



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN
ADULTO JOVEN CON TUMOR MALIGNO TESTICULAR
BASADO EN LA TEORÍA DEL CONFORT

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

RUÍZ RODRÍGUEZ MARÍA FERNANDA
NO. DE CUENTA: 310303015

ASESOR ACADÉMICO
DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE, 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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi Alma Mater y la máxima casa de estudios que me ha permitido desarrollarme como profesional.

Agradezco a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por otorgarme las bases para lograr mi desarrollo personal y profesional.

Agradezco a Salatiel por brindarme su confianza y permitirme trabajar con él, gracias por compartir un poco de tu vida conmigo. Siempre lucha y continua con todas las fuerzas con las que hasta hoy combates al cáncer. Siempre estarás en mis oraciones.

Un agradecimiento especial a mi asesor de tesis el Dr. José Cruz Rivas Herrera, por el indudable apoyo que me brindo, la confianza y por ser un excelente guía en este proceso.

Agradezco a todas las personas que formaron parte de este camino, por sus alientos y por sus buenos deseos.

Con admiración, respeto y cariño, comparto con ustedes este gran logro.

DEDICATORIAS

Han pasado los años desde que llegue a su vida e incluso antes de que existiera ya estaban buscando la manera de darme lo mejor. Es por que dedico este trabajo a ustedes dos, que son el pilar de mi vida, que día a día luchan por darme todo, que velaron por mí en los momentos de enfermedad y que me vieron crecer dejándome decidir cada paso de mi vida. Dios no me pudo dar mejor regalo que dos ángeles que me guían en este difícil camino, me han enseñado a ser una persona honesta que lucha por lo que quiere y lo consigue siendo leal consigo misma. A ti, María Esther Rodríguez Mora, porque eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va haber manera de devolverte todo lo que me has dado. A ti, Martin Ruiz Fierros, por siempre ser firme y noble a la vez, eres el hombre de mi vida. ¡Siempre confiaron en todo lo que soñé! Gracias por cuidarme y guiarme hasta aquí.

A mis hermanos: Martin Ruiz Rodríguez y Sergio Antonio Ruiz Rodríguez, porque son los mejores hermanos que Dios me dio, gracias por apoyarme, por cuidarme y por confiar en mis decisiones. Son mi más grande tesoro y siempre los voy a amar, negritos.

A mi María bonita, que me mira desde lo alto de cielo; a ti te debo mucho de lo que por fin hoy pude lograr, gracias por confiar en mis sueños, gracias por cada aliento, cada oración y cada rezo que me brindaste. Te amare eternamente, doñita.

A mis tres ángeles que en vida me cuidan: Francisco Rodríguez Matías, Eva Mora, Miguel Ruiz, gracias por las enseñanzas de vida.

Hugo Edson Camacho Carrillo, me acompañaste en este trayecto, apoyándome, cuidándome, complementando mi felicidad, siendo transparente y leal. Gracias por confiar en mí, te atesoro en lo más profundo de mi ser.

A mis amigos. Aunque la mayoría de las veces pareciera que estábamos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Gracias por brindarme su amistad, nos unió esta hermosa profesión y juntos luchamos por nuestros sueños, gracias por todos los momentos que pasamos: Alejandra Peinado, Carlos Solano, Sesangari Canizal, Karla Mojica, Vanesa Maldonado, Daniel García.

A las personas que confiaron y creyeron en mí, en especial a las familias: Ruiz Fierros y Rodríguez Mora.

Contenido

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIAS	3
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	10
GENERAL.....	10
ESPECÍFICOS.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
1.1 LA ENFERMERÍA	11
1.1.1 Definición del cuidado.....	12
1.1.2 El cuidado como objeto de estudio	12
1.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	13
1.2.1 Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería.....	15
1.2.2 Importancia del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado.....	16
1.2.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	18
1.3 TEORÍA DEL CUIDADO DE KATHARINE KOLCABA	27
1.3.1 Datos biográficos	27
1.3.2 Fuentes Teóricas	28
1.3.3 Conceptos principales y definiciones	30
1.3.4 Metaparadigma.....	31
1.3.5 Supuestos teóricos	32
1.3.6 Afirmaciones teóricas.....	33
1.3.7 Forma lógica	33
1.3.8 Teoría De Mediano Rango.....	35
2. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	36
3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	37

3.1 PRESENTACIÓN DEL PACIENTE	37
3.2 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES DE CONFORT ALTERADAS	45
3.3 ORGANIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS	46
3.4 ESTRUCTURACIÓN DE DIAGNÓSTICOS	47
4. PLAN DE CUIDADOS	48
5. PLAN DE ALTA	78
6. SUGERENCIAS	82
7. CONCLUSIONES.....	83
8. GLOSARIO.....	85
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
10. ANEXOS	89
10.1 CÁNCER TESTICULAR.....	89
10.1.1 Epidemiología	89
10.1.2 Factores de Riesgo.....	89
10.1.3 Fisiopatología.....	90
10.1.4 Cuadro Clínico	91
10.1.5 Métodos diagnósticos y gabinete.....	91
10.1.6 Tratamiento.....	92
10.2 ECOG	93
10.3 KARNOFSKY	94
10.4 EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYTEM (ESAS)	95
10.5 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	96

INTRODUCCIÓN

El Cáncer testicular es una de las neoplasias más comunes en hombres en un rango de edad de 15 a 35 años, representa casi el 25% de todos los cánceres diagnosticados en ese intervalo de edad. Sin embargo, debido a la tasa elevada de cura, representa menos del 5% de muertes por cáncer durante esas edades.¹

La incidencia está aumentando a nivel mundial, a pesar de que las tasas de mortalidad van en disminución, según las evidencias en países occidentales. Es importante identificar si las variaciones en las tendencias observadas entre poblaciones están ligadas a factores genéticos o ambientales.

Desde este punto de vista el Proceso de Atención de Enfermería debe de ser una metodología creada para mejorar la calidad de atención que prestamos a este tipo de pacientes. Este método de trabajo ha sufrido diferentes cambios desde sus inicios; modificaciones que han beneficiado a los enfermeros de ayer y de hoy, al lograr la vinculación del paciente como ente participativo de su cuidado en los niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para que el individuo adquiriera el equilibrio entre mente y cuerpo que se traduce en el término de Salud. También ha favorecido en el desempeño y rendimiento enfermero, ya que trabajar con un método estructurado posibilita la unificación de criterios entre enfermeros, nos encamina hacia el desarrollo y crecimiento de nuestra profesión, “La Enfermería.”

El presente trabajo está constituido por diez capítulos, el primero consta del marco teórico en el cual se abordó la temática de la enfermería y su importancia como ciencia, profesión y disciplina en la actualidad; las etapas del proceso atención de enfermería y los aspectos más relevantes de la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba.

¹ Bruce A, Thomas J, Dan L. Harrison. Manual de Oncología. México: Mc Graw Hill; 2008.

En el segundo capítulo se abordó la metodología empleada, conforme al Proceso de Atención de Enfermería.

En el tercer capítulo se desarrolló la información obtenida a través de los datos objetivos y subjetivos recopilados durante la valoración de enfermería. Se presentó en el caso clínico, una valoración en orden cefalo-caudal, la clasificación de las necesidades de confort alteradas, que se detectaron mediante el instrumento de valoración del confort propuesto por Katherine Kolcaba (ver anexos). Se jerarquizan las necesidades de confort alteradas, dando prioridad a la que repercutió más en la persona.

El capítulo 4 está constituido por el plan de cuidados que se desarrolló en el área de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cancerología, a Salatiel.

Al capítulo 5 lo conforma el plan de alta, que es un punto muy importante ya que aquí se resumen los aspectos más importantes que él debe seguir como guía para poder llevar de manera más confortable su recuperación en el hogar.

Del capítulo 6 al 9 está constituido por las conclusiones a las que se llegó con la realización del presente trabajo, valorando si los objetivos planteados fueron cumplidos. También están constituidos por las referencias bibliográficas y el glosario de términos empleados.

El capítulo 10 está compuesto por los anexos; dentro del cual se describe la fisiopatología del Cáncer Testicular, epidemiología, sintomatología y tratamiento utilizado actualmente. También se anexan las escalas de valoración funcional utilizadas para valorar a Salatiel.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se justifica por ser parte del proceso de titulación, ya que un pilar importante para la formación de un Licenciado en Enfermería y Obstetricia es demostrar sus conocimientos mediante trabajos que fundamenten su labor como profesional.

A demás, es guía para el personal de enfermería que cuida a pacientes con Cáncer Testicular, porque en él se incluyen intervenciones de enfermería que sirven para fortalecer la práctica del cuidado.

Con lo que las instituciones de instancias sanitarias de atención de enfermos de cáncer se verán beneficiados con la existencia de este tipo de documentos.

Para Salatiel el proceso será de utilidad por que le permitirá conocer acciones de autocuidado que podrá llevar en conjunto con su familia durante su hospitalización y una vez que él sea egresado de la Unidad de Cuidados Intensivos. A demás que es importante el manejo del confort para que pueda identificar todos los factores que le alteren el mismo y pueda saber actuar ante dicha circunstancia.

El cuidado del paciente en estado crítico debe ser en un ámbito holístico, ya que está comprometido gravemente el estado de salud, aunado al problema oncológico que los pacientes tienen al ser parte del Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

La teoría del confort es una teoría muy interesante en relación al cuidado holístico, ya que se enfoca en cubrir necesidades que como su nombre lo dice se enfocan al confort.

Y me pregunto ¿Por qué el confort es tan importante en un paciente con cáncer? El estado de salud de los pacientes está gravemente comprometido desde el momento en el que tienen un diagnóstico oncológico, asociado a esto se encuentran en una unidad de cuidados intensivos, lugar en el que su nivel de ansiedad aumenta debido a los medios invasivos y el ambiente que muchas veces es demasiado estresante.

Algunos de los objetivos de nuestra labor como enfermeros es cubrir esas necesidades físicas como la ventilación, la eliminación, la alimentación, etc., y muchas veces dejamos por un lado aspectos tan básicos como el frío, el calor, la comodidad en la cama, la posición, el olor de la habitación, si el paciente tiene alguna religión, si necesita ver a alguien durante su estancia en la unidad, si le gusta la música, si le gusta el arte etc.- perdiendo de vista la importancia de la esencia de la persona y su integridad.

Es por eso por lo que la teoría del confort en un paciente con cáncer es de primordial importancia, ya que no solo valoras aspectos físicos y fisiológicos, también valoras el estado de ánimo en el que se encuentra y puedes colaborar a que esa persona tenga una estancia más confortable durante su internamiento.

OBJETIVOS

GENERAL

- Integrar los conocimientos teórico- prácticos adquiridos durante la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM, para realizar un proceso atención de enfermería a un adulto joven con Tumor maligno testicular, basado en la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba.

ESPECÍFICOS

- Valorar e identificar las necesidades de disconfort que Salatiel manifieste y refiera.
- Elaborar diagnósticos que se enfoquen a las alteraciones detectadas.
- Planificar y efectuar un Plan de Cuidados e Intervenciones de Enfermería enfocados al paciente con Cáncer Testicular.
- Proporcionar cuidados de confort con base en el método científico.
- Brindar atención de calidad y humanista.
- Elaborar un Plan de Alta para Salatiel y el cuidador primario, con relación a su autocuidado.
- Evaluar si las intervenciones y los cuidados de confort fueron adecuados.

MARCO TEÓRICO

1.1 LA ENFERMERÍA

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objetivo es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Es una actividad indispensable para la supervivencia desde que la humanidad existe. Representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres vivos sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona que continua la interacción con su entorno, viviendo experiencias de la salud.

Por lo tanto, se considera que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intensión, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente. El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejoría de sus condiciones de salud o su supervivencia, respetando en todo momento su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos ya que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas, es importante considerar que el ser humano es una

persona desde el primer momento de su existencia y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros.

De tal forma, el cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia.²

1.1.1 Definición del cuidado

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.³ En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.⁴

1.1.2 El cuidado como objeto de estudio

Es importante tener un enfoque correcto del cuidado, como profesionales de enfermería somos la base principal para que este sea otorgado de manera clara y oportuna.

El significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la

² Juárez Rodríguez PA, García Campos ML. La importancia del cuidado de enfermería. [Artículo en línea]. 2009 [Acceso 14 de enero de 2017]. Disponible en: [google/dkul8P](https://www.google.com/search?q=google/dkul8P)

³ De la Cuesta Benjumea C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. REDALYC. [Internet]. Vol. XXV; 2007. [Acceso 14 de enero de 2017]. Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215404012>

⁴ Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979.

persona. El cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona convirtiéndolo en un proceso dialéctico de comprensión, y no de aprensión, de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado no profesional, diferencia sustancial entre el cuidado genérico y el de enfermería.⁵

Dicha situación es manifestada en respuestas físicas y emocionales que se reflejan en agradecimientos recíprocos por parte de la persona y la enfermera(o), que concluyen en reconocer al cuidado profesional de enfermería como una pieza importante en la recuperación de la salud.

Es por eso por lo que actualmente se habla de la ciencia del cuidado y el punto de partida para poder realizarlo, es que el profesional de enfermería debe saber qué hace, ¿Por qué lo hace?, ¿Para qué lo hace?, ¿Cómo lo hace? y ¿Cuándo y que ocasiones es necesario hacerlo? Esa es la diferencia del cuidado profesional, y como enfermeras (o) debemos enfocarnos a nuestro objeto de estudio; el cuidado.

1.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería es un método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de enfermería de forma integral y progresiva; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.⁶

Además, permite definir el ejercicio profesional, garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona bases para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en enfermería.

El proceso de atención de enfermería ha sido concebido a partir del conocimiento científico y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los

⁵ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

⁶ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. [Internet] [Acceso 14 de enero de 2017]. Proceso Atención de Enfermería. Disponible en: goo.gl/vKz0pT

diferentes niveles de atención y servicios, donde enfermería proporcione cuidados al individuo, familia y comunidad.

Sus objetivos son:

- Identificar el estado de salud del paciente.
- Permitir a la persona participar en el autocuidado.
- Ofrecer atención individualizada continua y de calidad.
- Garantizar la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Establecer Planes de Cuidado para atender las necesidades que puedan identificar alteradas, y determinar las Intervenciones de Enfermería para poder cubrir esas necesidades.

Características del Proceso de Atención de Enfermería:

- Método
- Sistemático
- Humanista
- Intencionado
- Dinámico
- Flexible
- Interactivo

Es método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del paciente, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y de método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del paciente y de la propia enfermera(o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano - humano con el (los) paciente (s) para acordar y lograr objetivos comunes.

1.2.1 Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.⁷

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el proceso atención de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada

⁷ Iyer PW, et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.

uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase, que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

1.2.2 Importancia del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado

a) Garantiza la calidad del cuidado

- Promueve un mayor grado de interacción dinámica entre el enfermero - paciente, familia y comunidad, favoreciendo así el proceso de administración de cuidados.
- Permite obtener datos objetivos, subjetivos que condicionan el proceso salud enfermedad y promueve la atención integral del paciente.

b) Incrementa la acreditación profesional.

- Promueve la formación de enfermeros con criterios de calidad y excelencia, capaces de ofertar cuidados con responsabilidad e independencia, considerando al individuo como un ser biopsicosocial.
- Describe acciones de enfermería estandarizados, normas de acreditación del desempeño profesional y de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados.
- Facilita la auditoría y comunicación entre los miembros del equipo de salud.

c) Impulsa la investigación.

- Es el modelo de investigación clínica, para interconectar las bases de ciencia con las acciones clínicas del profesional.
- Sirve de enlace del conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento.

d) Desarrolla la docencia.

- La enseñanza del P.A.E. conduce al estudiante en su actuar con sus creencias y valores acerca de enfermería y su razón social.
- Sirve para organizar contenidos de asignaturas como ayuda a dirigir trabajos de experiencia clínica y de campo.

e) Favorece la participación en utilidades en empresas promotoras de salud.

- Ayuda a definir concretamente la necesidad de profesionales de enfermería para paquetes de servicio de promoción y prevención de la salud.

f) Ejercicio independiente o autonomía profesional.

- Permite diferenciar a la enfermera(o) de otros profesionales, ayudando a que enfermería tenga un respaldo legal y económico justo.

g) Facilita el proceso de control-evaluación.

- Establece parámetros e indicadores para la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios y la evaluación de la atención brindada por la enfermera.

h) Facilita la organización horizontal del servicio.

- Facilita la comunicación y coordinación entre los miembros del equipo de enfermeros y equipo multidisciplinarios.

1.2.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

1. Valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales y los textos de referencia.

Se recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario conocer los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados⁸.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistematización a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda.

⁸ Luis Ma.Teresa. Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica. Revisión Crítica y guía práctica. 7ª ed. Ed. Masson.1991.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos"; se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "Patrones Funcionales de Salud"; la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades siendo los diferentes tipos de datos los siguientes:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos: Antecedentes que son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

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

- Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

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

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física: Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire. Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

2. Diagnóstico:

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En él se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: Enunciado, definición característica y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico Potencial se emplean los factores de riesgo. 1a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

De síndrome: Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

3. Planificación:

Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado con base en los diagnósticos de enfermería.

- Fijación de prioridades.

En la etapa diagnóstica puede detectarse en la persona más de un problema para intervenir que no siempre es posible abordarlos todos a la vez, entonces será necesario dar prioridad a alguno (os). Para facilitar esta tarea, se pueden aplicar algunos criterios como:

- Problemas que amenacen la vida de la persona.
- Problemas que para la persona/familia sean prioritarios porque pueden impedir la atención de problemas más urgentes que no son percibidos como tales.
- Problemas que coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas.

- Problemas que por tener una misma causa pueden abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia enfermera.
- Problemas que tienen una solución sencilla y su solución sirve de base para resolver otros más complejos.

Consiste en colocar el orden en el que vamos a resolver el problema, esto se hará según:

- Establecimiento de los objetivos.

Estos pueden ser a corto o a largo plazo siempre que se pueda deberán concertarse con el paciente.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica. Una meta de la enfermera debe ser lograr que la cotidianidad del paciente transcurra dentro de la normalidad posible. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

- Determinación de las actividades de enfermería.

Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia. Los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería.

Estos pueden ser:

- Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.
- Ayudarlo a realizar la actividad: completar.
- Enseñarlo a realizar la actividad: asesorar.
- Supervisar la actividad: reforzar.

4. Ejecución:

Es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados.

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial: lo no escrito no forma parte de la realidad.

5. Evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

Señales y Síntomas específicos

- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad.

Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.

Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para

plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.⁹

1.3 TEORÍA DEL CUIDADO DE KATHARINE KOLCABA

1.3.1 Datos biográficos

Katharine Kolcaba nació en Cleveland, Ohio, donde paso la mayor parte de su vida. En 1965, se diplomó en enfermería en la escuela de enfermería del St. Luke's Hospital de Cleveland. Trabajo tiempo parcial durante algunos años en enfermería medico quirúrgica, cuidado prolongado y cuidado domiciliario, antes de volver a estudiar.

En 1987, consiguió la primera licenciatura, con una especialidad en gerontología. Mientras estudiaba, Kolcaba compartió el cargo de enfermera jefe de una unidad de demencia. En esta unidad, empezó a teorizar acerca de la comodidad o confort. Después de realizar una maestría en enfermería, trabajó como profesora de la University of Akron College of Nursing. Desde entonces, posee el certificado de gerontología de la American Nurses Association (ANA). Volvió a la CWRU para realizar un doctorado en enfermería a tiempo parcial mientras continuaba trabajando como profesora a tiempo completo.

Durante los siguientes 10 años, utilizó el trabajo de su doctorado para desarrollar una teoría y demostrarla. En ese tiempo Kolcaba publicó un análisis del concepto

⁹ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Madrid España: Mosby; 1996.

de confort con su marido, que es filósofo (Kolcaba & Kolcaba, 1991), elaboro un diagrama con los aspectos de comodidad (Kolcaba. 1991), utilizo la comodidad como objeto de cuidado (Kolcaba, 1992^a), contextualizo la comodidad en una teoría de nivel intermedio (Kolcaba, 1994) y demostró la teoría en un estudio de intervención (Kolcaba & Fox, 1999). Kolcaba se doctoro en enfermería en 1997, y recibió el certificado de autoridad (especialista en enfermería clínica) al mismo tiempo.

Actualmente, Kolcaba es profesora asociada de enfermería en University of Akron College of Nursing, donde enseña teoría e investigación a enfermeras. Sus áreas de interés son las intervenciones y mediciones para la incontinencia urinaria (IU), medición del confort en caso de enfermos terminales y la investigación de resultados.¹⁰

1.3.2 Fuentes Teóricas

Kolcaba inicio su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica enfermera para su doctorado. El primer paso, el prometido análisis del concepto, empezó con una amplia revisión de la bibliografía existente sobre la comodidad en enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía.

En varios artículos, ofreció una visión histórica del uso de la comodidad en enfermería, Por ejemplo, Nightingale (1859) declaro: « Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación no sirve para recopilar datos variados y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad ».

De 1900 a 1929, la comodidad era el centro de la enfermería y de la medicina, ya que a través de ella se llegaba a la recuperación. (McIlveen & Morse, 1995). La enfermera estaba obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad del paciente. Aikens (1908) afirmo que, a la hora de procurar la comodidad del paciente, no había que ignorar ningún detalle. La comodidad del paciente era el primero y el último objetivo de la enfermera. Una buena enfermera hace que los pacientes se sientan cómodos, y proporcionar comodidad es uno de

¹⁰ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

los factores determinantes de la capacidad y el carácter de una enfermera (Aikens, 1908).

Para sintetizar y elaborar los tipos de confort del análisis conceptual de Kolcaba, se utilizaron las obras de tres de las primeras teóricas enfermeras. El alivio se elaboró a partir del trabajo de Orlando (1961), quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes. Para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las 13 funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en homeostasis. La trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes creían que podían superar las dificultades con la ayuda de las enfermeras.

En su teoría del cuidado. Watson (1979) declaró que el entorno de los pacientes era muy importante para su bienestar físico y mental. Por tanto, siempre que fuera posible las enfermeras tenían que brindar comodidad a través de intervenciones ambientales. Watson identificó las medidas de comodidad que las enfermeras utilizaban al respecto. Utilizo el término *medidas de confort* como sinónimo de intervenciones.¹¹

¹¹ Kolcaba K. The art of comfort care. *Image: Nursing Scholarship* 1995;27(4):287.

1.3.3 Conceptos principales y definiciones

En la teoría del confort de Kolcaba, los receptores de las medidas de confort tienen diferentes orígenes: pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

➤ *Necesidades de cuidado de la salud*

Kolcaba define las necesidades de cuidados de la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de las situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades de educación y de apoyo, y necesidades de asesoramiento e intervención financiera. (Kolcaba, 1994).

➤ *Medidas de confort*

Las medidas de confort pueden definirse como intervenciones enfermeras diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados: por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas (Kolcaba, 1994).

➤ *Variables de intervención*

Las variables de intervención pueden definirse como fuerzas de interacción que influyen en la percepción por parte de los receptores de la comodidad total. Estas variables pueden ser las experiencias pasadas, la actitud, la edad, el estado emocional, el sistema de apoyo, el pronóstico, la economía y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores (Kolcaba, 1994).

➤ *Confort*

El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de

los tres tipos de comodidad (alivio, tranquilidad y trascendencia) en los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental). Los tipos de comodidad pueden definirse como:

- ✓ Alivio: El estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica.
- ✓ Tranquilidad: El estado de calma o satisfacción.
- ✓ Trascendencia: El estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o de su dolor. Kolcaba (2003) describió los contextos en los que se experimentaba la comodidad a partir de la bibliografía sobre el holismo, y los definió como:
 - Físico: Perteneciente a las sensaciones corporales.
 - Psicoespiritual: Perteneciente a la conciencia interna del yo, como la autoestima, el autoconcepto, la sexualidad y el significado de la vida; la relación con un orden o estado superior.
 - Ambiental: Perteneciente al entorno, las condiciones y las influencias externas.
 - Social: Se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

1.3.4 Metaparadigma

Kolcaba (2001) proporciona las siguientes definiciones:

➤ Enfermería

La enfermería incluye la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las medidas de comodidad para satisfacer las necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de la implantación de dichas medidas, en comparación con la situación anterior. La valoración y la revaloración pueden ser intuitivas y/o subjetivas, como cuando una enfermera le pregunta al paciente si está cómodo, u objetivas, como cuando observa la curación de una herida o cambios en los valores analíticos o en la conducta. La valoración puede realizarse mediante la

administración de escalas visuales analógicas o cuestionarios tradicionales, ambos sistemas desarrollados por Kolcaba (2001).

➤ Paciente

Los receptores del cuidado pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesiten cuidados de salud.

➤ Entorno

El entorno es cualquier aspecto del paciente, la familia o las instituciones que la enfermera o los familiares pueden manipular para que el paciente se sienta más cómodo.

➤ Salud

La salud es el funcionamiento óptimo de un paciente, una familia o una comunidad, según la definición del propio paciente o grupo.

1.3.5 Supuestos teóricos

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos.
2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera.
3. Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfaga. Se trata de un esfuerzo activo.
4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas de búsqueda de la salud.
5. Los pacientes que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores de los cuidados.

1.3.6 Afirmaciones teóricas

1. Las enfermeras identifican las necesidades de confort no satisfechas de sus pacientes, diseñan las medidas de confort para satisfacerlas y quieren potenciar su comodidad, lo que constituye el resultado inmediato deseado (Kolcaba, 1994).
2. La potenciación de la comodidad esta directa y positivamente relacionada con la implicación en las conductas de búsqueda de la salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado (Kolcaba, 1994).
3. Cuando las personas reciben la ayuda adecuada para realizar las conductas saludables por si solas, como la rehabilitación y/o el programa de recuperación o régimen, también se potencia la integridad estructural (Kolcaba, 1997,2001)

1.3.7 Forma lógica

Kolcaba (2003) afirmó que desarrolló la teoría del confort utilizando tres tipos de razonamientos lógicos: 1) inducción; 2) deducción, y 3) retroducción.

1. Inducción

Consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados (Bishop, 2002). Cuando las enfermeras están seguras de su práctica y la enfermería como disciplina cumple con sus objetivos entonces se conocen los conceptos implícitos y explícitos, términos, afirmaciones y supuestos que subyacen en su práctica. Cuando las enfermeras están estudiando, quizás que se les pide que hagan un diagrama de su práctica (como la doctora Rosemary Ellis le pidió a Kolcaba que hiciera), lo que es un ejercicio engañoso.

2. Deducción

Es una forma de razonamiento lógico que infiere conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales; va de lo general a lo específico (Bishop, 2002). El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relacionó la comodidad con otros conceptos, y dio lugar a la teoría. Se utilizó el trabajo de tres teóricas: Orlando, Henderson, Paterson Zderad, para la definición de comodidad, por lo que Kolcaba tuvo que buscar otro espacio común para unificar alivio, tranquilidad y trascendencia. Se dio cuenta de que se necesitaba un marco conceptual más abstracto y general, que fuera coherente con la comodidad e incluyera un número manejable de ideas altamente abstractas.

El trabajo del psicólogo Henry Murria (1938); cumplía los criterios para elaborar un marco en el que se situarán los conceptos enfermeros de Kolcaba. Su teoría trataba sobre las necesidades humanas, por tanto, podía aplicarse a los pacientes que experimentaban múltiples estímulos en situaciones estresantes de cuidado a la salud. Ése fue el estadio deductivo del desarrollo de la teoría, empezando por construcción y sub estructuración teóricas generales y abstractas para descender a niveles más específicos que incluyen conceptos de la práctica enfermera.

3. Retroducción

Es una forma de razonamiento que origina ideas; se aplica a campos con pocas teorías disponibles (Bishop 2002), resulta útil para seleccionar fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este es el caso de la investigación de resultados que, hasta la fecha, se centra en recoger datos para medir resultados seleccionados, y relacionar con los resultados de los tipos de protocolo enfermeros, médicos, institucionales o comunitarios. El uso de un marco teórico enfermero para la investigación de resultados potenciaría esta área de la investigación enfermera, ya que la práctica basada en la teoría permite que; las enfermeras que diseñen intervenciones coherentes con los resultados deseados y aumenten la posibilidad de encontrar resultados significativos; para los objetivos deseados proporcionarían datos a las instituciones respectivas y a los creadores de

estrategias sobre la importancia de la enfermería en el actual mercado competitivo.¹²

1.3.8 Teoría De Mediano Rango

La teoría es un sistema conceptual o marco de referencia que se ha inventado con algún propósito.

Las teorías se clasifican, de acuerdo con sus características de aplicación, en grandes teorías o macro teorías, teorías de mediano rango o rango medio y micro teorías.

Las macro teorías son aquellas que cubren amplias de preocupación dentro de una disciplina. Son construcciones sistemáticas sobre la naturaleza de la enfermería, la misión de la enfermería y las metas del cuidado de enfermería.

Estas teorías, cuando se asocian con una disciplina profesional, como la enfermería, mantienen un papel formativo y de socialización dentro de la comunidad profesional; sin embargo, su papel dentro de la evolución y desarrollo del conocimiento disminuye una vez que una masa crítica de realización científicas se produce, a partir e independientemente de estas teorías o modelos conceptuales, y se abren paso a las teorías de mediano rango.

Las teorías de rango medio son mucho más limitadas en amplitud, son menos abstractas, describen fenómenos o conceptos específicos y reflejan de mejor manera los componentes de la práctica. Los conceptos o fenómenos tienden a cruzar diferentes campos de la enfermería y reflejan una gran variedad de situaciones de cuidado de enfermería.¹³

¹² Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

¹³ Durán de Villalobos MM. Marco Epistemológico de la Enfermería. Revista Aquichan- ISSN 1657-S997.

2. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El presente trabajo fue elaborado en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Cancerología; enfocado a Salatiel H. el cual es un paciente con Cáncer Testicular.

En el transcurso de la rotación, se valoró la importancia de mantener un estado de confort en los pacientes en estado crítico, ya que las estancias en ocasiones son largas y la mayor parte del tiempo están bajo efectos de sedación y analgesia. Es por eso la importancia de proporcionarles a estos pacientes, confort. De esta manera, elaboré el Proceso Atención de Enfermería basado en la teoría del confort. A partir de la valoración realizada a Salatiel

En el mes de diciembre del 2016, se realizó la valoración de enfermería aplicando como estrategia del cuidado, un instrumento de medición del confort y una valoración céfalo caudal.

Posterior a la valoración y la identificación de las necesidades alteradas, se realizó un plan de intervenciones que se llevaron a cabo dentro de la unidad, también se formularon objetivos a corto, mediano y largo plazo, para que con esto se de una continuidad al cuidado.

Por último, evalué las intervenciones realizadas, las cuales estas cumplieron con los objetivos propuestos.

3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Salatiel H. adulto joven de 20 años, es originario y residente de la comunidad de Minatitlan en el estado de Veracruz, se encontraba cursando el primer año en la carrera de Ingeniería Mecánica. Su estado civil es unión libre de aproximadamente 1 año. Dentro del interrogatorio niega Tabaquismo, etilismo o toxicomanías. También refiere que desde la infancia siempre estuvo expuesto al humo de leña. Niega ser alérgico a algún medicamento o alimento, niega trasfusiones y enfermedades crónico-degenerativas.

Salatiel refiere que las principales molestias se presentaron aproximadamente en el mes de mayo del año 2016, cuando posterior a cualquier actividad física sentía dolor en miembros pélvicos. Al principio él lo asocio al cansancio debido a la actividad física, pero posteriormente los dolores se intensificaron irradiándose a testículos y espalda. Aunado al dolor testicular comienza con dolor abdominal tipo cólico, afectando su vida cotidiana en forma significativa.

Acude a una consulta médica al Hospital General de su localidad y posterior al interrogatorio se le mandan una serie de estudios, entre ellos una TAC, que reporta múltiples adenopatías retroperitoneales. Por sospecha de Linfoma, se le realiza una biopsia con un reporte histopatológico de carcinoma poco diferenciado metastásico.

También se le realizó un USG testicular reportando tumor a este nivel. Posterior a los estudios que se le realizaron le expiden una hoja de referencia al INCan, para corroborar el diagnóstico de Tumor testicular.

Salatiel tuvo su primera consulta el jueves 20 de octubre del 2016, llegando a las instalaciones en silla de ruedas debido al dolor que presentaba en las extremidades inferiores y abdomen, también refería intolerancia a la vía oral, estreñimiento e ictericia de 10 días de evolución.

Mediante las valoraciones funcionales que se realizaron en la pre consulta se reporta un KARNOFSKY: 70% y un ECOG: 1 (ver anexos).

El lunes 24 de octubre del 2016 es valorado por el servicio de Urología debido a la sintomatología con la que ingreso al Instituto. Se le solicitan estudios y empiezan con el manejo de la deshidratación y el dolor, en el servicio de Atención Inmediata. Se mandan estudios de revisión de laminillas para poder concretar el diagnóstico oncológico.

En el análisis de caso se llega a la conclusión de que es un Tumor Germinal No seminomatoso EC III C, con primario testicular y lesión retroperitoneal voluminosa que está ocasionando colestasis, por lo que se decide envió para considerar Quimioterapia de inicio y posteriormente una Orquiectomía diferida.

El miércoles 26 de octubre lo valora Clínica del Dolor en el área de Atención Inmediata, para poder iniciar con un adecuado manejo del mismo. Se diagnostica un Sx. doloroso nociceptivo visceral abdominal, manejándolo con Buprenorfina 300 mcg SC cada 12 horas y Ketorolaco 30 mg IM cada 8 horas. Posteriormente el manejo cambia debido a la falla hepática que Salatiel presentó, iniciando con Fentanilo en infusión continua.

Fentanilo 400 mcg iv	Para 24 hrs.
Rescates de Fentanilo 50 mcg IV	Máximo 8 en 24 hrs.
Pregabalina CAPS 75 mg VO	Cada 24 hrs por las noches
Anara 30 gotas VO	Cada 24 hrs.
Ondasetrón 6 mg IV	Por razón necesaria en caso de nausea y/o vomito.

Salatiel es ingresado al 6to piso para continuar con el tratamiento médico, y se presenta con el diagnóstico ya mencionado, aunado a metástasis a pulmón, hígado, suprarrenales, retroperitoneo y compresión de la vía biliar por tumoración.

Dentro de las alteraciones con las que él cursaba se encontraba: Ictericia G4, Desequilibrio Hidroelectrolítico (Hiponatremia leve, Hiperkalemia leve), Incremento de ALT y AST G2.

En enero se decide su ingreso a la UTI con los siguientes diagnósticos médicos:

- Choque séptico origen abdominal, Sepsis intraabdominal nosocomial complicada, colangitis G3, neutropenia, desequilibrio hidroelectrolítico por hipomagnesemia. Antecedente de TVP y TEP. Con diagnóstico oncológico de Tumor Germinal no seminomatoso; se instala en la unidad-2; con aislamiento protector.
 - T/A: 92/60 mm Hg, TAM: 75, FC: 54x', FR: 18 x' PESO: 59 kg, TALLA: 1.73 mts. Karnofsky: 50%, ECOG: 3%, MEXSOFA: 8
 - NEUROLÓGICO: Analgesia a base de Tramadol 200mg para 24 hrs IV, EVA de 3; Glasgow de 15. Orientado y cooperador.
 - HEMODINÁMICO: Continua con apoyo de vasopresor a base de Norepinefrina a 0.06 mcg/kg/min con lo que mantiene TAM: 75, FC: 55x'. Ruidos cardiacos rítmicos sin fenomenos agregados. Llenado capilar 2-3 segundos
 - VENTILATORIO: Bajo ventilación espontanea, O² por puntas nasales. SPO²: 96%.
 - RENAL: Uresis de 535 cc en 4 hrs a 2.2 ml/kg/hr.
 - GASTRO/METABÓLICO: Se inicia dieta por líquidos claros, tolerándola adecuadamente. Glicemia capilar: 126 mg/dl, sin requerimientos de insulina.
 - HEMATO/INFECCIOSO: Afebril, sin datos de sangrado activo. Hb: 12.1 mg/dl Hto: 35.5%, Plaquetas: 80,000 miles/mm³, Leucocitos: 0.4 miles/mm³, Neutrófilos: 44.3 %, Linfocitos: 48.4%.

Salatiel estuvo en la unidad del lunes 2 de enero, al día 6 de enero del 2017.

Indicaciones Terapéuticas

Las siguientes indicaciones fueron prescritas el día 02/01/17 durante la guardia A que corresponde de las 21 horas a las 7 AM.

- Elevación de la cabecera entre 30 y 45°
- Presión venosa central cada 4 horas
- Glicemia Capilar cada 4 horas
- Cuantificación estricta de ingresos y egresos

Medicamentos:

- Omeprazol 40 mg IV cada 24 horas
- Meropenem 1gr IV cada 8 horas FI: 02/01/17
- Amikacina 800 mg IV cada 24 horas por 3 dosis FI: 03/01/17

Soluciones:

- BASE: Sol Cloruro de Sodio 0.9% IV a 80 ml/hr
- Norepinefrina aforados en 100 cc de Sol glucosada a 5% IV DR
- Tramadol 200 mg aforados en 100 cc de Solución de Cloruro de Sodio 0.9% IV para 24 horas.

Reposición de electrolitos:

- Sol Na Cl 0.9% 250 cc + 40 mEq KPO4 p/2hrs.
- Sol Na Cl 0.9% 100 cc + 2gr MgSO4 P/1hr (al termino de anterior)
- Sol Na Cl 0.9% 250 cc + 40 mEq de KCL + 3gr de SO 4 Mg PARA 3 HRS iv DU.

Exploración Física

Signos Vitales:

T/A: 92/69 mm Hg, TAM: 75, FC: 59 x', FR: 20 x', Temperatura: 37°C. Sat O²: 96%

Somatometría:

Peso: 66 kg

Talla: 1.73 mts

I.M.C: 22.0521

Región: Cabeza y cuello

- Complexión endomorfica.
- Cráneo normocéfalo, redondeado, sin endostosis, sin exostosis y sin zonas dolorosas ni hundimientos a la palpación.
- Cuero cabelludo seco, alopecia generalizada, no se observan lesiones cutáneas.
- Conjuntivas bulbar y palpebral presentan color rosado no eritematoso.
- Pupilas isocóricas.
- Pabellones auriculares íntegros, con adecuada implantación, sin presencia de nódulos, buena coloración, conducto auricular permeable.
- Mucosas orales deshidratadas sin presencia de mucositis.
- Dentadura completa, con presencia de caries y halitosis.
- Cuello con presencia de adenomegalias, doloroso a la palpación.

Región: Tórax

- Tórax simétrico normo-lineo, sin presencia de masas o inflamación en ambos lados del tórax.
- Movimientos de amplexión y amplexación adecuados.
- Campos pulmonares ventilados.

Región: Abdomen

- Globoso, doloroso a la palpación. Ruidos peristálticos disminuidos.

Región: Genitales

- Acordes a género y edad, sin lesiones visibles. Refiere dolor en uretra, sin datos de infección o lesiones visibles.

Región perineal

- Esfínter anal continente, sin lesiones palpables. Sin presencia de sangrado y tumoraciones.

Región: Extremidades

- Superiores e inferiores integra, simétricas, con fuerza y sensibilidad conservadas.
- Pulsos normales y simétricos.
- Llenado capilar de 2 segundos.

Datos de laboratorio

Estos laboratorios fueron tomados en la Unidad de Cuidados Intensivos el día 01/01/2017 a las 14:00 horas.

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor de Referencia
Sodio	130	mEq/L	136-142
Potasio	4.2	mEq/L	3-4.55
Cloro	97	mEq/L	100-108
Glucosa Sérica	98	mg/dl	72-108
Urea	18.8	mg/dl	15.0-43.0
Nitrógeno Ureico	8.8	mg/dl	6.0-19.0
Creatinina Sérica	0.88	mg/dl	0.50-1.20
Bilirrubina Total	3.2	mg/dl	0.1-1.1
Bilirrubina Directa	2.48	mg/dl	0.02-0.20
Bilirrubina Indirecta	0.72	mg/dl	0.08-0.90
Transaminasa Glutámico Oxalacetica	148	UI/L	12-39
Fosfatasa Alcalina	627	UI/L	41-128
Gamma Glutamil Transpeptidasa	884	UI/L	10-61
Proteínas Totales	6.7	g/dl	5.6 – 8.4
Albúmina	3.8	g/dl	3.9-5.1
Globulina	2.9	g/dl	2.7-3.3
Calcio	8.4	mg/dl	9.8-10.6
Fósforo	2.2	mg/dl	2.5-4.3
Magnesio	0.98	mg/dl	1.70-2.30
Deshidrogenasa Láctica	173	UI/L	114-198
Transaminasa Glutámico Pirúvica	177	UI/L	3-64
Leucocitos	0.4	miles/mm ³	4.8-10.8
Eritrocitos	4.07	millones/mm ³	0-0
Hemoglobina	12.1	gr/dl	0-0

Hematocrito	35.5	%	0-0
Volumen corpuscular medio	86.5	fL	81.0-99.0
Plaquetas	85	Miles/mm3	130-400
Neutrófilos%	40.3	%	40-75
Linfocitos%	48.4	%	20-50
Monocitos%	3.2	%	2.0-15.0
Eosinófilos%	1.4	%	0.0-5.0
Basófilos	0.10	%	0.00-2.00

Gasometría Venosa

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor de Referencia
PH	7.520		7.350 – 7.450
PCO2	26.00	mmHg	35.00 – 45.00
PO2	33.00	mmHg	60.00 – 100.00
HCO3-act	21.20	mmol/L	22.0 – 26.0
Na +	139.00	mmol/L	135.00 – 148.00
K +	3.30	mmol/L	3.50 – 4.50
Ca ++	0.49	mmol/L	1.12 -1.32
Gluc	82.00	mg/dL	74.00 – 106.00
Lac	2.30	mmol/L	0.00 - 2.00
Temperatura	36.5	°C	
FiO2	21.00	%	

3.2 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES DE CONFORT ALTERADAS

<i>CONTEXTO DEL CONFORT</i>	<i>ITEMS DEL INSTRUMENTO</i>
Psico- espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Siento miedo por lo que me espera en el futuro. • Necesito mejor información sobre mi salud. • Siento que no tengo muchas opciones.
Físico	<ul style="list-style-type: none"> • El dolor que siento es difícil de soportar. • Estoy duro del estómago. • No me siento bien de salud. • Estoy muy cansado.
Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • La vista desde mi habitación es agradable. • Extraña alguna de sus pertenencias personales.
Socio- cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento triste cuando estoy solo.

3.3 ORGANIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

CONTEXTO DEL CONFORT	TIPO DE CONFORT
Físico	Alivio
<p>Dolor agudo</p> <p>Fatiga</p> <p>Protección ineficaz</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico</p> <p>Riesgo de estreñimiento</p> <p>Disposición para mejorar el autocuidado</p> <p>Riesgo de deterioro de la función hepática</p>	
Psicoespiritual	Tranquilidad
<p>Riesgo de baja autoestima situacional</p> <p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud</p> <p>Impotencia</p> <p>Disposición para mejorar el afrontamiento</p>	
Ambiental	Alivio
<p>Disconfort</p> <p>Trastorno del patrón del sueño</p>	
Socio/ Cultural	Alivio / Tranquilidad / Trascendencia
<p>Ansiedad</p>	

3.4 ESTRUCTURACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

1. Disconfort **r/c** presencia de estímulos ambientales nocivos (Luz, ruido, etc.) **m/p** ansiedad, inquietud, expresa sentir frío, cambios en el patrón del sueño.
2. Dolor agudo **r/c** compresión del tumor con órganos vecinos **m/p** facies de dolor, posición antiálgica y expresión verbal.
3. Protección ineficaz **r/c** perfiles hematológicos anormales **m/p** deficiencia inmunitaria.
4. Ansiedad **r/c** cambios en el estado de salud, amenaza de muerte **m/p** angustia, aprensión, insomnio, inquietud y preocupación.
5. Fatiga **r/c** estado de enfermedad, privación de sueño **m/p** falta de energía, aumento de quejas físicas, expresa cansancio.
6. Impotencia **r/c** régimen relacionado con el tratamiento de la enfermedad **m/p** depresión a causa del deterioro físico, expresa falta de control y falta de participación en el cuidado.
7. Riesgo de deterioro de la función hepática **r/c** metástasis a hígado
8. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos **r/c** mala distribución hídrica.
9. Riesgo de estreñimiento **r/c** consumo alto de opiáceos, reposo absoluto.
10. Trastorno del patrón del sueño **r/c** iluminación, temperatura y ruidos de la unidad **m/p** cambio en el patrón del sueño, expresiones de haberse despertado.
11. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud **m/p** deseo de manejar la enfermedad.
12. Disposición para mejorar el afrontamiento **m/p** sentimiento de aceptación y resignación de su enfermedad.
13. Disposición para mejorar el autocuidado **m/p** expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.
14. Riesgo de baja autoestima situacional **r/c** deterioro funcional, trastornos de la imagen corporal.

4. PLAN DE CUIDADOS

CONTEXTO DE CONFORT: AMBIENTAL		TIPO DE CONFORT: ALIVIO		
DOMINIO 12. CONFORT		CLASE 2. DEL ENTORNO		
Diagnóstico	00214. Disconfort			
Definición	Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.			
Factor relacionado	Estímulos ambientales nocivos.			
Características definitorias	Ansiedad, inquietud, expresa sentir frío, cambios en el patrón de sueño.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
2009. Estado de comodidad del entorno. Tranquilidad, comodidad y seguridad ambiental.	Entorno favorable para el sueño.	1. Gravemente comprometido.	Mantener	Aumentar
		2. Sustancialmente comprometido.	2	4
	Control del ruido.	3. Moderadamente comprometido.	1	4
	Suministros y equipo necesarios al alcance.	4. Levemente comprometido.	3	4
	Privacidad.	5. No comprometido.	3	4
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
6482. Manejo ambiental: confort		Es necesario apagar la luz cuando no sea necesaria para favorecer el descanso.		
6486. Manejo ambiental: seguridad		Colocar al paciente bajo los principios de alineación corporal con el apoyo de almohadas y el uso de las funciones de las camas.		

<p>0740. Cuidados del paciente encamado</p> <p>4920. Escucha activa</p> <p>1850. Mejorar el sueño</p>	<p>Determinar fuentes de incomodidad: ropa de cama arrugada, mojada, etc.</p> <p>Colocar la posición de la cama según las necesidades del paciente.</p> <p>Colocar colcha térmica para disminuir la sensación de frío que refiere.</p> <p>Apoyar en las necesidades de higiene.</p>
---	---

EVALUACIÓN

Al llevar a cabo los cuidados mencionados se logró mejorar el confort del paciente en sus cuatro contextos: físico, ambiental, psicoespiritual y social.

Los cuidados de enfermería deben estar enfocados a cubrir todos los tipos de confort puesto que al maximizarlo hace que su estancia en la unidad sea más llevadera, que muestre mayor cooperación y desde luego mejorar su bienestar.

CONTEXTO DE CONFORT: FÍSICO		TIPO DE CONFORT: ALIVIO		
DOMINIO 12. CONFORT		CLASE I. CONFORT FÍSICO		
Diagnóstico	00132. Dolor agudo			
Definición	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, con una duración menor a 6 meses.			
Factor relacionado	Agente lesivo biológico: Compresión del tumor con órganos vecinos.			
Características definitorias	Expresión verbal y facial.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
1605. Control del dolor. Acciones para controlar el dolor.	Expresiones faciales	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener	Aumentar
	Dolor referido		4	5
	Inquietud		3	5
	Diaforesis		4	5
			5	5
INTERVENCIONES NIC		CUIDADOS		
1605. Control del dolor 2300. Administración de la medicación		<p>Valorar signos verbales y no verbales de dolor.</p> <p>Administrar oxígeno por puntas nasales, valorando el nivel del dolor y verificando que no existan datos de dificultad respiratoria.</p> <p>Ministración de analgésicos.</p> <p>Facilitar reposo psicológico y físico.</p>		

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Para el control del dolor inicialmente se valora con la escala EVA, para poder tener un punto de partida de la progresión que el paciente tenga en relación con el dolor.</p> <p>Ministración de infusión a base de Tramadol (200 mg p/24 hrs) que pasa a 4ml/hrs.</p> <p>Ministración de oxígeno por puntas nasales a 3Lx' y verificar la saturación de oxígeno por oximetría de pulso para corroborar que el aporte a los tejidos sea el adecuado.</p>	<p>El dolor disminuyo de intensidad 5/10 a 2/10 en escala EVA.</p> <p>La sensación de inquietud y angustia disminuyeron debido a que se controló el dolor.</p> <p>Se mejoró el confort físico debido al alivio del dolor.</p>

CONTEXTO DE CONFORT: FÍSICO		TIPO DE CONFORT: ALIVIO		
DOMINIO 1: Promoción de la salud		CLASE 2: Gestión de la salud		
Diagnóstico	00043. Protección ineficaz.			
Definición	Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.			
Factor relacionado	Perfiles hematológicos anormales.			
Características definitorias	Deficiencia inmunitaria.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
1608. Control de síntomas. 0702. Esta inmune. 1902. Control del riesgo. 1606. Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria.	Reconoce el comienzo del síntoma.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido.	Mantener	Aumentar
	Fatiga crónica.		4	5
	Reconoce los factores de riesgo.	3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido.	1	4
	Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones.	5. No comprometido.	1	5
			2	5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
6540. Control de infecciones. 6550. Protección contra las infecciones. 6630. Aislamiento. 6650. Vigilancia. 1800. Ayuda al autocuidado. 1120. Terapia nutricional.		Una de las características del paciente oncológico es la inmunosupresión, por lo tanto, lo hace mayor susceptible a infecciones. Es por eso que los cuidados irán encaminados a mantener en óptimas condiciones la piel y mucosas; asegurar una nutrición adecuada y		

	<p>evitar, en la medida de lo posible las técnicas invasivas.</p> <p>En primera instancia se debe establecer un protocolo para poder tener un aislamiento protector en referencia al conteo de neutrófilos que el paciente maneje. El aislamiento que se debe manejar en primera instancia es “Protector” utilizando las precauciones estándar para prevención de infecciones (cubrebocas, bata, guantes); la habitación deberá estar totalmente cerrada, teniendo el menor acceso, salvo en casos verdaderamente necesarios y solo por el personal encargado.</p> <p>El control de infecciones se va a llevar a cabo mediante técnicas asépticas y material estéril, evitando posibles técnicas que no sean de la mayor utilidad.</p> <p>Si el paciente cuenta con un acceso venoso central, se debe manipular lo menos posible y siempre siguiendo las técnicas normadas. De igual manera si cuenta con acceso venoso periférico, vigilar datos de infección.</p> <p>Realizar hemocultivos en caso de sospecha de infección, haciendo una previa valoración para así evitar punciones innecesarias.</p> <p>El manejo nutricional en el paciente con neutropenia debe ser estricto, ya que se deberán manejar alimentos con el mayor alto nivel de limpieza, evitando alimentos crudos. Se debe considerar el manejo especial de los alimentos.</p>
--	--

	<p>Es importante valorar los autocuidados y el nivel de dependencia del paciente, ya que se debe hacer una oportuna detección de síntomas que nos indican que hay infección o lesiones en mucosas y que estos podrían ser detectados al realizar sus actividades de autocuidado como el aseo bucal, la alimentación, el aseo perianal cuando evacuan, etc.-</p> <p>Es importante verificar que durante los turnos se realicen los mismos cuidados para poder llevar una continuidad y así evitar posibles complicaciones por el alto riesgo de infección al que son propensos nuestros pacientes.</p>
--	---

EVALUACIÓN

Durante su estancia en la UTI el recuento de neutrófilos de Salatiel aumento considerablemente, sin embargo, se mantuvo con el aislamiento protector hasta su salida de la unidad. Se le dieron las recomendaciones para seguir en Hospitalización y en casa posterior a su egreso del hospital.

Uno de sus diagnósticos de ingreso a la UTI era precisamente la sepsis de origen abdominal, por lo tanto, se llevó una vigilancia estrecha aunada a un esquema de antimicrobianos previamente analizada para que se pudiera resolver este problema por el cual Salatiel se encontraba.

CONTEXTO DE CONFORT: SOCIO/ CULTURAL		TIPO DE CONFORT:		
TRANQUILIDAD				
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS		CLASE 2. RESPUESTAS AL AFRONTAMIENTO		
Diagnóstico	00146. Ansiedad			
Definición	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.			
Factor relacionado	Cambios en el estado de salud, amenaza de muerte.			
Características definitorias	Angustia, aprensión, insomnio, inquietud, preocupación.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
1302. Afrontamiento de problemas	Eliminar precursores de ansiedad	1. Gravemente comprometido.	Mantener	Aumentar
		2. Sustancialmente comprometido.	2	5
1402. Autocontrol de la ansiedad	Disminuye los estímulos ambientales	3. Moderadamente comprometido.	3	5
1211. Nivel de ansiedad	Inquietud	4. Levemente comprometido.	3	4
	Trastornos del patrón del sueño	5. No comprometido.	2	5

INTERVENCIONES NIC	EJECUCIÓN
<p>5820. Disminución de la ansiedad</p> <p>1850. Mejorar el sueño</p> <p>5420. Apoyo espiritual</p>	<p>Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>Favorecer el sueño tratando de reducir al mayor nivel los ruidos en la unidad.</p> <p>Escucha activa mientras el paciente permita el dialogo.</p> <p>Mostrar interés en el paciente.</p> <p>Permitirle una hoja en blanco donde plasme su estado de ánimo y esto le permita desahogarse.</p>
EVALUACIÓN	
<p>El paciente en situación avanzada o terminal se enfrenta a diversos factores que pueden conllevar mucho sufrimiento espiritual emocional: el proceso de su muerte, la propia muerte en sí, la pérdida de la funcionalidad o de autonomía, la pérdida de los seres queridos. Con estas intervenciones se logró mejorar el estado de ánimo de Salatiel, promoviendo la escucha activa, platicando de sus gustos y lo que le motiva a seguir feliz a pesar de la situación en la que se encuentra.</p> <p>En notas de enfermería anteriores encontré que el personal percibía que el paciente estaba irritable y era poco cooperador, posterior a los cuidados de confort y el manejo de sus emociones el paciente estuvo más tranquilo, incluso pudo dormir gran parte de la noche, mejoro su actitud y coopero para los cambios posturales y cuidados.</p>	

CONTEXTO DE CONFORT: FÍSICO		TIPO DE CONFORT: ALIVIO		
DOMINIO 4: Actividad/Reposo		CLASE 3: Equilibrio de la energía		
Diagnóstico	00093. Fatiga			
Definición	Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual.			
Factor relacionado	Estado de enfermedad, privación de sueño.			
Características definitorias	Falta de energía, aumento de quejas físicas, expresa cansancio.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE Puntuación	Puntuación DIANA	
0002. Conservación de la energía. 0007. Nivel de fatiga. 2006. Estado de salud personal.	Siestas en el rango esperado.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener	Aumentar
	Agotamiento.		2	4
	Nivel de confort.		1	4
	Nivel de movilidad.		1	4
			3	5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
0180. Manejo de la energía. 1850. Mejorar el sueño. 1050. Alimentación. 6480. Manejo ambiental.		El paciente oncológico en su proceso de enfermedad puede llegar a ser tan susceptible a alteraciones como la fatiga, se debe determinar la causa específica para poder actuar. Un factor puede ser la alteración del sueño ya que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. Se recomienda una dieta nutritiva procurando se realice siempre en el mismo horario, adecuada hidratación, ingesta		

	<p>de suplementos vitamínicos y bebidas que contribuyan a reponer electrolitos, esto en cada caso en específico.</p> <p>El manejo ambiental es un factor que en la UTI afecta con gran impacto, debido a las alarmas de los monitores y los equipos que se utilizan, ya que se ha descrito en estudios que causa un alto nivel de ansiedad y por su consiguiente fatiga.</p>
EVALUACIÓN	
<p>Posterior al manejo de las intervenciones se revaloro que la fatiga era relacionada a la disminución de las horas de sueño dentro de la terapia. Se llevó a cabo el manejo ambiental y la fatiga disminuyo considerablemente.</p>	

CONTEXTO DE CONFORT: PSICOESPIRITUAL TIPO DE CONFORT:				
TRANQUILIDAD				
DOMINIO 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.			CLASE 2: Respuestas de afrontamiento	
Diagnóstico	00125. Impotencia			
Definición	Experiencia de falta de control sobre situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.			
Factor relacionado	Régimen relacionado con el tratamiento de la enfermedad.			
Características definitorias	Depresión a causa del deterioro físico, expresa falta de control y falta de participación en el cuidado.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
1402. Autocontrol de la ansiedad. 1614. Autonomía personal. 1300. Aceptación: estado de salud. 1211. Nivel de ansiedad	Monitoriza la intensidad de la ansiedad.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener	Aumentar
			2	5
	Toma decisiones vitales informadas.		3	5
	Expresa sentimientos sobre el estado de salud.		1	4
	Impaciencia		1	4
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
5270. Apoyo emocional. 1800. Ayuda al autocuidado. 5395. Mejora de la autoconfianza. 1850. Mejorar el sueño.		El apoyo emocional en el paciente oncológico es primordial, ya que mediante este apoyo ellos pueden exponer que es lo que realmente están sintiendo, siempre y cuando se llegue al nivel de confianza y exista un vínculo enfermera- paciente.		

	<p>Es de gran importancia fomentar el autocuidado, ya que son las herramientas que les permitirán darle un seguimiento al mismo. Fomentar que el paciente se haga protagonista de su cuidado será la clave del éxito.</p> <p>Mejorar el sueño ayudara a que este más tranquilo y pueda tener mejor campo de acción ante sus decisiones en el curso de la enfermedad.</p>
EVALUACIÓN	
<p>Evaluar el grado de impotencia de Salatiel, realmente es algo que se complicó mucho. Debido a que para él los días en la terapia intensiva eran agotadores, refería no saber cómo llegaría a sentirse en hospitalización o en casa. Mencionaba que había momentos en los que confiaba que todo saldría mejor pero después sentía que todo empeoraba. El apoyo emocional se brindó en todo momento y se pudo llegar a un vínculo enfermera- paciente. Disminuye la impotencia de forma gradual.</p>	

CONTEXTO DE CONFORT: FÍSICO		TIPO DE CONFORT: ALIVIO		
DOMINIO 2: Nutrición		CLASE 4: Metabolismo		
Diagnóstico	00178. Riesgo de deterioro de la función hepática			
Definición	Riesgo de disminución de la función hepática que puede comprometer la salud.			
Factor relacionado	Metástasis a hígado.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE Puntuación	Puntuación DIANA	
1808. Conocimiento: Medicación. 0416. Perfusión tisular: Celular. 2301. Respuesta a la medicación.	180808. Posibles reacciones adversas cuando se consumen múltiples fármacos.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna	Mantener	Aumentar
	41616. Dolor		3	5
	230101. Efectos terapéuticos esperados presentes.		1	5
	230106. Efectos adversos.		2	4
			4	5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
2300. Administración de medicación. 2380. Manejo de la medicación. 5606. Enseñanza individual. 6650. Vigilancia				

EVALUACIÓN

Debido a la metástasis a hígado, presento muchas alteraciones que le complicaron el estado de salud. La recuperación no pudo ser totalmente valorada ya que el estado en el que se encuentra es potencial a presentar más complicaciones.

CONTEXTO DE CONFORT: FÍSICO		TIPO DE CONFORT: ALIVIO		
DOMINIO 2: Nutrición		CLASE 5: Hidratación		
Diagnóstico	00025. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.			
Definición	Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular que puede comprometer la salud. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales, o ambos.			
Factor relacionado	Mala distribución hídrica.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
0601. Equilibrio hídrico. 0602. Hidratación.	60118. Electrolitos séricos.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener	Aumentar
			2	4
	60117. Humedad de membranas mucosas.		2	4
	60116. Hidratación cutánea.		2	4
	60211. Diuresis		4	5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
4120. Manejo de líquidos. 202. Monitorización de los electrolitos séricos. 4200. Terapia Intravenosa.		Uno de los principios científicos en que se apoya la enfermería para determinar sus acciones, es que el ser humano requiere de un equilibrio fisiológico homeostático, el cual depende de la integridad funcional de las células y la estabilidad de medio interno		

<p>2000. Manejo de electrolitos.</p> <p>2008. Manejo de electrolitos: hipomagnesemia.</p> <p>2001. Manejo de electrolitos: hiperkalemia.</p> <p>2009: Manejo de electrolitos: Hiponatremia.</p> <p>580. Sondaje vesical.</p>	<p>en cuanto volumen, concentración y composición (líquidos y electrolitos), en relación con su medio externo. Durante la atención al paciente, el personal de enfermería debe, entre otros cuidados, observar su alimentación, ingesta de líquidos, estado de la piel y mucosas, eliminación urinaria e intestinal y alteraciones en los signos vitales para participar con acciones que contribuyan a la satisfacción de necesidades y solución de problemas inherentes al equilibrio hidroelectrolítico.</p> <p>Las complicaciones más frecuentes por desequilibrio hidroelectrolítico son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiponatremia: letargo, confusión, anorexia, convulsiones, hipotensión, pulso filiforme, piel fría y húmeda. • Hipernatremia: estupor, polidipsia, oliguria, mucosas secas, deshidratación, irritabilidad y contracciones musculares. • Hipokalemia: debilidad, reflejos disminuidos o ausentes, respiración superficial, distensión abdominal y alteraciones cardiovasculares. • Hiperkalemia: debilidad muscular, parestesias, disminución de reflejos, bradicardia, hipotensión, fibrilación auricular, paro cardíaco. • Hipocalcemia: Calambres, tetania, convulsiones, edema papilar. • Hipercalcemia: hipotonía muscular, anorexia, náuseas, cólicos, estreñimiento, poliuria. • Hipomagnesemia: debilidad, vértigo, hiperreflexia, confusión.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Hiper magnesemia: hipotensión, náuseas, vomito, somnolencia, hiperreflexia y debilidad muscular. <p>Es importante mantener un estricto balance de líquidos para poder tener un estado exacto de hidratación.</p> <p>La administración de líquidos y electrolitos por vía intravenosa requiere de atención especial para evitar infecciones, reacciones pirógenas, infiltración local, sobrecarga circulatoria, tromboflebitis.¹⁴</p>
EVALUACIÓN	
<p>El manejo de los electrolitos mediante valoración y reposiciones hídricas estuvo siendo valorado durante su estancia en la UTI. Diariamente se le hacían estudios de laboratorio para valorar estos niveles y poder manejar el aporte necesario de las soluciones hidroelectrolíticas.</p>	

¹⁴ Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. 2da. Ed. La Habana;1997.

CONTEXTO DE CONFORT: FÍSICO		TIPO DE CONFORT:		
ALIVIO				
DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio.		CLASE 2: Función gastrointestinal.		
Diagnóstico	00015. Riesgo de estreñimiento			
Definición	Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.			
Factor relacionado	Consumo alto de opiáceos, reposo absoluto.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
1014. Apetito. 1608. Control de síntomas. 0602. Hidratación. 0501. Eliminación intestinal.	Deseo de comer.	1. Gravemente comprometido.	Mantener	Aumentar
			2	5
	Reconoce el comienzo del síntoma.	2. Sustancialmente comprometido.	4	5
	Sed.	3. Moderadamente comprometido.	4	5
	Cantidad de heces en relación con la dieta.	4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	2	5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
1100. Manejo de la nutrición. 4120. Manejo de líquidos. 5820. Disminución de la ansiedad.		Cuando una persona se encuentra ansiosa con cierta frecuencia sin que parezca haber razón para ello, o cuando se tensa en exceso, entonces la ansiedad se convierte en un problema que produce sensaciones		

	<p>desagradables, entre ellas la dificultad para evacuar. El manejo ideal es que se lleve un régimen alimenticio rico en fibra para favorecer la digestión, un adecuado manejo de líquidos vía oral e intravenosos.</p> <p>Una técnica para favorecer la digestión en caso de estreñimiento consiste en colocar al paciente en decúbito dorsal y colocar crema humectante en el abdomen; posteriormente empuñar la mano dominante y humectarla. Se realizará un masaje en forma circular por todo el tracto intestinal sin detenerse hasta finalizar en el sigmoides. Lo cual favorecerá a mejorar el trayecto de las heces. Se debe realizar 10 veces al día en caso de datos de estreñimiento.</p>
EVALUACIÓN	
<p>Al llevar a cabo las intervenciones de educación para poder disminuir el riesgo de estreñimiento, Salatiel refiere mejorar respecto a la alimentación cooperando para poder ingerir los alimentos que se le otorgan el UTI.</p>	

CONTEXTO DE CONFORT: AMBIENTAL		TIPO DE CONFORT: ALIVIO		
DOMINIO 4: Actividad/Reposo		CLASE 1: Sueño/Reposo		
Diagnóstico	00198. Trastorno del patrón del sueño			
Definición	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.			
Factor relacionado	Iluminación, temperatura y ruidos de la unidad.			
Características definitorias	Cambio en el patrón del sueño, expresiones de haberse despertado.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
0004. Sueño.	401. Horas de sueño.	1. Gravemente comprometido.	Mantener 1	Aumentar 4
	404. Calidad del sueño.	2. Sustancialmente comprometido.	2	5
	419. Cama confortable.	3. Moderadamente comprometido.	4	5
	421. Dificultad para conciliar el sueño.	4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	2	5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
1850. Mejorar el sueño. 0840. Cambio de posición. 1400. Manejo del dolor. 6480. Manejo ambiental.		El sueño es esencial en nuestras vidas y no sólo por la cantidad de tiempo que dedicamos a dormir sino también por la significación que atribuimos a una noche de descanso y el efecto que el sueño tiene en nuestra salud. En el paciente oncológico causa un fuerte impacto debido a los		

	<p>síntomas que se pueden presentar por el curso propio de la enfermedad y aunado a los tratamientos a los que se someten. El dolor es un factor importante que potencializa la dificultad para dormir por eso es importante mantener al paciente en un estado sin dolor, mediante el cambio de posiciones que favorezcan al reposo y el confort, el manejo ambiental mediante la luz, la temperatura y las interrupciones que se hacen por parte del personal para las actividades que se realizan en el turno.</p> <p>El manejo de la tecnología de la cama en la UTI es de vital importancia ya que se cuenta con un sistema que cambia de posición cada determinado tiempo favoreciendo el descanso.</p>
EVALUACIÓN	
<p>Mejoro considerablemente el patrón del sueño. La valoración se dio en el turno nocturno y Salatiel podía tener sus periodos de sueño aunado a las actividades que enfermería realizáramos. Se mejoró considerablemente la dificultad y el manejo de la cama fue un apoyo importante para el confort.</p>	

CONTEXTO DE CONFORT: PSICOESPIRITUAL TIPO DE CONFORT:				
TRANQUILIDAD				
DOMINIO 1: Promoción de la salud			CLASE 2: Gestión de la salud	
Diagnóstico	00162. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud			
Definición	Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.			
Características definitorias		Deseo de manejar la enfermedad.		
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
1600. Conducta de Adhesión. 1601. Conducta de cumplimiento. 1705. Orientación sobre la salud. 1902. Control del riesgo.	160001. Pregunta cuestiones	1. Muy débil. 2. Débil. 3. Moderado. 4. Intenso. 5. Muy intenso.	Mantener	Aumentar
	160115. Busca información acreditada sobre el tratamiento.		2	5
	170501. Se centra en el bienestar.		2	5
	190201. Reconoce los factores de riesgo.		3	5
			4	5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
5510. Educación sanitaria. 4470. Ayuda en la modificación de sí mismo. 4420. Acuerdo con el paciente.		La educación es la base para que se modifiquen patrones de conductas que favorezcan la buena salud. Los hábitos sanitarios autodestructivos pueden		

<p>5602. Enseñanza: Proceso de enfermedad.</p> <p>5520. Facilitar el aprendizaje.</p> <p>5395. Mejorar la autoconfianza.</p>	<p>eliminarse con la ayuda de la modificación de las conductas a través de la información que favorecen en la toma de conciencia del hábito erróneo y adquirir hábitos saludables. La educación para la salud es un instrumento cuyo fin es conseguir que la población tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones sobre la salud y la enfermedad.</p>
--	--

EVALUACIÓN

En un principio Salatiel tenía muchas dudas respecto al motivo por el cual lo ingresaron a la UTI. Con la clarificación de sus dudas externándolas a los médicos tratantes pudo clarificar algunos aspectos. De igual manera se le brindo educación para la salud para mejorar aspectos que le estaban afectando como el autocontrol.

CONTEXTO DE CONFORT: PSICOESPIRITUAL TIPO DE CONFORT:				
TRANQUILIDAD				
DOMINIO 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.			CLASE 2: Respuestas al afrontamiento.	
Diagnóstico	00158. Disposición para mejorar el afrontamiento.			
Definición	Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.			
Características definitorias	Sentimiento de aceptación y resignación de su enfermedad.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
1300. Aceptación: Estado de salud. 1302. Afrontamiento de problemas. 2000. Calidad de vida. 1209. Motivación.	130001. Tranquilidad.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener	Aumentar
			2	5
	130201. Identifica patrones de superación eficaces.		2	5
	200008. Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida.		4	5
	120904. Obtiene el apoyo necesario.		5	5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		

<p>5420. Apoyo espiritual.</p> <p>5250. Apoyo en la toma de decisiones.</p> <p>4920. Escucha activa.</p> <p>5395. Mejora de la autoconfianza.</p>	<p>Ante un mismo suceso potencialmente estresante la gente presenta reacciones muy diversas. El afrontamiento es siempre, en alguna medida, extraer recursos de la falta de recursos, o sea, sacar fuerzas de flaqueza. Es por eso que el papel de la enfermera como apoyo espiritual es de vital importancia.</p> <p>De igual manera hay que evitar que tanto el paciente, el cuidador primario y el personal de enfermería no se encuentre en un agotamiento, ya que es mucho más difícil poder trabajar en ese estado de tensión técnicas de afrontamiento.</p>
---	--

EVALUACIÓN

Este es uno de los aspectos que en lo personal siento que más le afecto a Salatiel, debido a que es un joven que estaba iniciando su vida en la Universidad, el hecho de haber sido diagnosticado con cáncer para él fue un golpe fuerte; a pesar de las adversidades el refiere que si *Dios le presta vida y fuerza el continuara con sus estudios posterior a su internamiento.*

CONTEXTO DE CONFORT: FÍSICO		TIPO DE CONFORT: ALIVIO	
DOMINIO 4: Actividad /Reposo		CLASE 5: Autocuidado	
Diagnóstico	00182. Disposición para mejorar el autocuidado.		
Definición	Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.		
Características definitorias	Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.		
PLAN DE CUIDADOS			
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
313. Nivel de autocuidado. 0311. Preparación para el alta: vida independiente. 1600. Conducta de adhesión. 1613. Autogestión de los cuidados.	31305. Mantiene higiene personal.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido.	Mantener 2 Aumentar 5
	31107. Describe los tratamientos prescritos.	3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido.	4 5
	160001. Pregunta cuestiones.	5. No comprometido.	2 5
	161305. Evalúa los cuidados aportados por los demás.		4 5
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN	
5606. Enseñanza: individual. 6485. Manejo ambiental: Preparación del hogar.		Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son	

<p>5395. Mejora de la autoconfianza.</p> <p>7370. Planificación del alta.</p> <p>1800. Ayuda con el autocuidado.</p>	<p>inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle.¹⁵</p> <p>Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud es necesario desarrollar la autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento para favorecer el sentido y que desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar así condiciones personales en pro de la salud.</p>
EVALUACIÓN	
<p>Refiere entender la importancia de los autocuidados en casa. Refiere que en casa es totalmente independiente a excepción de los días que tiene dolores intensos.</p>	

¹⁵ Colliere MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana; 1993.

CONTEXTO DE CONFORT: PSICOESPIRITUAL		TIPO DE CONFORT:		
TRANQUILIDAD				
DOMINIO 06: Autopercepción.		CLASE 02: Autoestima.		
Diagnóstico	00153. Riesgo de baja autoestima situacional			
Definición	Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.			
Factor relacionado	Deterioro funcional, trastornos de la imagen corporal.			
PLAN DE CUIDADOS				
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
1302. Afrontamiento de problemas.	130203. Verbaliza sensación de control.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener	Aumentar
1205. Autoestima.			2	5
1614. Autonomía personal.	120501. Verbalizaciones de autoaceptación.		2	5
1200. Imagen corporal.	120005. Satisfacción con el aspecto corporal.		3	5
2006. Estado de salud personal.	200602. Nivel de movilidad.		2	4
INTERVENCIONES NIC		EJECUCIÓN		
5400. Potenciación de la autoestima.		En la consideración de la autoestima hay que tener presente que ésta es siempre una cuestión de grado y que por consiguiente puede resultar difícil establecer cuándo		

<p>5270. Apoyo emocional.</p> <p>5220. Potenciación de la imagen corporal.</p> <p>5240. Asesoramiento.</p>	<p>trabajar sobre ella para aumentarla o mejorarla. Una buena razón para la elección puede ser la de escuchar los propios sentimientos de manera honesta. Cuando una persona es capaz de sentirse bien consigo misma, encontrando la felicidad en las pequeñas cosas que la rodean y valorando éstas en su justa medida, es posible que se encuentre en un nivel saludable de autoestima. De lo contrario, una insatisfacción constante en lo que “se es” o lo que “se tiene”, unido a sentimientos dolorosos y deseos de cambio, puede ser un indicador para trabajar sobre la autoestima.</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	
<p>Durante su estancia en la UTI mejoro su estado de ánimo y la manera en la que él ve las cosas. Refiere <i>“Me siento bien anímicamente con ganas de seguir adelante y tener una pronta recuperación”</i>.</p>	

5. PLAN DE ALTA

➤ COMUNICACIÓN

En caso de que el paciente llegara a presentar alguna complicación asociada al proceso oncológico debe presentarse al servicio de “Atención Inmediata” que se encuentra en la planta baja de la Nueva Torre de Hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología.

De igual manera se le ofrece el apoyo del Centro de Apoyo para la Atención Integral (CAAI), donde podrá realizar diferentes actividades y además les ayudaran a abordar aspectos psicosociales, educativos y espirituales, también lo ayudaran a desarrollar y fortalecer sus recursos emocionales y físicos, así como sus habilidades de afrontamiento.

El objetivo de que asistan a este tipo de actividades es optimizar la calidad de vida de las personas con algún proceso oncológico.

La ubicación del CAAI: Calle Ignacio Allende SN, esquina con calzada de Tlalpan.

➤ URGENTE

Un aspecto muy importante es aprender a reconocer los síntomas que nos pueden alarmar y de esa manera acudir de urgencia al servicio de Atención Inmediata, los cuales son:

- Dolor severo que no cede ante al tratamiento farmacológico.
- Ictericia (Color amarillento en la piel, ojos, lengua, dedos, etc.-)
- Fiebre.
- Intolerancia a la vía oral.
- Nausea y vomito que no ceda al tratamiento farmacológico.
- Inflamación de las extremidades.
- Dificultad para respirar.
- Desorientación.

- Cualquier otro síntoma que aparezca de forma repentina y que comprometa el confort de la persona.

➤ **INFORMACIÓN**

El cáncer de testículo es una enfermedad por la cual se forman células malignas en los tejidos de uno o ambos testículos. Los antecedentes de salud pueden influir en el riesgo de presentar cáncer de testículo.

Entre los signos y síntomas de cáncer de testículo, se incluyen inflamación o malestar en el escroto.

Para detectar y diagnosticar el cáncer de testículo, se utilizan pruebas que examinan los testículos y la sangre.

Ciertos factores influyen en el pronóstico (probabilidad de recuperación) y las opciones de tratamiento.

Es por eso por lo que Salatiel debe de estar informado sobre las implicaciones para su vida el tener esta enfermedad.

➤ **DIETA**

Si ha bajado de peso:

- Coma varias veces al día en porciones reducidas. (5 veces al día).
- Consuma sus bebidas entre comidas en lugar de beberlas con la comida. Si las consume en los alimentos se llenará más rápidamente.
- Al comer ingiera los alimentos con alta proteína al principio, cuando tenga más apetito. Por ejemplo: Frijoles (evitar el exceso), pollo, pescado, huevo, nueces, yogurt.
- Si molesta el olor de los alimentos, intente comerlos fríos o a temperatura ambiente.
- Si existe náusea o ganas de vomitar intentar comer alimentos fríos (paletas de hielo de limón) o con sal (galletas saladas).

Si tiene diarrea:

- Procure beber abundantes líquidos durante el día, para prevenir la deshidratación.

Alimentos que puede probar:

- Alimentos ricos en fibra (para prevenir estreñimiento).
- Verduras cocidas a punto suave.
- Fruta cocida.

Alimentos que debe evitar:

- Bebidas o alimentos que causen gases como leguminosas, condimentos, bebidas gaseosas y goma de mascar.
- Alimentos fritos.
- Alimentos picantes.
- Alimentos con olores muy fuertes o con demasiada sal o condimento.
- Bebidas alcohólicas y café.

La dieta va ir en relación con el estado de tolerancia a la vía oral, si no se cuenta con síntomas que impidan el alimento se recomienda seguir su dieta normal bajo la recomendación de los alimentos que pueden provocar distensión abdominal y gases.

➤ **AMBIENTE**

En cuanto a la vida diaria, podrá seguir con sus actividades cotidianas en medida de lo posible, teniendo sus descansos durante la tarde para evitar la fatiga y el cansancio.

➤ **RECREACIÓN**

Dentro de la información se maneja la recomendación del CAAI cuando se encuentren en la Ciudad de México.

En casa se recomiendan caminatas ligeras acompañadas de un familiar en caso de debilidad.

La recreación hace del hombre un ser más humano más flexible para la toma nuevas decisiones, pueda encontrar sus posibilidades, crear y salir de los estereotipos o comportamientos que la sociedad le ha impuesto. En la recreación el hombre debe encontrar su libertad, puesto que allí se da la recreación de su ser.

➤ **MEDICAMENTOS**

El control del tratamiento farmacológico prescrito es para aliviar el dolor y para aliviar el control de la infección.

Es importante recalcar y explicar de manera adecuada la dosis exacta del medicamento, la vía en la que será ministrada, los horarios y los posibles efectos secundarios que se pueden presentar

➤ **ESPIRITUALIDAD**

Es sugerido realizar ejercicios que mejoren el estado de ánimo, la actividad que más le relaje o su hobby favorito, en medida de lo posible.

De igual manera se recomienda la musicoterapia, estudios han demostrado que ayuda a disminuir los niveles de ansiedad que una persona pueda llegar a presentar.

Algunas otras actividades recomendadas:

- Lectura.
- Ejercicios de respiración.
- Dialogo familiar.

6. SUGERENCIAS

El manejo del paciente oncológico es multidisciplinario, se requiere de trabajo en equipo para poder reunir las herramientas necesarias para lograr una atención integral y de calidad.

Es por eso por lo que dentro de mi trabajo se aportan ciertas sugerencias ya que durante el tiempo de trabajar con Salatiel, detecte que sería una buena intervención realizarlas.

Algunas de las sugerencias que podría hacer en relación con el estado de salud de Salatiel, es el manejo en conjunto con el servicio de Cuidados Paliativos. Una de las rotaciones que tuve dentro del Instituto, fue el manejo del paciente paliativo y quedé realmente sorprendida con los resultados del manejo multidisciplinario. No solo manejan el dolor, también se preocupan por el sufrimiento espiritual que los pacientes y familiares puedan llegar a sentir durante el proceso oncológico que presentan.

La calidad de vida y confort de los pacientes antes de su muerte puede ser mejorada considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos.

En las notas de Oncología Médica que se manejaron hasta la fecha actual, no se hace referencia del manejo en conjunto con Cuidados Paliativos y creo que sería una excelente opción para Salatiel, debido a que no solo le manejaran el dolor, también paliaran los síntomas que la enfermedad y los tratamientos antineoplásicos le ocasionen; estará en contacto con un personal capacitado para manejar el aspecto psicológico que está muy marcado en su vida, podrá abordarlo nutrición y llevarle un manejo especial enfocado a sus necesidades y con la intervención de todos los especialistas lograr que la calidad y el tiempo de vida de Salatiel sea el más óptimo.

7. CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo integrar los conocimientos teórico- prácticos adquiridos en el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, para realizar un proceso atención de enfermería a una persona con Tumor maligno testicular, basado en la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba.

Así se aportan herramientas para los profesionales de enfermería en el ámbito oncológico; aunque actualmente es un gran desafío.

Ante este escenario, concluimos que la continua actualización en la atención de estos pacientes ha permitido un gran avance en los resultados de sobrevida; por consiguiente, la atención de enfermería es fundamental para el manejo y la prevención de las frecuentes complicaciones que se presentan como consecuencia de los tratamientos antineoplásicos.

De igual manera se resalta la importancia del papel del profesional de enfermería en la atención integral de un paciente con afecciones oncológicas y del valor que debemos de dar a todos los ámbitos del paciente, desde el manejo de las necesidades fisiológicas hasta el manejo de las emociones y el aspecto social. Esto es importante debido a que en la persona pueden influir diferentes aspectos que repercuten directamente en su salud y que es importante tratar para poder brindar la atención necesaria.

En lo personal, el realizar este proceso atención de enfermería me dejó una gran enseñanza a pesar de que era la primera vez que yo trabajaba con un adulto joven en el área oncológica. El manejo de emociones es verdaderamente indescriptible debido a que te pones a canalizar la situación y reflexionas que si en un momento llegaras a ser tú la persona que estuviera en esa situación lo menos que esperarías sería una buena atención y un buen trato por parte del equipo de salud. Es por eso que estoy satisfecha con el trabajo que se logró por parte del personal de enfermería en ese tiempo que estuvimos en contacto en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Todo el esfuerzo que puse en este trabajo es el reflejo del mismo y estoy satisfecha con lo que se logró ya que Salatiel pudo estar más tranquilo consigo mismo y entendió ciertos puntos que le costaban analizar en referencia a su enfermedad. No haría ningún cambio en relación con lo trabajado, ya que los días que le brinde siempre lo trate como un ser humano y no como un paciente con cáncer terminal. Y ese es el punto clave de los cuidados que brindamos los profesionales de la salud, hacer las cosas con amor a tu profesión, pero sobre todo con amor a tus pacientes.

Algunas de las situaciones que me ponen un tanto temerosa, es el contexto en el que llegamos al Instituto como egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, debido a que el plan de estudios no abarca de manera más detallada el manejo integral de un paciente con afecciones oncológicas; pudiéndolo considerar como una debilidad para los recién egresados que desean entrar al ámbito oncológico. Sin embargo, el compromiso es propio de cada estudiante de pregrado, para así lograr los mejores resultados al finalizar la pasantía. Con esto concluyo que gran parte de los egresados no estamos en condiciones de atender pacientes oncológicos, sin embargo, tenemos la capacidad de desarrollar ese sentido humano y empático que hace la diferencia, esa habilidad y ese compromiso con las personas que llegan a nuestras manos para ser cuidadas.

8. GLOSARIO

C

Cáncer

Cáncer

Proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células., 1

Colangitis

Colangitis

Infección del conducto biliar., 33

Confort

Confort

Condiciones materiales que proporcionan bienestar o comodidad., 5

Cuidado

Cuidado

Preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo., 5

D

Disconfort

Disconfort

Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social., 5

E

Endostosis

Endostosis

formación ósea que llena parcialmente el conducto medular de un hueso., 34

Exostosis

Exostosis

tumor benigno del hueso que aparece como una nueva formación en la superficie de un hueso normal., 34

H

Hiperkalemia

Hiperkalemia

Aumento de el potasio sérico, por arriba de niveles de normales., 33

Hipomagnasemia

Hipomagnasemia

Disminución del magnesio por debajo de niveles normales., 33

Hiponatremia

Hiponatremia

Disminución del sodio sérico, por debajo de niveles normales., 33

I

Ictericia

Ictericia

Coloración amarillenta de la piel y las mucosas que se produce por un aumento de bilirrubina en la sangre como resultado de ciertos trastornos hepáticos., 33

N

Neutropenia

Neutropenia

Reducción del recuento de neutrófilos sanguíneos., 33

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bruce A, Thomas J, Dan L. Harrison, Manual de Oncología. México: Mc Graw Hill; 2008.
2. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Madrid España: Mosby; 1996.
3. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
4. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. 2da. Ed. La Habana;1997.
5. Saavedra J, Ramirez C, Peña G. Cáncer de testículo. Anales de Radiología, México: 2009.
6. Iyer PW, et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.
7. Verger E, Conill C, Chicote S. Valor del índice de Karnofsky como indicador del pronóstico de vida en pacientes oncológicos en fase terminal. Barcelona España: Med Clin;1993.
8. Loprinzi CL, Laurie JA, Wieand S. Prospective evaluation of prognostic variables from patient-completed questionnaires. J Clin Oncol, 1994; 12:601-607.
9. Povedo Acelas DC. Validez y confiabilidad del instrumento de confort sgcq-español de la doctora Katherine Kolcaba para personas con enfermedad crónica. Bogotá Colombia: 2015.
10. Kolcaba K. The art of comfort care. Image: Nursing Scholarship 1995;27(4):287.
11. Luis Ma.Teresa. Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica. Revisión Crítica y guía práctica. 7ª ed. Ed. Masson.1991.
12. Atkinson L, Murray ME. Proceso de atención de enfermería. 2a ed. México. El Manual Moderno; 1983.

- Revistas

13. Durán de Villalobos MM. Marco Epistemológico de la Enfermería. Revista Aquichan- ISSN 1657-S997.

14. Barbarro AA, González Barón M. Medidas de Capacidad Funcional. Valoración clínica en el paciente con cáncer.

- Artículos en línea

15. Juárez Rodríguez PA, García Campos ML. La importancia del cuidado de enfermería. [Artículo en línea]. 2009

10. ANEXOS

10.1 CÁNCER TESTICULAR

10.1.1 Epidemiología

El cáncer es responsable del 12.9% de todas las muertes en el mundo. En México en el 2007 el cáncer fue la cuarta causa de muerte en los hombres, lo que representa el 11.8% del total de defunciones en el sexo masculino.ⁱ

En el Instituto Nacional de Cancerología de México se realizó un análisis descriptivo entre 1985-1994 en el cual se encontró que el cáncer testicular representa el 8.3% de todos los tumores en hombres. De los tumores de órganos genitales en este género representa el 50%, con presentación en dos grupos de edad; un pico inicial, en hombres jóvenes y el segundo pico, décadas más tarde.¹⁶

10.1.2 Factores de Riesgo

Criptorquidia: Término referido al no descenso o descenso incompleto de uno o los dos testículos a través del canal inguinal hacia la bolsa escrotal. Este es el factor de riesgo más concretamente establecido para el desarrollo de cáncer testicular, elevando el riesgo de cuatro a ocho veces sobre hombres sin este antecedente.

Historia familiar de cáncer testicular: Bases de datos sobre estudios acerca del cáncer testicular arrojan que los hijos de padres con antecedente de cáncer testicular tienen cuatro veces más riesgo de padecerlo, y que hermanos enfermos tienen ocho veces mayor riesgo de manifestar neoplasia testicular que la población general.

Infertilidad masculina/Disgenesia gonadal: Debido al incremento de casos de cáncer testicular en los últimos 30 años, ha existido una cantidad equitativa de descenso en la fertilidad y calidad del semen. Varios estudios realizados, han demostrado que los pacientes portadores de cáncer testicular asocian mayores tasas de infertilidad que la población general.

¹⁶ Bruce A, Thomas J, Dan L. Harrison, Manual de Oncología. México: Mc Graw Hill; 2008.

Microlitiasis Testicular: Se refiere a múltiples focos hiperecoicos distribuidos difusamente por uno o ambos testículos. Su etiología es desconocida. Presenta una prevalencia de 0.6 a 6.7% en hombres asintomáticos de 18 a 35 años.

10.1.3 Fisiopatología

Las neoplasias testiculares se dividen en tumores de células germinales y de células no germinales. Los de células germinales se derivan de células espermatogénicas y constituyen el 95% de las neoplasias testiculares y son en su mayoría malignos.

Los tumores de células no germinales se originan del cordón sexual (células de Sertoli) y del estroma (células de Leydig). Estos tumores son malignos en el 10% de los casos.

Los tumores no primarios como el linfoma, leucemia y metástasis también se pueden manifestar como masas testiculares. El carcinoma in situ (neoplasia intratubular de células germinales) es el precursor de los tumores invasivos de células germinales y se encuentra en casi todos los casos de tumores testiculares de células germinales.

El carcinoma in situ llega a ser un tumor invasivo de células germinales en un periodo aproximado de cinco años. Los tumores de células germinales pueden dividirse de una manera práctica en dos grandes subgrupos basados en los hallazgos histológicos como seminomatosos y no seminomatosos. Los seminomatosos representan aproximadamente el 50% de todos los tumores de células germinales y aparecen más frecuentemente en la cuarta década de la vida, por definición se excluyen aquellos que presenten algún elemento no seminomatoso o en los que esté incrementada la alfafetoproteína. Los no seminomatosos (carcinoma embrionario, tumor del saco de Yolk, coriocarcinoma y el teratoma) se presentan más frecuentemente en la tercera década de la vida.

La mayoría de los tumores no seminomatosos incluyen diferentes tipos de células y los seminomas generalmente un solo componente celular. Cuando esto ocurre el tratamiento debe comenzar dirigido al tipo no seminomatoso, ya que éste es más agresivo clínicamente.

Se considera que el 4% de todos los tumores testiculares se originan de las células del cordón sexual y del estroma intersticial. La prevalencia en la edad pediátrica es mayor. Aproximadamente el 90% de los tumores de células no germinales son benignos; sin embargo, incluso los tumores sin características agresivas pueden metastatizar. El tumor de células de Leydig es el más frecuente de este grupo

10.1.4 Cuadro Clínico

Presentación habitual del tumor testicular es un nódulo o una tumefacción indolora de una gónada. Aproximadamente un 40% de los pacientes refieren dolor sordo o sensación de pesadez en hipogastrio, región anal o escrotal. Un 10% se enteran cuando presentan metástasis, ya sea por adenopatía, tos o disnea, algunos otros como síntomas gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos o hemorragia).

10.1.5 Métodos diagnósticos y gabinete

Estudios de Imagen

Radiografía de tórax: En primer lugar, deben realizarse proyecciones anteroposteriores y laterales.

Tomografía Axial Computarizada: Es el estudio más efectivo para detectar compromiso de ganglios linfáticos retroperitoneales. Ha venido reemplazando con el tiempo, debido a su precisión a la urografía intravenosa y linfangiografía.

Marcadores Tumorales

Alfafetoproteína: En la formación embriológica del feto, es producida por el saco vitelino, aparato digestivo e hígado. Sus concentraciones más elevadas se encuentran durante la semana 12 de gestación, y disminuyen un año después del nacimiento. Los valores normales en hombres son de menos de 40 mcg/L. Es producida por el carcinoma embrionario puro, el teratocarcionma, el tumor del saco vitelino o por la combinación de estos.

Gonadotrofina coriónica humana: En condiciones normales, es producida por el tejido trofoblástico. En los TCG, las células sincitiotrofoblásticas son las que

producen HCG, cuya vida media es de 24 a 36 horas. El rango normal para los hombres es de 0-5 UI/ml. Todos los pacientes con coriocarcinoma y más de la mitad de quienes presentan Carcinoma Embrionario elevan este marcador tumoral.

Deshidrogenasa Láctica: Es detectada en musculo liso, cardiaco, esquelético, hígado, riñón y cerebro. Sus valores normales oscilan de 105 a 333 UI/L. Es útil en detección y seguimiento de tumores de células germinales, sin embargo, deben excluirse otras entidades que estén produciendo elevación de esta enzima.

Fosfatasa alcalina: existe poca evidencia sobre su uso en detección de tumores testiculares, sin embargo, se ha demostrado que su elevación radica en casos de enfermedad avanzada. Los valores normales en hombres son de 80-306 UI/L. Dentro de los diagnósticos diferenciales, lo elevan Hepatitis, anemia, alcoholismo, enfermedades óseas, entre otros.

Con respecto a la aplicación clínica de los marcadores tumorales, del 50 a 70% de los pacientes con tumores testiculares no seminomatosos presenta niveles elevados de Alfafetoproteína.

10.1.6 Tratamiento

Tumores de células germinales: El primer paso en el tratamiento de pacientes en los que se sospecha una neoplasia testicular es la orquiectomía radical con ligadura alta del cordón espermático. Se prefiere orquiectomía inguinal como método para establecer control local de la enfermedad. El factor principal en la evolución natural de las neoplasias testiculares es el diagnóstico histológico.

Posterior a la orquiectomía podría considerarse como opción terapéutica a seguir la Radioterapia. Cuando se trata de tumores confinados a un solo testículo menores a dos centímetros se elige la cirugía conservadora. El tratamiento hacia los pacientes que presentan metástasis a distancia en principio es la quimioterapia. La disección de ganglios linfáticos retroperitoneales es una excelente opción para estadificar la extensión de los tumores testiculares y además eliminar siembras de la neoplasia,

posterior a esto, se ha demostrado que la quimioterapia aumenta la sobrevida en los pacientes afectados.¹⁷

10.2 ECOG

Desarrollada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) con el objetivo de dotar de un instrumento sencillo a los oncólogos para discriminar los pacientes susceptibles o no de recibir quimioterapia. En 1960 se publicó el primer trabajo en que se contaba con esta escala para decidir sobre la administración de tratamiento quimioterápico a pacientes con cáncer. La escala consta de cinco categorías que van desde 0, actividad normal sin limitaciones, a 5, exitus. La categorización de los pacientes se realiza de acuerdo a la limitación en la movilidad y actividades del paciente y la sintomatología del cáncer.¹⁸

El punto de corte más importante, situado entre las categorías 2 y 3 de la escala, se establece en función del tiempo de permanencia en cama del paciente durante el día, la realización o no de las actividades de autocuidado y la presencia de síntomas de la enfermedad. Así, la categoría 2 implicaría menos del 50% del tiempo en cama, posibilidad de realización de todas las actividades de autocuidado y escasa sintomatología, mientras la categoría 3 significaría más del

0	Actividad normal, sin limitaciones
1	Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico Capaz de realizar trabajos ligeros
2	Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado No puede realizar trabajos aunque sean ligeros Permanece levantado más del 50% del día
3	Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático Confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día
4	Completamente imposibilitado. Puede precisar hospitalización Encamado la mayor parte del día
5	Exitus

50% del tiempo en cama, necesidad de ayuda en las actividades de autocuidado y

17 Saavedra J, Ramirez C, Peña G. (2009). Cáncer de testículo. Anales de Radiología, México: 2009.

18 Loprinzi CL, Laurie JA, Wieand S y cols. Prospective evaluation of prognostic variables from patient-completed questionnaires. J Clin Oncol, 1994; 12:601-607.

gran carga sintomatológica de la enfermedad. La validez y fiabilidad de la escala ha sido investigada en varios estudios obteniéndose buenos resultados.

10.3 KARNOFSKY

Desarrollada por Karnofsky y Burchenal con el objetivo de evaluar los agentes quimioterápicos utilizados en el tratamiento del cáncer, fue descrita por primera vez en 1948. Poco más tarde los mismos autores publicaron el primer trabajo de investigación sobre un agente quimioterápico en el que se contaba en la evaluación con esta escala de medición de la capacidad funcional. Consta de 11 categorías de clasificación divididas por deciles desde 100, paciente asintomático con funcionalidad completamente conservada, hasta 0, exitus.¹⁹

TABLA 1: <i>Escala Funcional de Karnofsky-Índice de Karnofsky</i> (Karnofsky y Burchenal, 1949)	
Asintomático Sin evidencia de enfermedad	100
Capaz de realizar actividad normal Signos o síntomas menores de enfermedad	90
Actividad normal con esfuerzo Algunos síntomas o signos de enfermedad	80
Incapaz de realizar actividad normal o trabajar Se vale por sí mismo	70
Asistencia ocasional Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades	60
Considerable asistencia Frecuentes cuidados médicos	50
Imposibilitado Requiere cuidados especiales y asistencia	40
Gravemente imposibilitado La hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente	30
Muy enfermo. Precisa hospitalización Requiere tratamiento de soporte activo	20
Moribundo	10
Exitus	0

Para la clasificación de los pacientes se utiliza información sobre la capacidad para realizar la actividad normal en el trabajo y/o domicilio, la severidad de los síntomas

¹⁹Verger E, Conill C, Chicote S. Valor del índice de Karnofsky como indicador del pronóstico de vida en pacientes oncológicos en fase terminal. Barcelona España: Med Clin;1993.

y la necesidad de cuidados médicos y personales. La validez y fiabilidad de la escala fue estudiada por primera vez por Yates y cols. en 19802. La validez se evaluó mediante la correlación de la escala con un gran número de variables clínicas.

El IK aparecía fuertemente correlacionado con las variables más estrechamente ligadas con la funcionalidad y débil, pero todavía significativamente correlacionado, con las variables referidas al estado psicológico.

10.4 EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYTEM (ESAS)

Listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.²⁰

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

²⁰Barbarro AA, González Barón M. Medidas de Capacidad Funcional. Valoración clínica en el paciente con cáncer.

10.5 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

ANEXO B.

INSTRUMENTO GENERAL SOBRE LA COMODIDAD DE KOLCABA, 1991*

Muchas gracias por participar en esta encuesta. A continuación hay algunas afirmaciones con respecto a las cuales se espera describir su nivel actual de comodidad. Usted las puede calificar cada afirmación de 1 a 4. Por favor indíqueme su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado que le voy a leer según lo que usted sienta en este momento. Le recuerdo que 1 el menor nivel de acuerdo o un total desacuerdo y 4 el nivel más alto de acuerdo o un total acuerdo, con la afirmación

ENUNCIADOS	TOTAL ACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Existen personas a las que puede acudir si necesita ayuda.				
2. No quiere hacer ejercicio mientras está hospitalizado.				
3. Su situación actual de salud le baja el ánimo.				
4. En medio de la situación siente confianza en sí mismo.				
5. Siente que su vida vale la pena.				
6. Le satisface saber que lo quieren.				
7. El ruido no la(o) deja descansar.				
8. Siente que nadie a su alrededor lo comprende.				
9. El dolor que siente es difícil de soportar.				
10. Se siento triste cuando está solo.				
11. No le gusta este lugar.				
12. Está duro del estómago.				

13. No se siente bien de salud.				
14. Esta habitación le produce temor.				
15. Siente miedo por lo que le espera en el futuro.				
16. Está muy cansado.				
17. Está satisfecho con su vida.				
18. Esta silla(cama) la (o)lastima.				
19. La vista que tiene es relajante				
20. Extraña algunas de sus pertenencias personales.				
21. Siente que no está en el sitio adecuado.				
22. Sus amigos le recuerdan al enviarle tarjetas, visitarlo o llamándolo por teléfono.				
23. Necesita estar mejor informado sobre su salud.				
24. Siente que en esta situación no tiene muchas opciones para tomar decisiones.				
25. Esta habitación tiene un olor desagradable.				
26. Se siento en paz.				
27. Está desanimado.				
28. Le encuentra significado a la vida.				

*Las afirmaciones que se hacen dentro del instrumento fueron adaptadas para medir su comprensibilidad por Poveda, Dana. 20

ANEXO B.

INSTRUMENTO GENERAL SOBRE LA COMODIDAD DE KOLCABA, 1991*

Muchas gracias por participar en esta encuesta. A continuación hay algunas afirmaciones con respecto a las cuales se espera describir su nivel **actual** de comodidad. Usted las puede calificar cada afirmación de 1 a 4. Por favor indíqueme su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado que le voy a leer según lo que usted sienta en este momento. Le recuerdo que 1 el menor nivel de acuerdo o un total desacuerdo y 4 el nivel más alto de acuerdo o un total acuerdo, con la afirmación

ENUNCIADOS	TOTAL ACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Existen personas a las que puede acudir si necesita ayuda.	✓			
2. No quiere hacer ejercicio mientras está hospitalizado.			✓	
3. Su situación actual de salud le baja el ánimo.			✓	
4. En medio de la situación siente confianza en sí mismo.		✓		
5. Siente que su vida vale la pena.	✓			
6. Le satisface saber que lo quieren.	✓			
7. El ruido no la(o) deja descansar.			✓	
8. Siente que nadie a su alrededor lo comprende.			✓	
9. El dolor que siente es difícil de soportar.	✓			
10. Se siento triste cuando está solo.			✓	
11. No le gusta este lugar.			✓	
12. Está duro del estómago.		✓		

	Totalmente Agrado	Acuerdo	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo
13. No se siente bien de salud.	✓			
14. Esta habitación le produce temor.			✓	
15. Siente miedo por lo que le espera en el futuro.		✓		
16. Está muy cansado.	✓			
17. Está satisfecho con su vida.		✓		
18. Esta silla(cama) la (o)lastima.			✓	✓
19. La vista que tiene es relajante			✓	
20. Extraña algunas de sus pertenencias personales.	✓			
21. Siente que no está en el sitio adecuado.			✓	
22. Sus amigos le recuerdan al enviarle tarjetas, visitarlo o llamándolo por teléfono.		✓		
23. Necesita estar mejor informado sobre su salud.		✓		
24. Siente que en esta situación no tiene muchas opciones para tomar decisiones.		✓		
25. Esta habitación tiene un olor desagradable.			✓	
26. Se siento en paz.		✓		
27. Está desanimado.			✓	
28. Le encuentra significado a la vida.	✓			

*Las afirmaciones que se hacen dentro del instrumento fueron adaptadas para medir su comprensibilidad por Poveda, Dana. 20

Comentarió a cerca de tu estado de ánimo en este momento:
Me siento bien animicamente con ganas de seguir adelante
Y tener una pronta recuperación