consecuentemente, la fiebre suele ser el primer y a menudo único signo de infección.</p> <p>La mejora en el seguimiento de la higiene de manos ha demostrado terminar con los brotes en las instituciones sanitarias, reducir la transmisión de organismos resistentes a los antimicrobianos (por ejemplo staphylococcus aureus a la meticilina) reducir los índices generales de infección (centers for disease control de la infección para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria, con especial atención a la higiene de manos y a las preocupaciones universales.</p>
---	---

<p>estéril (cambiar cada 72 horas) según las normas del hospital); etiquetar los puntos de inserción, inspeccionar cada 8 horas para detectar signos de infección, anotar y comunicar; sustituir los catéteres periféricos según las normas del hospital (habitualmente cada 48 a 72 horas).</p>	<p>Más del 40% de las infecciones en el torrente circulatorio en las unidades de cuidados intensivos UCI están asociadas con el uso de catéteres venosos centrales de corta duración. Se debe mantener la técnica aséptica estricta. El riesgo de infección asociado con el empleo de catéteres de luz única. Los pacientes con fiebre inexplicada y signos de infección localizada tienen con mucha probabilidad una infección relacionada con el catéter.</p>
<p>EVALUACIÓN: No se presenta ningún síntoma de alarma de infección se logró mantener estable a la paciente y se cumple con el indicador de calidad y meta internacional.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Evitar peligros.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de Caídas R/C Ambiente desconocido pág. 382 NANDA 2015-2017.

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad que puede causar daño físico.

OBJETIVO: Tomar las medidas preventivas para evitar alguna caída y que comprometa más el estado de salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Determinar la valoración del riesgo de caídas.❖ Identificar a los pacientes con riesgos de caídas colocando una nota de Precaución de Caídas, en la hoja de enfermería, una nota en la habitación para alertar a la plantilla y aumentar la vigilancia y la asistencia para su movilización.❖ Utilizar barandas únicamente de entre un cuarto y mitad de longitud, y mantener la cama en una posición baja. Asegurarse de que las ruedas de la cama estén bloqueadas y bien situadas.	<p>Los riesgos para presentar caídas incluyen historia reciente de caídas, confusión, depresión, alteraciones de los patrones de eliminación, enfermedad cardio vascular/ respiratoria que afecta a la perfusión de oxígeno, hipotensión postural, mareos vértigos, diagnósticos de canceres primarios y alteración de la movilidad.</p> <p>El tomar estas intervenciones, alertan al equipo de enfermería del elevado riesgo de caídas</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantener una luz tenue en la habitación durante la noche. ❖ Tener el camino libre al lavabo libre, señalar donde se encuentra el lavabo y mantener la puerta abierto. ❖ Asistir rutinariamente al paciente cuando va al servicio en sus propios horarios. Siempre llevar al paciente antes. ❖ Quitar cualquier obstáculo del camino hacia el lavabo libre, señalar y mantener la puerta abierta. 	<p>El uso de barandas (barras) enteras ayudan a evitar caídas cuando el paciente se levanta a deambular.</p> <p>La mayoría de las caídas se relacionan con ir al lavabo, Es más aceptable caerse que orinarse para los pacientes. Los estudios han indicado que las caídas están más frecuentemente relacionadas con la necesidad de orinar o defecar con urgencia.</p>
<p>EVALUACIÓN: Todo se mantiene estable sin ninguna caída.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Evitar Peligros.

DIAGNÓSTICO: Dolor Crónico R/C Lesiones por agentes biológicos M/P postura en la que se encuentra Pag: 441 NANDA 2015-2017

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain) inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a los 3 meses.

OBJETIVO: Disminuir el dolor que se presenta, mediante las diferentes técnicas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">❖ Valorar el dolor del paciente, empleando una escala de puntuación numérica del 0 al 10 o la de dolor de expresiones faciales. ❖ Preguntar al paciente sobre el dolor a intervalos frecuentes, por lo general al tomarle constantes vitales.	<p>Las calificaciones de la intensidad del dolor como elemento único fiables como las mediciones de la intensidad.</p> <p>La valoración del dolor es tan importante como tomar las constantes vitales y la American Pain Society sugiere aplicar el concepto de valoración del dolor como la quinta constante vital (American Pain Society 2004).</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pedirle al paciente que le comunique la localización, intensidad y calidad del dolor cuando lo experimente, valorar y registrar la intensidad del dolor y a intervalos regulares. ❖ Preguntar al paciente cual es el nivel de dolor que considera apropiado para lograr la comodidad y la función adecuada. Intentar mantenerle bajo ese nivel, preferiblemente, muy por debajo. ❖ Que el paciente describa sus pasadas experiencias con el dolor y la eficacia de los métodos empleados para controlarlo, incluyendo efectos secundarios, respuestas de afrontamiento típicas y la forma en el paciente expresa el dolor. 	<p>La valoración y documentación sistemáticas continuas guían el tratamiento del dolor, los ajustes se basan en la respuesta del paciente, es un único indicador más fiable del mismo.</p> <p>La puntuación de dolor que permite el paciente para lograr la comodidad y función apropiada se debe determinar cuándo esto permita una forma tangible de medir los resultados del control del dolor.</p> <p>Un estudio que incluía a 270 personas con dolor provocado por el cáncer reveló que los encuestados presentaban varias preocupaciones (barreras) que influían en su deseo de manifestar el dolor y emplear analgésicos. Muchos albergaban temores y conceptos erróneos relativos al uso de analgésicos control de efectos secundarios y riesgo de adicción.</p>
--	--

<p>❖ Determinar que medicaciones está usando el paciente en ese momento. Ayudar en el control del tratamiento del dolor, obtener una historia de las medicaciones.</p>	<p>Obtener una historia completa de las medicaciones que está tomando o ha tomado el paciente para ayudar a prevenir las interacciones farmacológicas y los problemas de toxicidad que se pueden presentar cuando se mezclan interacciones farmacológicas y los problemas de toxicidad que se pueden presentar cuando se mezclan fármacos incompatibles o cuando hay alergias. La historia también proporcionara al profesional la indicación de los medicamentos que se han probado y fueron más eficientes para el dolor del paciente.</p>
<p>❖ Platicar con el paciente sobre los temores que siente sobre el dolor escasamente tratado, la dosis excesiva y la adicción.</p>	<p>A causa de muchos malentendidos con el dolor y su tratamiento la capacidad para controlarlo eficazmente y la corrección de mitos, sobre el uso de opiáceos se deben incluir en el plan de tratamiento. (Portenoy 2004).</p> <p>La tolerancia física y dependencia de los opiáceos es esperada en el tratamiento prolongado con los mismos y no se debe confundir con la adicción (American Pain Society, 2004).</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Si se incrementa la dosis de opiáceos la sedación y el estado respiratorio durante un breve periodo. ❖ Además de usar analgésicos, apoyar el empleo de métodos no farmacológicos por parte del paciente para ayudar a controlar el dolor, como la fisioterapia, terapia de grupo, la distracción, la representación de imágenes, la relajación, el masaje y las aplicaciones de frío y calor. ❖ Enseñar e implementar intervenciones no farmacológicas cuando el dolor este relativamente bien controlado con medios farmacológicos. 	<p>Los pacientes que se someten a terapia con opiáceos durante largo plazo suelen desarrollar tolerancia a los efectos depresivos respiratorios de estos agentes.</p> <p>Las estrategias de conducta cognitiva pueden restaurar la sensación que tiene el usuario de autocontrol eficacia personal y participación activa en su cuidado.</p> <p>Las intervenciones no farmacológicas se deben emplear para suplementar, no para sustituir, a las intervenciones farmacológicas.</p> <p>Los estudios han demostrado que el empleo de las intervenciones psicológicas puede reducir la frecuencia y la gravedad del dolor.</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none">❖ Ayudar a los niños y adolescentes a aprender a utilizar técnicas como la relajación y las conductas cognitivas para tolerar el dolor. ❖ Sugerir al paciente con cáncer que le den un masaje, con aromaterapia si lo desea.	<p>Tanto el masaje simple como el acompañado de aromaterapia producen beneficios de corta duración como bienestar psicológico del paciente.</p>
<p>EVALUACIÓN: B. accede a intentar otras alternativas para controlar el dolor y mejora con las técnicas de respiración que se le ofrecen</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Evitar Peligros.

DIAGNÓSTICO: Cansancio del Rol del Cuidador R/C Responsabilidad de los Cuidados durante las 24 hrs M/P Fatiga / Tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales Pag.279 NANDA 2015-2017

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.

OBJETIVO: Lograr que el cuidador tenga unos lapsos de tiempo libre.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Usar un sistema de evaluación para determinar los posibles recursos del cuidador, como la capacidad, el apoyo social, el optimismo y los aspectos positivos del cuidado. ❖ Analizar la tensión asociada al papel del cuidador al inicio de su implicación en los cuidados a intervalos regulares durante estos, con los cambios surgidos en el receptor de cuidados y las modificaciones de ellos.	<p>Aquellas situaciones de cuidados que duran varios meses o años pueden determinar un desgaste que acaba con los mecanismos de aguante del cuidador y sus recursos disponibles. Además, los cambios en la salud del receptor de cuidados necesitan nuevos esfuerzos y controles por parte del cuidador que afectan a su capacidad para continuar con su tarea.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vigilar a los cuidadores que se encuentran en la situación adecuada de realizar el cuidado (por ejemplo involucrarse en exceso o ser incapaz de distinguir su papel de cuidador del paciente. ❖ Controlar la calidad del cuidado realizado por el cuidador, su idoneidad y la necesidad de mejoría. ❖ Identificar con el cuidador los factores que no pueden controlar. 	<p>El afrontamiento de la situación (ayudan a los cuidadores a comprender y definir su rol) puede evitar que los cuidadores se enreden, lo que a su vez evitará la carga y la depresión.</p>
<p>EVALUCIÓN: Lamentablemente la cuidadora se ve ya muy cansada, se le indican algunas recomendaciones de que duerma durante el día, no importando que los profesionales de la salud la vean, ella refiere que no tiene quien la cambie al final se logra que descanse un poco.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Comunicación

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la Comunicación verbal R/C Estado Fisiológico M/P Dificultad para hablar (Discurso poco claro) pág. 262 NANDA 2015-2017

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar transmitir un lenguaje

OBJETIVO: Elaborar otro medio de comunicación para interactuar con el paciente

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Utilizar el contacto físico apropiadamente. ❖ Explicar todos los procedimientos médicos.	<p>Este estudio de investigación ha mostrado que las preguntas afectuosas y la conversación tentativa estimulando y animando su continuación, facilitaron la participación activa por parte del paciente.</p> <p>El contacto físico es inherente a la práctica de enfermería. (Gleeson y Timmins 2004). El contacto físico en el cuidado del paciente tiene una implicación física, emocional, social, espiritual y necesita considerarse de forma integral. Es posible enriquecer el significado y los métodos del contacto físico en enfermería de forma tal que su aplicación produzca un impacto positivo en el bienestar del paciente y su confort.</p>

<p>❖ Al comunicarse con los pacientes evaluar sus necesidades personales de espacio, estilos aceptables de comunicación, lenguaje corporal aceptable, interpretación del gesto de mirar a los ojos, la percepción del tacto y el uso de modos paraverbales.</p>	<p>La enfermera no debe asumir que la persona no comprenderá, aun si esta persona no es capaz de comunicarse verbalmente. Las habilidades receptivas del lenguaje de una persona pueden ser mejores que sus habilidades expresivas.</p> <p>Las enfermeras deben considerar múltiples factores cuando interpretan los mensajes verbales y no verbales.</p>
<p>EVALUACIÓN: Existe aumento del tejido que obstruye, pero a pesar de eso no hay impedimento para seguirse comunicando, por medio de señas, escrito.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Recreación.

DIAGNÓSTICO: Déficit de actividades recreativas R/C Hospitalización Prolongada M/P
Expresión Verbal de Aburrimiento Pag: 139 NANDA 2015-2017

DEFINICIÓN POR LA NANDA: Disminución de la estimulación procedente de (interés o participación en) actividades recreativas o de esparcimiento.

OBJETIVO: Animar e integrar a la paciente a que realice actividades para que la hospitalización sea menos estresante.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Observar la habilidad para dedicarse a actividades que requieren clarividencia y el uso de las manos.❖ Comentar con la persona actividades interesantes y posibles en el entorno actual.❖ Animar a la persona a compartir sentimientos sobre la situación de inactividad fuera de las actividades de la vida cotidiana.	<p>Las actividades recreativas deben adaptarse a las capacidades de la persona y al entorno en el que se encuentra.</p> <p>Las aficiones proporcionan estructura y continuidad a la vida; la persona puede sentirse sensación de pérdida cuando es incapaz de dedicarse a las actividades normales.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pedir a la persona a planificar las visitas de manera que no venga todo al mismo tiempo o en momentos poco adecuados. ❖ Solicitar a un terapeuta recreativo que ayude proporcionado actividades recreativas. ❖ Validar los sentimientos y las preocupaciones relacionada con la falta de estimulación o intereses en actividades de ocio. 	<p>El que la persona tenga un horario previene que tenga una excesiva compañía y se encuentre más cómodo y tenga la libertad de decidir en qué tratamientos formen parte cada uno de sus familiares.</p> <p>Los terapeutas se especializan en ayudar a la gente a divertirse, pueden ser eficaces para ayudar a la gente a expresar emociones a la vez que proporcionarse diversión.</p> <p>La validación es una técnica de comunicación terapéutica que permite que la persona sepa que la enfermera ha oído, ha entendido sobre lo que se ha dicho y fomenta la relación enfermera-paciente.</p>
<p>EVALUACIÓN: Se integra más a las actividades con otros pacientes de su misma enfermedad, ya no se aísla tanto como antes.⁸</p>	

⁸ Ackley-BJ, Ladwig G,B. Manual de diagnosticos de enfermería 7ª Edición 2007 España Editorial Elsevier

PLAN DE ALTA

NUTRICIÓN ENTERAL

Cuando el paciente no quiere o no puede comer o beber una dieta nutricionalmente adecuada, y el tracto gastrointestinal es funcional, el médico debe considerar la alimentación enteral.

En el caso de alimentación enteral durante periodos prolongados, se debe considerar la posibilidad de realizar gastrostomía o yeyunostomía.

GRUPO DE ALIMENTOS	PERMITIDOS	NO PERMITIDOS
PAN, GRANOS Y CEREALES	<p>Panes como panecillos dulces, waffles, pan francés.</p> <p>Papas fritas, tortillas, palomitas de maíz, pasta arroz y otros granos cocidos</p>	<p>Pasteles</p> <p>Productos de granos crudos</p> <p>Macarrones</p>
CARNE Y PRODUCTOS DE LA CARNE	<p>Todas las carnes bien cocidas</p> <p>Huevos bien cocidos</p> <p>Pescado ahumado, atún</p>	<p>Carnes frías</p> <p>Salami curado</p> <p>Salmón ahumado</p> <p>Pescado en salmuera</p> <p>Sushi</p> <p>Ostiones</p>

BEBIDAS	<p>Agua natural hervida u embotellada</p> <p>Café soluble</p>	<p>Agua de manantial</p> <p>Bebidas alcohólicas</p>
GRASAS	<p>Aceite</p> <p>Mantequilla</p> <p>Mayonesas</p>	<p>Aderezos de ensaladas recién preparadas que contengan quesos añejados</p>
POSTRES	<p>Tartas, galletas y budines comerciales</p>	<p>Donas rellenas de crema o natilla</p>
OTROS	<p>Sal, azúcar granulada, azúcar morena</p> <p>Mermelada, jalea, jarabes (se refrigeran después de abrirse)</p> <p>Pepinillos, condimentos en escabeche, aceitunas (se refrigeran después de abrirse)</p>	<p>Miel sin procesar o pasteurizar</p> <p>Levadura de cerveza, si se come sin procesar</p>

NUTRICIÓN PARENTERAL

La decisión ya sea de utilizar un acceso venoso periférico o colocar un catéter venoso central se basa en varios factores; disponibilidad de venas periféricas, duración estimada del apoyo nutricional parenteral y considera las complicaciones que pueden asociarse.

Las complicaciones pertenecen a tres categorías mecánicas, metabólicas e infecciosas. Las complicaciones mecánicas incluyen problemas asociados con la colocación del catéter (por ejemplo, neumotórax, hemotorax), la posición incorrecta o migración del catéter y los recipientes de mezclas, tubería o suministro.

Las complicaciones metabólicas se pueden detectar por medio del examen rutinario de electrolitos séricos, glucosa en sangre y orina, estados de los aminoácidos. Además del peso corporal valorado diariamente, es útil para saber el grado de hidratación.⁹

FARMACOS PARA TOMAR EN CASA

Metoclopramida 10 mg Tabletas 1 Tab c/24 hrs después de la quimioterapia.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Coadyuvante en el tratamiento de reflujo gastroesofágico, esofagitis, hernia hiatal, gastritis y gastroparesia.

Náusea y vómito (incluye los producidos durante el postoperatorio y los inducidos por medicamentos).

Profilaxis de náuseas y vómitos producidos por quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia.

Tratamiento coadyuvante en la radiografía gastrointestinal.

Disminuye las molestias de la endoscopia.

⁹ Weiss-G. Oncología Clínica 1 Edición. Editorial Manual Moderno

CONTRAINDICACIONES: METOCLOPRAMIDA no se debe usar si es que la estimulación de la motilidad gastrointestinal puede ser peligrosa; por ejemplo en presencia de hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación.

La administración de METOCLOPRAMIDA está contraindicada en pacientes con feocromocitoma, ya que el medicamento puede causar crisis hipertensivas, probablemente asociadas a la liberación de catecolaminas por el tumor.

METOCLOPRAMIDA está contraindicada en pacientes con sensibilidad conocida e intolerancia al medicamento; no se debe usar en pacientes epilépticos o que se les esté administrando otros medicamentos que puedan causar reacciones extrapiramidales.¹⁰

CUIDADOS A LA GASTROSTOMIA

- Realizar curación y cubrir la el estoma diariamente
- Verificar diariamente: la ubicación de la sonda, que puede girar al menos 180° y que el soporte externo no presione la piel periestomal
- Dejar la sonda siempre tapada después de su utilización
- Si la sonda que se ha utilizado es con balón se deberá comprobar que este no pierde volumen
- Si se desplaza la sonda de la cavidad abdominal ya sea de manera voluntaria o involuntaria, entonces se debe avisar al médico
- Es muy importante evitar el cierre del estoma y para ello podemos insertar de manera provisional una sonda Foley hasta la colocación de una nueva sonda de alimentación
- Después de cada alimentación o medicación se debe inyectar agua por la sonda con el fin de evitar obstrucción de ésta
- La posición del paciente para administrar cualquier sustancia debe ser semisentado (Fowler)
- La administración de medicamentos y los alimentos debe ser en forma líquida para evitar la obstrucción de la sonda, se deben administrar por separado para evitar interacciones¹¹

¹⁰ CONSULTADO 18/04/17 DISPONIBLE EN
http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Metoclopramida.htm

CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos son una parte esencial de la lucha contra el cáncer y pueden dispensarse de forma relativamente sencilla y económica.

Los cuidados paliativos para niños consisten en el cuidado total activo del cuerpo, la mente el espíritu del niño, con la prestación de apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica la enfermedad y prosiguen al margen de si un niño recibe o no tratamiento contra la enfermedad.

Los proveedores de asistencia sanitaria deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social del niño. Para que los cuidados paliativos sean eficaces es preciso aplicar un enfoque multidisciplinario amplio que incluya a la familia y recurra a los recursos disponibles en la comunidad; pueden ponerse en práctica con eficacia incluso si los recursos son limitados, dispensarse en centros de atención terciaria, en centros de salud comunitarios e incluso en el propio hogar.¹²

CONTROL DE SÍNTOMAS

El cáncer suele afectar por lo general muchos órganos del cuerpo, alterar el equilibrio bioquímico y psicológico del paciente. Desde su inicio suele ocasionar diversos síntomas, que se vuelven cada vez cambiantes y complejos a medida que progresa la enfermedad. El paciente con cáncer niño o adulto, sobre todo en fases avanzadas y terminal, es un enfermo complejo, demandante, plurisintomáticos cuyos síntomas son muy cambiantes en el corto plazo. El tratamiento adecuado a la sintomatología debe realizarse a través de una conducta de seguridad (intervención terapéutica), que permita la toma de decisiones continuas e inmediatas, con visión preventiva por parte de todos los que cuidan a la persona y su familia, ante cada nuevo problema que el paciente presenta. Así será posible garantizar no sólo su calidad de vida, sino también una muerte digna.

¹¹ CONSULTADO 18/04/17 DISPONIBLE EN <http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-6018/%7BCD1DA417-1590-40A7-879C-C76A5F477A08%7D/2012/S1/ATRESIA%20ESOFAGICA.pdf>

¹² CONSULTADO 22/04/17 DISPONIBLE EN: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>

* DOLOR

Dolor por cáncer en el niño o niña. En los niños y niñas, el dolor por cáncer es complejo puede ser incrementado por múltiples factores, como el entorno físico las actitudes de la familia, del cuidador y del equipo interdisciplinario. El tratamiento integral del dolor se basa en la evaluación holística del niño/a, considerando que éste tiene necesidades variables, según su edad, desarrollo psicomotor, tipo de tumor maligno, etapa de la enfermedad y la biografía dolorosa.

Tratamiento no farmacológico:

Relación empática con el paciente y su familia.

Entrega de información clara y oportuna en cada etapa del tratamiento.

Métodos físicos: tacto, caricias, aplicación de calor o frío.

Métodos cognitivos: distracción (juegos, cuentos, canciones).

Métodos de comportamiento: respiración profunda, relajación

* NÁUSEAS Y VÓMITO

Las náuseas son una sensación subjetiva desagradable, no dolorosa referida a la faringe y abdomen superior asociada al deseo de vomitar o a la sensación de que el vómito es inminente. Por su parte, el vómito es la expulsión voluntaria o involuntaria del contenido gástrico a través de la boca.

Tratamiento no farmacológico:

Ambiente tranquilo.

No obligar a alimentar, alimentación fraccionada considerando los gustos del niño, de preferencia ofrecer alimentos fríos (helados de agua o crema, jaleas, flan).

Evitar ofrecer olores fuertes en alimentos, o la visita de personas que suelen usar perfumes fuertes.

* ESTREÑIMIENTO

Definición: Ausencia de evacuación de heces por más de tres días a la semana.

Tratamiento no farmacológico: la medida más IMPORTANTE es la prevención.

Ambiente tranquilo.

Alimentación rica en fibra (Frutas con cáscara, avena).

Aumentar, si se puede, la actividad física.

Inducir al niño a ir al baño cuando sienta ganas.

Proporcionar intimidad.

Revisar tratamientos que pueden provocar estreñimiento y modificarlos si es posible.

* DISNEA

Definición: Sensación desagradable y subjetiva de falta de aire. En la familia y el niño provoca mucha ansiedad. • Evaluar uso musculatura accesoria, frecuencia respiratoria, saturación.

Tratamiento no farmacológico:

Tranquilizar al niño y su familia.

Ofrecer abrir las ventanas que el paciente sienta que entra aire fresco a la habitación y ojalá hacerlo sentir cerca de su cara.

Favorecer posición semisentada, cerca de una ventana o con un ventilador cerca.

Técnicas de relajación.

Reposo.¹³

¹³ CONSULTADO 22/04/17 DISPONIBLE: <http://www.uss.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2016/10/Manual-Control-de-s%C3%ADntomas-cuidados-paliativos-c%C3%A1ncer-infantil-MINSAL.pdf>

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

Dolor

El dolor es un síntoma y una complicación muy frecuente cuya frecuencia depende del tipo de cáncer, de su localización y de la clasificación de estado, siendo más frecuente cuando hay compromiso a distancia o metástasis. Se puede presentar dolor óseo en el 21 al 33% de los casos de leucemia, principalmente en articulaciones, pudiendo ser confundido con enfermedades reumatológicas.

Fiebre

Una fiebre prolongada, recurrente, sin mejoría y sin sospecha que se acompañe de un proceso infeccioso.

Los gérmenes que con mayor frecuencia causan infección en los niños con cáncer son estafilococos catalasa negativo como el estafilococo epidermis, el saprofiticus, el aureus; el estreptococo viridans, escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, pseudomona.

Aeruginosa, enterobacter o acinetobacter, así como las infecciones por hongos siendo más frecuente la candidiasis¹⁴.

¹⁴ CONSULTADO 22/04/17 DISPONIBLE
<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/4887/5204>

CONCLUSIONES

Durante esos días tuve la oportunidad de convivir con mi paciente adolescente, de conocer otra faceta de la enfermería (pediatría) es una experiencia impresionante el estar con ellos en una etapa tan difícil como lo es el área oncología, la fuerza con la que se levantan, de ver como corrían por los pasillos sin importar el dolor, de la responsabilidad que empiezan a tomar, de salir día con día del hospital y quedarme con la satisfacción de ver sonreír a la paciente.

Una vez más me queda claro que cada caso es diferente y es por eso que las intervenciones que brinda enfermería siempre van encaminadas a mejorar el estado de salud y a brindar un cuidado individualizado, que no se vuelva rutina nunca olvidar lo que caracteriza a la profesión la calidad humana.

Desafortunadamente el pronóstico para este tipo de pacientes es incierto porque puede haber metástasis o aparentemente desaparecer y reaparecer unos años mas tarde.

Me llevo la satisfacción de que brinde una mejor calidad de vida durante la estancia de la paciente en el hospital.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1- DIÁFISIS: Es el cuerpo o porción cilíndrica principal del hueso.

2- EPÍFISIS: Son los extremos proximal y distal del hueso.

3- METÁFISIS: Es el sitio de unión de la diáfisis con la epífisis; su espesor va disminuyendo con la edad.

4- CARTÍLAGO ARTICULAR: Es una capa delgada de cartílago hialino que cubre la parte de la epífisis de un hueso que se articula con otro hueso.

5- PERIOSTIO: Es una capa resistente de tejido conectivo denso que rodea la superficie ósea que no tiene cartílago articular. Protege al hueso, participa en la reparación de fracturas, colabora en la nutrición del hueso, y sirve como punto de inserción de tendones y ligamentos.

6- CAVIDAD MEDULAR: Es el espacio interno de la diáfisis que contiene a la médula ósea amarilla grasa.

7- ENDOSTIO: Es la capa que recubre la cavidad medular, y contiene células formadoras de huesos.

8-CÉLULAS OSTEÓGENAS: Son células madre, no especializadas, con capacidad de división; sus células hijas son los osteoblastos; se localizan en la porción interna del periostio y del endostio.

9-OSTEOBLASTOS: Son las células que construyen los huesos; sintetizan los componentes de la matriz del tejido óseo e inician en proceso de calcificación. (Sufijo blasto indica células que secretan matriz).

10-OSTEOCITOS: Son las células maduras principales del tejido óseo; derivan de los osteoblastos que quedan atrapados en la matriz; intercambian nutrientes con la sangre (Sufijo cito indica células constituyentes de los tejidos).

11-OSTEOCLASTOS: Son células muy grandes, formadas por la fusión de 50 monocitos, ubicadas en el endostio; producen destrucción del hueso por medio de enzimas lisosómicas para permitir el desarrollo, crecimiento, mantenimiento y reparación normales del hueso. (Sufijo clasto indica destrucción)¹⁵.

¹⁵ CONSULTADO 22/04/ 17 DISPONIBLE: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-01%20fisiopatologia%20osea.pdf>

ANEXOS

CÁNCER DE OROFARINGE

➤ INTRODUCCIÓN

El osteosarcoma (OS) es la neoplasia maligna primaria más común (excluyendo a los tumores intraóseos hematopoyéticos). Éste se caracteriza por la formación de tejido óseo inmaduro y tejido osteoide con presencia de células tumorales.

El cuerpo está compuesto por billones de células vivas. La célula posee unos mecanismos bioquímicos que decodifican y ejecutan las instrucciones contenidas en el mensaje genético, otros que revisan la estructura del mismo y corrigen las alteraciones detectadas durante la revisión. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen formando nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o las que están muriendo y para reparar lesiones.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa.

➤ EPIDEMIOLOGÍA

El osteosarcoma, es neoplasia maligna primaria de hueso más frecuente en la población pediátrica.

En México, la incidencia reportada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es de 9 casos por millón entre los 10 y 14 años de edad. En un estudio retrospectivo realizado por el Instituto Nacional de Rehabilitación del año 2000 a 2005, se estableció que el osteosarcoma es el tumor de hueso más común, con índice de presentación de 46.6% seguido del condrosarcoma con 8.7%.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo clasifica como un tumor óseo que se divide en osteosarcoma central (90% de los casos) y superficial, reconociendo, a su vez, varios subtipos en cada grupo los cuales se basan en la identificación de osteoide o hueso producido por las células osteoblásticas tumorales.¹⁶

➤ ANATOMÍA

La célula es la unidad básica estructural y funcional de todos los seres vivos. En el cuerpo, humano se encuentran alrededor de 60.000 billones de células y, aunque existen muchos tipos diferentes, todas poseen ciertas características comunes. Por ejemplo, necesitan nutrirse para mantener la vida, utilizan casi los mismos nutrientes y emplean oxígeno (O₂), el cual se combina con los lípidos, las proteínas o los carbohidratos CHO para liberar la energía necesaria para su funcionamiento. Los mecanismos que permiten la transformación de los nutrientes en energía por lo general son los mismos en todas las células y todas ellas dejan los productos finales de sus reacciones químicas dentro de los líquidos circundantes destruyen algunas de ellas, las demás del mismo tipo se reproducen hasta que vuelven a alcanzar el número correcto.

¹⁶ Uribe-Rosales D, Carranza-Arellano C, Ramos-Moreno R. Aspectos Biológicos y Clínicos para comprender mejor el osteosarcoma Vol. 3, Núm. 1 Enero-Marzo 2014 pp 33-40 DISPONIBLE EN: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2014/ir141e.pdf>

* CINÉTICA CELULAR

Fase G: (fase de reposo pos mitótica). La fase G0 comprende el periodo del ciclo celular en el que no hay proliferación activa del tejido normal renovable. Durante esta fase las células desempeñan todas sus funciones, excepto las relacionadas con multiplicación.

Fase G 1: (periodo de crecimiento, posmitotico o presintetico). La fase G1 que dura entre doce catorce horas, va desde el final de la etapa anterior de la división celular hasta el comienzo de la duplicación cromosómica. En este periodo disminuye la actividad metabólica. Las células cumplen con sus funciones fisiológicas propias sintetizando las proteínas necesarias para la formación del ácido ribonucleico (RNA).

Fase S: (síntesis) esta fase dura de 7 a 20 horas aproximadamente; en ella se sintetiza el RNA, proceso esencial para la síntesis del DNA.

FASE G2: (fase postsinetica o premitotica). Dura de una a cuatro horas; representa un hipo actividad relativa, mientras las células esperan entrar en la fase mitotica.

FASE M (mitosis): En la fase M, que dura entre cuarenta minutos y dos horas, tienen lugar la mitosis y la división celular. La síntesis de proteínas continua, aunque muy reducida. La duplicación del DNA debe completarse antes de que las células comiencen el ciclo mitótico.

Las células cancerosas pueden terminar el ciclo celular con más rapidez mediante la reducción del tiempo que pasan en fase G1: además a diferencia de las células normales hay menos probabilidades de que entren o permanezcan en la fase G0 del ciclo celular; por consiguiente las células cancerosas se dividen de forma continua.

* CARCINOGENESIS

La carcinogénesis es el proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas.

AGENTE INICIADOR (CARCINÓGENO). Un iniciador es un agente químico, biológico o físico capaz de cambiar de forma permanente, directa e irreversible la estructura molecular del componente genético (DNA) de una célula. Esto la predispone a la transformación cuando se ve expuesta de manera prolongada o continua a un agente promotor. Un agente iniciador puede ocasionar.

- 1) La división completa de la cadena de DNA en uno o más lugares.
- 2) La eliminación de uno de sus componentes (como los azúcares o las bases).
- 3) Errores en la reparación del DNA. Puede actuar en el punto inicial de contacto, en el órgano donde se han acumulado bolismo o la excreción. Se han identificado factores virales ambientales o del estilo de vida, y genéticos, como iniciadores de la carcinogénesis.

AGENTE PROMOTOR: (Co-Carcinógeno). Altera la expresión de la información genética de la célula, y en consecuencia intensifica la transformación celular. Las hormonas, los productos derivados de las plantas y los medicamentos constituyen algunos ejemplos. Estos agentes no reaccionan de forma directa con el material genético de la célula ni pueden producir mutaciones del DNA por sí mismos. Aunque trabajan junto con los agentes iniciadores para promover cambios neoplásicos, solos no causan cáncer. Sus efectos son temporales y reversibles.

CARCINÓGENO COMPLETO: Un carcinógeno completo posee propiedades iniciadoras y promotoras y es capaz de inducir el cáncer por sí mismo. La capacidad para actuar como un carcinógeno completo puede relacionarse con la dosis.

ONCOGÉN: Un oncogén es un gen que ha evolucionado hasta adquirir la capacidad de controlar el crecimiento y reparación de los tejidos. Es el código genético que funciona como las señales de encendido y apagado que las células envían y reciben para controlar la reproducción. Los oncogenes incluyen los pro oncogenes (la porción del DNA que regula la proliferación y la reparación normales de las células) y los anti oncogenes (la porción del DNA que detiene la división celular). Los carcinógenos atacan a los oncogenes y producen mutaciones que pueden activar los proto genes de forma permanente, y evitar que los antioncogenes produzcan la señal de desactivación en el momento apropiado.

* VÍAS DE PROPAGACIÓN DE TUMORES

La propagación del cáncer depende de una serie de acontecimientos que se suceden en la superficie de la célula tumoral y en el lecho vascular de la persona afectada. La propagación de las células cancerosas desde un tumor primario se produce por dos procesos principales: PROPAGACIÓN DIRECTA A AREAS ADYACENTES O PROPAGACIÓN METASTASICA A TEJIDOS DISTANTES. La diseminación de las células cancerosas puede no estar limitada a un solo proceso, ya que es posible que la propagación por una vía permita la entrada a otra.

PROPAGACIÓN DIRECTA

La invasión directa es la capacidad de un tumor para penetrar y destruir los tejidos vecinos. Se cree que algunos factores que intensifican este proceso incluyen los siguientes.

FACTOR TUMORAL DE ANGIOGENESIS.

Cuando esta sustancia es secretada por las células cancerosas estimula la formación de nuevos capilares. Una vez que el tumor se vasculariza, aumenta su velocidad de crecimiento y se intensifica su capacidad para invadir los tejidos locales.

PRESIÓN MECÁNICA Y VELOCIDAD DE CRECIMIENTO TUMORAL.

Un crecimiento tumoral rápido origina una presión intratumoral que fuerza la entrada a los tejidos adyacentes de proyecciones de células cancerosas en forma de dedo. La duplicación descontrolada produce masas tumorales densas y expansivas que ejercen presión sobre los tejidos adyacentes de proyecciones de células cancerosas de forma de dedo. La duplicación descontrolada produce masas tumorales densas y expansivas que ejercen presión sobre los tejidos circundantes. Los tumores se extienden dentro del tejido normal a lo largo de las líneas naturales de fractura que se rompen en respuesta a la presión mecánica.

MOTILIDAD CELULAR Y PÉRDIDA DE LA ADHESIVIDAD

Las células cancerosas tienen propensión a la locomoción, lo que, aunado a su naturaleza resbalosa, promueve su dispersión.

ENZIMAS SECRETADAS POR LOS TUMORES

Una fuerte asociación entre el potencial invasor de algunas células tumorales y los niveles intracelulares de enzimas específicas como el activador del plasminogeno.

* CARACTERÍSTICAS DE LAS CELULAS CANCEROSAS

PERDIDA DEL CONTROL DE LA PROLIFERACIÓN

Todas las células cancerosas poseen esta característica. La necesidad de renovación o reemplazo celular es el estímulo usual para que las células se multipliquen.

PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE DIFERENCIACIÓN

La diferenciación es el proceso mediante el cual las células se diversifican y adquieren características estructurales y funcionales específicas.

Las que crecen de forma rápida y no poseen las características morfológicas ni funciones celulares especializadas del tejido original, se llaman indiferenciadas. Estas células han perdido la capacidad de realizar funciones especializadas; esta pérdida de las características de las células normales se llama desdiferenciación (anaplasia). Se considera que una célula maligna es más virulenta cuanto más diferenciada. Es posible hacer que las células en un determinado nivel de diferenciación se transformen en células menos diferenciadas.

* PROPIEDADES DEL CRECIMIENTO TUMORAL

Immortalidad de las células transformadas. Las células cancerosas pueden experimentar un número infinito de duplicaciones de su población, siempre y cuando cuenten con suficientes nutrientes y factores del crecimiento.

DISMINUCIÓN DE LA INHIBICIÓN DEL MOVIMIENTO POR CONTACTO

Para adaptarse a la proximidad de las células vecinas.

DISMINUCIÓN DE LA INHIBICIÓN DE LA DIVISIÓN CELULAR POR CONTACTO

Las células normales dejan de dividirse cuando están en pleno contacto con otras células no porque se agoten los nutrientes o se acumulen los desechos; cuando están rodeadas, simplemente dejan de dividirse.

DISMINUCIÓN DE LA ADHESIVIDAD

Las células cancerosas son menos adhesivas, lo que produce un aumento de su motilidad. Esto quizá se deba a la pérdida de fibronectina extracelular. La fibronectina, una glucoproteína externa de gran tamaño y sensible a la transformación, facilita la adhesión intracelular por medio de enlaces de colágeno y elastina.

PÉRDIDA DE LA DEPENDENCIA DE UN ANCLAJE.

Las células cancerosas no necesitan de una superficie para anclarse y multiplicarse; esta propiedad afecta su forma y su adhesividad debido a que adoptan una forma más redonda.

PÉRDIDA DEL PUNTO DE CONTROL RESTRICTIVO.

En la célula normal, diversas condiciones ambientales de crecimiento (por ejemplo, una densidad celular alta o un agotamiento de los aminoácidos esenciales, la glucosa y los lípidos) la detienen en la fase G 1. Esto se denomina punto de restricción de la fase G 1, o el punto en que no se permite a la célula continuar con su ciclo.

* CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL CRECIMIENTO TUMORAL

Las células normales se dividen en tres categorías principales de crecimiento estático *(no hay división), en expansión (reposo) y en renovación (división continua). Las células estáticas no siguen dividiéndose después del periodo postembrionario.

La velocidad de crecimiento como su tiempo de duplicación del volumen del tumor (DT) es el tiempo necesario para que una masa tumoral duplique su volumen. Las células cancerosas experimentan una serie de duplicaciones a medida que el tumor crece. El DT promedio de la mayoría de los tumores sólidos primarios oscila entre dos y tres meses, con un rango de once a 90 semanas. Por lo general, un tumor debe duplicarse unas 30 veces antes que se pueda palpar. La carga tumoral mínima (volumen tumoral) que puede detectarse clínicamente en el cuerpo es de diez millardos de células (1g). Las masas tumorales por lo general tienen cien millardos de células o 10 g, al momento de su detección. La muerte del huésped casi siempre se produce cuando la carga tumoral corporal iguala o excede un billón de células, o 1 kg de masa tumoral para que esta crezca de 1 g a 1 kg solo se necesitan diez duplicaciones más.

* PROPIEDADES CINÉTICAS

ALTERACIONES DE LAS PROPIEDADES BIOQUÍMICAS

Como las células cancerosas pierden su capacidad para diferenciarse, es posible que ciertas propiedades bioquímicas no se conserven debido al nuevo estado de inmadurez celular, o que adquieran nuevas propiedades como resultado de cambios en los patrones enzimáticos o de alteraciones en el DNA (ácido desoxirribonucleico).

INESTABILIDAD CROMOSÓMICA

Las células cancerosas tienen menos estabilidad genética que las normales debido al desarrollo de disposiciones anormales de los cromosomas. La inestabilidad cromosómica produce un número creciente de nuevas mutaciones a medida que las células cancerosas se multiplican.

*** CAPACIDAD PARA HACER METASTASIS.**

La producción de enzimas sobre la superficie de la célula cancerosa ayuda a la metástasis, es decir, la propagación de células cancerosas desde un lugar primario hasta otros secundarios y distantes.

Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara el daño o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN dañado que tuvo la primera célula.

Las personas pueden heredar un ADN dañado, pero la mayoría de las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente. Algunas veces, la causa del daño al ADN es algo obvio, como el fumar cigarrillos. No obstante, es frecuente que no se encuentre una causa,¹⁷

¹⁷ Otto- Enfermería Oncológica 3 Edición Mosby

➤ FISIOPATOLOGÍA

El término neoplasia significa crecimiento nuevo y describe una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano, y por ende no cumple la función normal de las células de dicho tejido. Las neoplasias se caracterizan por funcionamiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento y motilidad anormal; algunas de ellas son potencialmente lesivas para el huésped porque ocupan espacio y compiten por nutrientes esenciales. (16)

El osteosarcoma inicialmente aparece en la metáfisis y se extiende en la región del conducto medular y avanza hacia la epífisis. El daño del hueso debido al tumor es una lesión lítica, una lesión blástica o ambas.

La epífisis no es una barrera eficaz para evitar la extensión de la neoplasia. Posteriormente, el tumor invade la capa cortical del hueso, eleva el periostio y la destrucción de la cortical es variable.

La extensión del tumor hacia la capsula articular puede ocurrir por el crecimiento de la neoplasia o por penetración de la misma a través de la corteza metafisiaria o epifisiaria hacia la articulación un sitio frecuente de penetración es la unión entre el cartílago articular y la cortical del hueso. (17)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS PRINCIPALES

DOLOR ÓSEO: La mayoría de los osteosarcomas presentan con un dolor óseo de evolución insidiosa, persistente y localizada en la extremidad afectada. La intensidad del dolor óseo de evolución puede durar semanas o meses con anterioridad al diagnóstico. El dolor óseo procede en general a la detección de la masa. Puede existir limitación del movimiento de la articulación debida al dolor.

AUMENTO DEL VOLUMEN: Es el otro dato clínico presente en el sitio afectado, relacionado con la elevación de la temperatura local, eritema, y la presencia de red venosa colateral.

El osteosarcoma convencional (osteoblastico, fibrosblastica y condroblastico), caracterizado por áreas de necrosis, mitosis atípicas y la presenciade osteoide maligno.¹⁸

➤ TRATAMIENTO

El tratamiento antitumoral se aborda actualmente desde tres modalidades, diferentes y a la vez complementarias: cirugía, radioterapia, quimioterapia.

CIRUGÍA

El tratamiento quirúrgico del cáncer se centra en cinco áreas principales: tratamiento primario, ayudante, salvamento, paliativo y combinado.

PRIMARIO: Incluye la resección del tumor maligno y un margen de tejido normal vecino. El objetivo es curar al paciente reduciendo la carga tumoral total mediante diversos tipos de intervención.

ADYUVANTE: Consiste en reseca los tejidos para reducir el riesgo de incidencia, evolución o recurrencia del cáncer. Incluye la terapia citorreductora, una cirugía que se practica para retirar una carga tumoral grande. Si la cantidad de células cancerosas puede reducirse a un número muy pequeño mediante la intervención quirúrgica, hay más probabilidad de destruir cualquier remanente de células cancerosas.

¹⁸Ruano-Aguilar Oncología Medico Quirúrgica Pediátrica 1º Edición 2010 Editorial Mc Graw Hill

SALVAMENTO: Consiste en un abordaje quirúrgico amplio para tratar la recurrencia local después de haber realizado una cirugía primaria menos extensa.

PALIATIVO: No siempre es posible la curación quirúrgica, aunque los avances en la tecnología y la investigación han prolongado la supervivencia de muchos enfermos de cáncer. Sin embargo, durante ese tiempo se presentan complicaciones asociadas con la enfermedad o el tratamiento. En estos casos la cirugía no tiene como finalidad la curación sino el alivio de los síntomas secundarios al cáncer o la terapia.

RECONSTRUCCIÓN

La necesidad de reseca un margen suficiente de tejido normal alrededor del borde de un tumor en ocasiones una resección quirúrgica amplia, que puede producir desfiguraciones y disfunción considerables.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PACIENTE

ESTADO GENERAL: Define la eficacia de la cirugía.

RESISTENCIA DEL HUESPED: La capacidad del paciente para inducir una respuesta inmunológica contra las células cancerosas que quedan después de la cirugía es fundamental.

La presencia de elementos anatómicos importantes próximos al tumor (arterias, venas, nervios, etc). Condiciona la radicalidad de la intervención cuando su afectación aumenta el riesgo de la operación quirúrgica o produce secuelas importantes. La existencia de múltiples metástasis también es un condicionante, salvo en casos muy concretos. Además de la dificultad técnica de extirparlas una a una, aportaría un escaso beneficio al paciente.¹⁹

¹⁹Weiss-G. Oncología Clínica1 Edición. Editorial Manual Moderno

RADIOTERAPIA

El 8 de noviembre de 1895, Roegten descubrió los rayos x, hecho que le supuso la concesión del premio Nobel en 1901 y represento el nacimiento de la radioterapia. Posteriormente, los esposos Curie descubrieron la existencia de minerales con capacidad de emitir radiaciones.

Las radiaciones alteraban la estructura y funcionamiento de las células, hasta llegar a provocar su muerte, propiedad que permitía la eliminación de tejidos enfermos. El desarrollo de los métodos de aplicación controlada de radiaciones facilito su utilización habitual como tratamiento médico.

Dependiendo de la fuente que las origine y de su energía, las radiaciones tienen propiedades físicas diferentes, que determinan la capacidad de penetración en el interior de los tejidos y el tipo de lesión que producen en las células.

En cada caso concreto, el oncólogo radioterapeuta y el físico especialista planifican la manera de administrar el tratamiento que conseguirá el máximo efecto posible sobre el tumor, con la mínima repercusión posible sobre los tejidos sanos próximos a la zona tratada.

Para ello, emplean métodos de localización de las lesiones a tratar y de los órganos que las rodean, mediante imágenes radiológicas, programadas de ordenador y el simulador. Con este último aparato simulan de ahí su nombre la posición y zonas que hay que tratar del paciente. Se pueden realizar las pruebas necesarias antes del tratamiento definitivo. Los programas informáticos más sofisticados reconstruyen la imagen del tumor y de los órganos sanos en tres dimensiones, a partir de los datos generados en el escáner.²⁰

²⁰ Manuel-Sureda. Vivir con Cáncer- (El paciente y su Entorno) 1Edición. Editorial Colimbo

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia consiste en el empleo de medicamentos citotóxicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación.

Terapia adyuvante: Se utiliza un curso de quimioterapia combinada con otra modalidad de tratamiento (cirugía, radioterapia) con el objetivo de tratar micrometástasis.

Quimioterapia neoadyuvante: la quimioterapia se administra para reducir un tumor antes de extirparlo en cirugía.

Terapia Primaria: se usa en pacientes con cáncer localizados para quienes existe un tratamiento alternativo pero no es completamente efectivo.

Quimioterapia de inducción: terapia farmacológica que se administra como tratamiento primario en pacientes con cáncer que no son candidatos para un tratamiento alternativo.

PRINCIPIOS DE LA QUIMIOTERAPIA

Los anticancerosos son únicos entre los productos farmacéuticos en lo referente a que se aplican con la intención de aprovechar diferencias sutiles en la biología celular entre maligna y la normal.

CINÉTICA DE LA QUIMIOTERAPIA

Los anticancerosos no destruyen a todas las células malignas en el huésped después de administrar cada dosis. Más bien cada dosis del fármaco destruirá una proporción determinada de células tumorales en el huésped. La forma en la que un anticanceroso produce destrucción de células tumorales sigue la cinética de primer orden, es decir la destrucción tumoral depende de la dosis del fármaco y una dosis dada del fármaco destruirá una proporción constante de células tumorales restantes.

Ciclo de generación celular es una secuencia de sucesos cuyo resultado es la replicación del ácido desoxirribonucleico (DNA) con distribución igual en las células hijas, proceso llamado mitosis.

Las células normales y las cancerosas pasan por el mismo ciclo de división, que se caracteriza por las siguientes fases.

G0: fase de reposo o latente.

G1 fase en la cual se produce la síntesis de proteínas como preparación para la fase S, o de síntesis del DNA y G2 fase en la que sigue la síntesis de proteínas en preparación para la fase M, o de mitosis y división celular. El tiempo de generación, el que tarda una célula en completar la fase o ciclo, varía de horas a días. Los medicamentos quimioterapéuticos son más activos contra las células que se dividen con frecuencia, o en todas las fases del ciclo celular con excepción de la G0. Las células normales que se reproducen y cambian con rapidez son las afectadas por los agentes quimioterapéuticos; estas comprenden la médula ósea (plaquetas, eritrocitos y leucocitos), los folículos pilosos el revestimiento mucoso del tracto gastrointestinal, la piel y las células germinales (espermatozoides y óvulos). La quimioterapia se administra de acuerdo con los programas cuya efectividad para destruir el tumor y permitir la recuperación de las células normales.

ANTICANCEROSOS

Los anticancerosos usados con mayor frecuencia caen dentro de varios grupos amplios cuyos fármacos integrantes comparten mecanismos similares de acción.

La característica común entre mayor parte de los anticancerosos es la capacidad de inducir, ya sea directa o indirectamente, daño potencialmente letal, sobre el DNA de la célula tumoral.

ALQUILANTES

Fijan ligando al alquilo del DNA de las células malignas. (18)

MEDICAMENTOS

- * Ondasetron 8 mg i.v c/24 hrs.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Prevención y tratamiento de la náusea y vómito inducidos por la radioterapia y la quimioterapia citotóxicas.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la fórmula.²¹

- * Diclofenaco 35mg i.v PRN

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: DICLOFENACO sódico es un antiinflamatorio que posee actividades analgésicas y antipiréticas y está indicado por vía oral e intramuscular para el tratamiento de enfermedades reumáticas agudas, artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante, artrosis, lumbalgia, gota en fase aguda, inflamación postraumática y postoperatoria, cólico renal y biliar, migraña aguda, y como profilaxis para dolor postoperatorio y dismenorrea.

CONTRAINDICACIONES: DICLOFENACO sódico está contraindicado en presencia de úlcera gástrica o intestinal, hipersensibilidad conocida a la sustancia activa, al metabisulfito y a otros excipientes.

Está contraindicado en pacientes que han tenido asma, urticaria o rinitis aguda después de la administración de ácido acetilsalicílico u otros medicamentos que inhiben la prostaglandina sintetasa. En presencia de hipertensión arterial severa, insuficiencia cardiaca, renal y hepática, citopenias²²

²¹DISPONIBLE http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ondansetr%C3%B3n.htm
CONSULTADO 26/04/17

²²-DISPONIBLE http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Diclofenaco%20Iny.htm

.Ciclofosfamida 80 mg (QUIMIOTERAPIA CADA 21 DIAS)

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

La ciclofosfamida es un fármaco antineoplásico que también tiene propiedades inmunosupresoras. Pertenece a la familia de los fármacos alquilantes entre los que se encuentran el busulfan, clorambucil y melfalan.

Se utiliza con frecuencia en combinación con otros agentes en el tratamiento de linfomas de Burkitt, enfermedad de Hodgkin, leucemias agudas y crónicas linfoblásticas, leucemias no linfoblásticas, mieloma múltiple, carcinoma de mama, ovario, pulmón y sarcoma.

CONTRAINDICACIONES: CICLOFOSFAMIDA está contraindicada en pacientes con severa depresión de la función medula ósea y en aquellos que demostraron hipersensibilidad previa al medicamento.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: La reacción adversa más importante es la mielosupresión que se manifiesta con leucopenia, anemia y ocasionalmente trombocitopenia; alteraciones gastrointestinales, anorexia, náusea, vómito, diarrea.

Puede presentarse cistitis en algunos casos graves, hemorragia, hiperpigmentación de la piel y uñas, secreción inapropiada de hormona antidiurética; se ha reportado también alteraciones de esterilidad en mujeres y hombres (amenorrea y azoospermia) sobre todo en relación al total de la dosis acumulada de CICLOFOSFAMIDA.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: Altas dosis crónicas de fenobarbital aumenta el metabolismo y la acción leucopénica de la CICLOFOSFAMIDA así como el efecto del clorhidrato de succinilcolina es potenciado por el tratamiento con acetilcolina. Se ha reportado que la CICLOFOSFAMIDA potencia el efecto incluido por la doxorubicina. (22)

BIBLIOGRAFÍA

1 American Cancer Society DISPONIBLE EN <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-hueso/acerca/estadisticas-clave.html>

2-Reina-G NC. EL PROCESO DE ENFERMERIA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23 DISPONIBLE EN: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

2-González –Salcedo P, Chaves- Reyes A M. Proceso de Atención de Enfermería desde la Perspectiva Docente Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 11, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 47-76 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia DISPONIBLE EN: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480004.pdf>

3-Rosales –Barrera S. Reyes- Gómez E. Fundamentos de enfermería 3° edición México2004 pp 225-227

4-Alfaro- LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. 5° Barcelona España 2005 pp 4-31

5- Marriner- Tomey A, Rafe-Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería EDITORIAL Elvise, España 2011

6-Leal-Costa C, Carrasco-Guirao J. Fundamentos de Enfermería. Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona 1 Edición 2010 Editorial: Librería Editor (Diego Marín)

7- Ackley-BJ, Ladwig G, B. Manual de diagnosticos de enfermería 7ª Edición 2007 España Editorial Elsevier

8-Weiss-G. Oncología Clínica1 Edición. Editorial Manual Moderno

9- CONSULTADO 18/04/17 DISPONIBLE EN http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Metoclopramida.htm

10-CONSULTADO 18/04/17 DISPONIBLE EN <http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-6018/%7BCD1DA417-1590-40A7-879C-C76A5F477A08%7D/2012/S1/ATRESIA%20ESOFAGICA.pdf>

11-CONSULTADO 22/04/17 DISPONIBLE EN: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>

12- CONSULTADO 22/04/17 DISPONIBLE: <http://www.uss.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2016/10/Manual-Control-de-s%C3%ADntomas-cuidados-paliativos-c%C3%A1ncer-infantil-MINSAL.pdf>

13-CONSULTADO 22/04/17 DISPONIBLE

<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/4887/5204>

14- CONSULTADO 22/04/17 DISPONIBLE <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-01%20fisiopatologia%20osea.pdf>

15-Uribe-Rosales D, Carranza-Arellano C, Ramos-Moreno R. Aspectos Biológicos y Clínicos para comprender mejor el osteosarcoma Vol. 3, Núm. 1 Enero-Marzo 2014 pp 33-40 DISPONIBLE EN: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invis/ir-2014/ir141e.pdf>

16-Otto- Enfermería Oncológica 3 Edición Mosby

17-Ruano-Aguilar Oncología Medico Quirúrgica Pediátrica 1º Edición 2010 Editorial Mc Graw Hill

18- Weiss-G. Oncología Clínica 1 Edición. Editorial Manual Moderno

19- Manuel-Sureda. Vivir con Cáncer- (El paciente y su Entorno) 1 Edición. Editorial Colimbo

20- DISPONIBLE

http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ondansetr%C3%B3n.htm

CONSULTADO 26/04/17

21-DISPONIBLE

http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Diclofenaco%20Iny.htm

CONSULTADO 26/04/17

22- DISPONIBLE

http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ciclofosfamida.htm

CONSULTADO 26/04/17