



UAGro

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

Universidad Autónoma de Guerrero.

Facultad de Enfermería N° 2.

Especialidad en Cuidados Intensivos.

Trabajo de investigación

“Proceso de atención de enfermería en paciente con metástasis pulmonar”

Para obtener el diploma de la especialidad de enfermería en cuidados intensivos.

Presenta:

Lic. Enf. Abigail Peña Méndez.

Director: Dra. Norma Angélica Bernal Pérez Tejada

Co- Director: Mtro. Miguel Ángel Cuevas Budhart.

Revisor: Mtro. José Eduardo Torres Espino.

LGAC: Calidad de los procesos del Cuidado Intensivo al Paciente en Estado Crítico.

Acapulco de Juárez, Guerrero. Julio del 2021.

**Coordinación de posgrado e investigación
Especialidad en cuidados intensivos
Facultad de enfermería n2**



I. Índice

- I. Índice 2
- II. Introducción..... 4
- III. Justificación..... 6
- IV. Objetivos 7
 - 4.1. General. 7
 - 4.2. Específicos. 7
- V. Metodología. 8
- VI. Marco teórico 9
 - 6.1 Enfermería como profesión disciplinaria. 9
 - 6.2 El cuidado como objeto de estudio. 10
 - 6.3 Proceso de atención de enfermería..... 11
 - 6.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE..... 12
 - 6.4.1 Teórica de Jean Watson..... 12
 - 6.4.2 Teoría de los cuidados transpersonales. 15
 - 6.4.3 Elementos fundamentales de modelo utilizado 18
 - 6.5 Etapas del proceso atención de enfermería 20
 - 6.5.1 Valoración. 21
 - 6.5.2 Diagnostico. 25
 - 6.5.3 Planeación 27
 - 6.5.4 Implementación/Ejecución..... 28
 - 6.5.5 Evaluación..... 29
 - 6.6 Problemática de salud de la persona 30
 - Factores de riesgo de cáncer..... 31
 - 6.6.1 Diagnóstico y tratamiento. 34
- VII. Resumen de caso clínico..... 36
- VIII. Desarrollo del proceso atención enfermería 38
 - 8.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado..... 38
 - 8.2 Diagnostico de enfermería. 39



8.3 Planificación & Ejecución de intervenciones..... 40

IX. Resultados..... 43

X. Conclusiones..... 45

XI. Bibliografía..... 46

XIII. Anexos..... 48



II. Introducción

El establecimiento de una metástasis ocurre en una serie de eventos consecutivos denominados cascada invasión.- metástasis. A partir del tumor primario, las células comienzan la invasión local, continuando con la extravasación en vasos sanguíneos o linfáticos y tránsito a través de estas vías, la salida de las células desde estos vasos y entrada al parénquima de tejidos distantes (extravasación), concluyendo con la formación de pequeños nódulos de células cancerosas (micro metástasis) que crecen hasta desarrollar tumores macroscópicos (colonización) clínicamente detectables.

Se presenta el siguiente proceso de atención de enfermería, es el caso de un varón de 26 años, quien es afectado por metástasis pulmonar, expuesto de forma regular a productos tóxicos en su área laboral.

Se habla de los principales conceptos de Watson que incluyen los 10 factores del Cuidado y la relación entre curación transpersonal y cuidado transpersonal, el momento del cuidado, la ocasión del cuidado, las modalidades de cuidado-curación, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia del cuidado y archivos de fenómenos / conciencia unitaria.

Watson desarrolló los factores del cuidado hacia un concepto estrechamente relacionado llamado “caritas”, una palabra en latín que significa “valorar, apreciar, prestar atención especial, sino una atención afectuosa”.

Con la evolución de los factores del cuidado hacia una perspectiva ampliada y con la evolución de sus ideas y valores, Watson ofreció una traslación de los factores de cuidados originales a procesos caritas clínicos que proponían vías abiertas en las que podrían considerarse.

Se realiza entrevista a profundidad personalmente y se valora de acuerdo al mapa de cuidado de Jean Watson para obtener datos significativos y realizar un proceso atención de enfermería.

En el tiempo que se trató al paciente se lograron realizar cuidados de enfermería a través del caring a un joven con metástasis pulmonar.



Implementar un proceso de enfermería bajo esta perspectiva del cuidado transpersonal permite desarrollar una conciencia de cuidado y establecer una relación sólida de ayuda-confianza a través de los 10 procesos de cuidado del caring, lo cual facilita que el paciente con metastasis pulmonar alcance el cuidado holístico para la sanación de su persona (es decir, ser unitario: mente, cuerpo, espíritu).



III. Justificación

Según la literatura, los resultados del diagnóstico nacional y las investigaciones descriptivas revisadas, son pocos los profesionales de enfermería que han aplicado la metodología del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como una herramienta útil para el desarrollo de la práctica profesional, ya que no cuentan con un modelo práctico que se ajuste al área donde se desempeñan o a la epidemiología institucional.

Desde hace varios años, la práctica de enfermería ha ido cambiando con la aplicación del PAE como un método de prestación de cuidados, la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje y diagnósticos propios incorporando la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC) y por último la incorporación de la clasificación Nursing Outcomes Classification (NOC) que contiene criterios de resultado sensibles a la práctica de enfermería con indicadores específicos.

Derivado de las investigaciones realizadas sobre Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados, las trayectorias clínicas y otros instrumentos de gestión que actualmente están siendo instaurados en centros sanitarios como herramienta de trabajo diario; las enfermeras, que los han utilizado, refieren que el proceso concuerda con la realidad y se adapta al medio donde se utiliza.

Se destaca la importancia del PAE como una herramienta de soporte vital para la profesión, caracterizado por el enfoque humanístico que abarca no sólo los cuidados específicos de la patología, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al paciente, además de la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC y NIC como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería que permite un soporte científico, disminuye el tiempo, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo de la profesión de enfermería. (Secretaría de Salud, 2011)



IV. Objetivos

4.1. General.

Implementar un proceso de enfermería transpersonal con base en los 10 procesos de cuidado del caring de Jean Watson en un paciente con metástasis pulmonar.

4.2. Específicos.

Valorar al paciente de acuerdo a mapa de cuidado Jean Watson.

Identificar las necesidades potenciales espirituales del paciente mediante el mapa de cuidado de Jean Watson.

Analizar los datos significativos con un enfoque fenomenológico

Visualizar la teoría de Jean Watson con base en los 10 factores caritativos de cuidados (FC).

Elaborar planes de cuidados con interrelación NANDA, NOC, NIC.

Implementar intervenciones propuestas en los planes de cuidados.



V. Metodología.

Para una mejor comprensión del proceso de enfermería, este se dividió en las siguientes etapas y fases:

Valoración:

En esta etapa se realizó lo siguiente:

Se realizó una entrevista a profundidad para recabar datos relacionados con la condición de salud de nuestro paciente y se utilizó el mapa de cuidado adaptado de Jean de Watson el cual permitió organizar la información obtenida en los siguientes apartados : Fisiológico social, espiritual, (sistema de creencias y valores) y psicológicos (manejo del stres), y en rubros específicos en nutrición, eliminación y comunicación.

Después de la organización de los datos significativos obtenidos se analizaron con un enfoque fenomenológico de la experiencia con énfasis en la espiritualidad.

Para la formulación de los DX de enfermería se utilizó la taxonomía NANDA.

Intervención:

En esta etapa se llevó a cabo la planificación y ejecución de las intervenciones, para lo cual fue necesario el mapa de cuidado adaptado de Jean Watson y fue necesaria la visualización y direccionamiento de la teoría en la práctica para identificar los momentos de cuidado con base en los 10 factores caritativos de cuidados (FC) que posteriormente Watson denomina proceso caritas de cuidados (PCC), para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas.

Se elaboraron los planes de cuidados con la interrelación NANDA, NOC Y NIC.

Se implementaron las intervenciones conforme se tenía contacto con el paciente se le dio seguimiento a su caso hasta que fue referido al Nuevo Hospital General de Querétaro.

Se plasmaron resultados con base a los diez procesos de caritas de cuidado.



VI. Marco teórico

6.1 Enfermería como profesión disciplinaria.

La disciplina en enfermería está conformada por dos componentes que son importantes de mencionar como lo es la fundamentación profesional y la ciencia en enfermería haciendo hincapié que trabajar la Ciencia en Enfermería es un tema fundamental para el desarrollo de la disciplina.(Barboza & Alvarado, 2011)

Tanto las enfermeras como la enfermería tienen el desafío de crecer y mantener su base como profesionales de cuidado de la salud, a nivel mundial. Sin embargo, no puede avanzar para el cumplimiento de su mandato social sin la claridad de su base disciplinaria.

En otras palabras, la disciplina de la enfermería es diferente, pero se cruza con la evolución de la profesión de enfermería. Sin una orientación disciplinar clara y una base para guiar el desarrollo de la profesión, es fácil perder el rumbo.

La profesión de enfermería, sin la base disciplinaria para el conocimiento y la práctica, puede ser fácilmente guiada por la cultura hospitalaria y la presión para ajustarse a los puntos de vista medicalizados de la humanidad.

Todo esto dicho en el escrito “CLARIFICANDO LA DISCIPLINA DE LA ENFERMERÍA COMO FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL”, habla sobre la visión que tiene Jean Watson acerca de que la disciplina de la enfermería es lo que mantiene los valores atemporales de la enfermería, su herencia y tradiciones, y el desarrollo del conocimiento para mantener el cuidado, la humanidad y la salud para todos. Cualquier profesión que no tenga un lenguaje disciplinar específico para dar voz a su rol en la sociedad, se vuelve y permanece invisible, de hecho, podría no existir. En este punto de inflexión, todas las enfermeras del mundo están invitadas a avanzar en la enfermería como una disciplina científica distintiva del cuidado humano y en el proceso de cura-salud. O entonces retrocedemos a muy buenos profesionales técnicos, trabajando dentro de un sistema global de salud totalmente transformado.(Watson, 2017)



6.2 El cuidado como objeto de estudio.

En enfermería el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los años sesentas hasta nuestros días. Se realiza una revisión sobre el cuidado en enfermería encontrando que el uso de la palabra cuidar involucra un sentido emergente, ya que, el concepto de cuidado se ha convertido en objeto de estudio de la enfermera en los últimos años.(Hernández et al., 2011)

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir 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. (Juárez-Rodríguez & García-Campos, 2009)

El proceso de cuidar en enfermería quedaría definido como el ejercicio de las posibilidades o facultades propias de la profesión de enfermería. Significa una forma de pensar propia en torno al ser humano, a su salud, al entorno y al cuidado, y una forma de hacer condicionada por los resultados de la acción de pensar.

Los seres humanos llevamos a cabo el cuidado, para nosotros mismos y para los demás, un proceso de cuidar que se prolonga desde el nacimiento hasta la muerte y que está en continua variación.

Pero, el proceso de cuidar como acción profesional queda vinculada a las enfermeras exigiéndoles un compromiso que va más allá de la mera realización de una serie de acciones de cuidados aprendidas como parte de las costumbres culturales de un grupo humano y sin más base que la tradición.(Mena Tudela et al., 2016)



6.3 Proceso de atención de enfermería.

La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas.

Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionada con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse, sobre todo de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad.

En enfermería, en mayor o menor medida, está establecido, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del método científico, denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & Instituto Nacional de Educación en Enfermería y Obstetricia., 2013)

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.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. 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 PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. (Suárez Aurora et al., 1975)



6.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.

6.4.1 Teórica de Jean Watson.

Margaret Jean Watson, nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940, es Licenciada en Enfermería con una Maestría de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, y posteriormente realiza un Doctorado en Psicología de la Educación y Consejería. En 1979, Watson publica su primer libro: Enfermería: The philosophy and science of caring (La filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría, la que en sus palabras: “emergió desde mi inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes”.

La teoría de Jean Watson pertenece a la Escuela del Caring (cuidado). Las teóricas de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.(Izquierdo Machín, 2015)

Teoría del cuidado humano.

El cuidar es el núcleo de la profesión enfermera; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservarlo dentro de nuestra práctica, de la formación, la investigación y de la gestión de los cuidados.(Bros Serra & café con Watson, 2005)

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón el trabajo de Watson J, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención. El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

“Escala en la medición del Cuidado Humano Transpersonal basado en la Teoría de Jean Watson”, el cual presentan 6 dimensiones.



Satisfacer las necesidades.

Las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

Habilidades, técnicas de la enfermera.

Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad del enfermera.

Relación enfermera-paciente.

La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Autocuidado de la profesional.

El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud.

Aspectos espirituales del cuidado enfermero.

En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte.



Aspectos éticos del cuidado.

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. Ante lo sustentado anteriormente podemos concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud.(Guerrero-Ramírez et al., 2016)



6.4.2 Teoría de los cuidados transpersonales.

Watson estructuró los diez Factores Caritativos por el de Proceso Caritas o Proceso de Cuidar que fueron expuestos en su libro: Nursing: Human science and human care. A theory of nursing (Enfermería: ciencia y cuidados humanos. Una teoría de Enfermería)

Por lo que se asume que; Jean Watson sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de enfermería, su teoría del ejercicio profesional de la enfermería se basa en los 10 factores asistenciales. Los tres primeros son factores interdependientes que ofrecen una base filosófica a la ciencia de la asistencia, el primero de ellos hace mención a la formulación de un sistema de valores humanos altruistas; este factor puede definirse como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor.

El segundo propicia inculcar la fe y esperanza, es un incentivo para que el paciente adopte conductas saludables. El cuidado de enfermería debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura y eficiente, cuya finalidad será lograr su máximo bienestar.

Es sabido que de la nada no puede surgir nada y que lo nuevo solo puede surgir de determinadas premisas implícitas en lo viejo. Dejar a un lado el pasado es algo ingenuo e irreal. El cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás es el tercer factor mencionado por Jean Watson, resulta vital para el personal de enfermería no fusionar emociones negativas de su vida privada o de trabajo con la atención de salud que le brinda al paciente, para lograr lo anterior es imprescindible que este personal adquiera la habilidad de evaluar y manejar sus reacciones emocionales identificando las maneras adecuadas de expresarlas.

Solo quién sabe por qué se siente, cómo se siente; puede manejar sus emociones, moderarlas y ordenarlas de manera consciente. Las personas con adecuada conciencia emocional conocen sus valores, metas y se guían por ellos, han desarrollado la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro. Lo anterior sustenta el cuarto factor de la teoría de Jean Watson, al incentivar el desarrollo de una relación de ayuda – confianza. El desarrollo



de una relación ayuda –confianza entre enfermera y paciente promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz.

Jean Watson hace un señalamiento importante en su quinto factor cuando plantea: la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Lo que Jean Watson nos convoca es a comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento. Avizora que compartir los sentimientos es una experiencia riesgosa tanto para el paciente como para la enfermera.

En el sexto factor, Jean Watson hace un llamado al uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. Atributo íntimamente relacionado con la motivación por la superación constante; cualidad que cuando está presente se expresa en el deseo de estudiar y adquirir nuevos conocimientos para perfeccionar la práctica diaria.

La promoción de la enseñanza aprendizaje, permite mantener al paciente informado pero para ello, el personal de Enfermería debe actualizar periódicamente sus conocimientos para poder avanzar en el campo de la investigación y mejorar así la calidad de los cuidados en su práctica profesional, asume en este orden de ideas el primer paso para desarrollar el séptimo factor de la teoría de Jean Watson, la promoción de la enseñanza - aprendizaje.

El octavo factor de la teoría de Jean Watson a analizar, es que este personal debe reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas. Hacer una autovaloración realista, es un elemento imprescindible para un buen desarrollo de este indicador. Conocer nuestras fortalezas y debilidades, tener una visión clara de lo que se necesita mejorar y estar abiertos a nuevas experiencias se hace imprescindible para el desarrollo profesional.

La asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente como noveno factor de la teoría de Jean



Watson, es esencial a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado, al proporcionar una visión del arte del cuidado, cual fenómeno revelado, organizado, entendido e interpretado.

Como decimo factor, Jean Watson convoca a el fomento de las fuerzas existenciales – fenomenológicas, se traduce en que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión.

Se realiza en ocasiones el cuidado en dependencia de la habilidad de la enfermera para percibir y afirmar la subjetividad del otro. Este es un concepto más activo que el término respeto como manifestación de cortesía, porque se manifiesta en acciones, palabras y maneras de ser que traen a la luz la experiencia personal de la persona. Otra dimensión de este proceso es la habilidad de la enfermera para sentirse unida y cercana al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos. Para Jean Watson, la práctica del cuidado en Enfermería envuelve nutrición, creación y cultivo del potencial para ocasiones de cuidado.

En pocas palabras, confianza en uno mismo, valentía que proviene del conocimiento certero de nuestras capacidades, valores y metas. La gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención al paciente.(Izquierdo Machín, 2015)



6.4.3 Elementos fundamentales de modelo utilizado

Visualización y direccionamiento de la teoría en la práctica para identificar los momentos de cuidado con base en los 10 factores caritativos de cuidados (FC) que posteriormente Watson denomina proceso caritas de cuidados (PCC), para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas.

FACTORES CARITATIVOS DE CUIDADO (FC)	PROCESOS CARITAS DE CUIDADO (PCC)
FC1: formación humanista-altruista en un sistema de valores	PCC1: Practica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente
FC2: incorporación de la fe-esperanza	PCC2: Ser auténticamente presente, permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad
FC3: el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros	PCC3: el cultivo libre de las propias practicas espirituales y transpersonales que vaya ,más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión
FC4: el desarrollo de una relación de ayuda y confianza	PCC4: desarrollo y mantenimiento de una autentica relación de cuidado, a través de una relación de confianza
FC5: la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos	PCC5: Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida
FC6: el uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial	PCC6: el uso creativo de uno mismo, como participe en el arte de cuidar
FC7: La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal	PCC7: participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido, y que trate de mantenerse en el marco



	referencial del otro
FC8: la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural	PCC8: Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental, de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz.
FC9: la asistencia con la gratificación de necesidades humanas	PCC9: La asistencia en necesidades básicas, con cuidado consciente e intencional toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger.
FC10: el reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales	PCC10: La fenomenología, concepto que Watson define así: “ Se refiere al énfasis en la comprensión de las personas, de cómo las cosas aparecen ante ellas...La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión”

(Zavala-Pérez et al., 2014)



6.5 Etapas del proceso atención de enfermería

El proceso enfermero.

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & Instituto Nacional de Educación en Enfermería y Obstetricia., 2013)

Etapas del proceso atención de enfermería.

Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación. La Valoración constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación. El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería. (INEPEO, 2013)



6.5.1 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 dé atención al paciente.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia . Muchas enfermeras 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 que la enfermera conozca 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 implicados. Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.



- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:
 - 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, de forma sistemática.
 - 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.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial , donde deberemos de buscar :

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente .
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud .



En las valoraciones posteriores , tenemos que tener en cuenta :

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado .
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente .
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido .
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente .

En la recogida de datos necesitamos :

- Conocimientos científicos (anatomía , fisiología , etc ...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones) .
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) .
- Convicciones (ideas , creencias , etc ...)
- Capacidad creadora .
- Sentido común .
- Flexibilidad .

Tipos de datos a recoger :

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 .

Los tipos de datos :



- datos subjetivos : No se pueden medir y son propios de paciente . lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos) .
- datos objetivos : se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial) .
- datos históricos - antecedentes : 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 .(Suárez Aurora et al., 1975)



6.5.2 Diagnóstico.

Diagnóstico de enfermería: Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

El Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)



Elementos de un Diagnóstico real según NANDA:

Etiqueta: Proporciona un nombre al diagnóstico. El término real no forma parte del enunciado o etiqueta.

Definición del diagnóstico: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlos de diagnósticos similares.

Características definitorias: Las características que lo definen hacen Proceso de Atención de Enfermería (PAE), referencia a los datos clínicos (signos y síntomas).

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón relacionado con el diagnóstico enfermero (causales o asociados).

Formulación del Diagnóstico de Enfermería Formato PES.

P expresa el problema o respuesta que presenta la persona (relacionado con) E etiología o factor relacionado (manifestado por) S signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & Instituto Nacional de Educación en Enfermería y Obstetricia., 2013)



6.5.3 Planeación

Etapas de planeación del resultado esperado.

Esta etapa inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería, y consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas humanas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma.

Es así como en esta etapa del PAE, inicia el plan de cuidados de enfermería, avanzando de la ejecución a la evaluación y así sucesivamente de forma cíclica y dinámica.

Se debe recordar que el PAE cuenta con características de ser un proceso sistematizado, dinámico, interactivo y flexible, entre otras.

El plan de cuidados de enfermería (PLACE): Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello.

Clasificaciones taxonómicas de enfermería Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en inglés)

Para planear los resultados esperados, se utiliza la herramienta de clasificación NOC, con la característica de ser adaptada y adecuada a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos, localidades y unidades de salud.

Los resultados esperados determinarán la planeación de los cuidados, las acciones, intervenciones y recomendaciones que requiere la persona, la familia, el grupo o la comunidad para mejorar la salud física, biológica, psicológicas, social o espiritual.

Asimismo cada resultado planeado deberá redactarse con los siguientes elementos: la acción del verbo infinitivo, el que y el quien, indicando el objetivo y la acción a cumplir; deberá ser medible y evaluable a corto, mediano o largo plazo, luego entonces se podrá o no determinar indicadores para medir el cumplimiento de los resultados a través de escalas y puntuación diana. (Salud, 2018)



6.5.4 Implementación/Ejecución

La fase de ejecución: Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: Continuar con la recogida y valoración de datos, Realizar las actividades de enfermería, Anotar los cuidados de enfermería, Dar los informes verbales de enfermería, Mantener el plan de cuidados actualizado, el profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.(Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & Instituto Nacional de Educación en Enfermería y Obstetricia., 2013)



6.5.5 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.(INEPEO, 2013)



6.6 Problemática de salud de la persona

Cáncer.

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. Es una enfermedad tan antigua como el hombre y le ha acompañado muy probablemente desde su aparición. Según algunos informes, data de apenas unos tres o cuatro millones de años. (Garza & Paula, 2014)

«Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis». Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. (OMS, 2021)

¿Cuáles son las causas del cáncer?

El cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales en un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas alteraciones son el resultado de la interacción entre factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber:

- carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes;
- carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida), y
- carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos. La OMS mantiene una clasificación de los agentes cancerígenos a través de un órgano especializado, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC).



La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad.

Factores de riesgo de cáncer

El consumo de tabaco, el consumo de alcohol, una dieta poco saludable, la inactividad física y la contaminación del aire son factores de riesgo de cáncer (y de otras enfermedades no transmisibles).

Algunas infecciones crónicas también son factores de riesgo de cáncer; esto es especialmente problemático en los países de ingresos bajos y medianos. En el mundo, cerca del 13% de los casos de cáncer diagnosticados en 2018 se atribuyeron a infecciones, especialmente las causadas por la *Helicobacter pylori*, los papilomavirus humanos, los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y el virus de Epstein-Barr.(3)

Los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y algunos tipos de papilomavirus humanos aumentan el riesgo de contraer cáncer de hígado y cáncer de cuello uterino, respectivamente. Asimismo, la infección por el VIH aumenta considerablemente el riesgo de contraer determinados tipos de cáncer, como el cervicouterino. (OMS, 2021)



Metástasis pulmonar.

La mayor parte de las muertes asociadas a tumores sólidos se deben a la diseminación a distancia de las células tumorales y el consecuente desarrollo de metástasis. Del tumor primario, solo algunas células adquieren mutaciones que les permite desarrollar el potencial de invadir el tejido que las rodea (invasión) y posteriormente sitios distantes (metástasis).

El establecimiento de una metástasis ocurre en una serie de eventos consecutivos denominados cascada invasión.- metástasis. A partir del tumor primario, las células comienzan la invasión local, continuando con la extravasación en vasos sanguíneos o linfáticos y tránsito a través de estas vías, la salida de las células desde estos vasos y entrada al parénquima de tejidos distantes (extravasación), concluyendo con la formación de pequeños nódulos de células cancerosas (micro metástasis) que crecen hasta desarrollar tumores macroscópicos (colonización) clínicamente detectables.(Catherine Sánchez, 2013)

Signos y síntomas de la metástasis pulmonar.

Aproximadamente el 75 a 90% de los pacientes con neoplasias pulmonares secundarias se encuentran asintomáticos, por lo que su diagnóstico es incidental. Esta ausencia de manifestaciones clínicas se debe a que la mayoría de las lesiones metastásicas se localizan en la periferia del pulmón, sin ocasionar obstrucción de la vía aérea.

El retardo en el diagnóstico lleva a presentación de tos, hemoptisis, disnea, dolor torácico, sibilancias y neumotórax. Los pacientes con metástasis obstructivas suelen presentar atelectasias lobares o segmentarias.

La presencia de un nódulo pulmonar solitario en un paciente con el diagnóstico previo de malignidad, confirma el diagnóstico de cáncer; siendo primarios de pulmón el 67% de los casos y el 24% enfermedad metastásica.

La probabilidad de que un nódulo pulmonar solitario en un paciente con previo diagnóstico de malignidad extratorácica sea metastásico es del 24%, mientras que en pacientes sin malignidad conocida es del 3%.(Vanessa et al., 2003)



La mayoría de las metástasis pulmonares se ubican en el tercio basal externo, debido a que esta es la región más vascularizada del pulmón. Los pacientes con coriocarcinoma metastatizan con mayor frecuencia a las porciones apicales posteriores. Radiográficamente, existen algunas diferencias entre los cánceres primarios y metastásicos pulmonares.

En el primer caso los nódulos tienen bordes irregulares, en el segundo caso los bordes son regulares y bien circunscritos. El 87% de los nódulos mayores a 2.5 cm de diámetro son de origen metastásico además de que el 75% de las metástasis pulmonares son múltiples en contraste con las lesiones primarias que generalmente son únicas. Otras causas de múltiples lesiones nodulares incluyen: enfermedades granulomatosas y neumoconiosis.(Vanessa et al., 2003)



6.6.1 Diagnóstico y tratamiento.

Estudios de gabinete

El grado de extensión neoplásica determina el patrón radiográfico. La extensión parenquimatosa se caracteriza por un patrón radiográfico alveolar. Las calcificaciones típicamente se asocian a lesiones benignas, como los granulomas y los hamartomas y excepcionalmente se asocian con tumores del tipo del osteosarcoma, condrosarcoma, mama y ovario.

Las cavitaciones son típicas de los abscesos, aspergilomas y tuberculomas. Se encuentran con menor frecuencia en los sarcomas así como tumores testiculares, o en un nódulo de cualquier origen posterior al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico.³ La gran mayoría de las metástasis pulmonares se detectan incidentalmente con una radiografía de tórax, a pesar de que su sensibilidad es baja (48%).

Las neoplasias primarias que metastatizan primordial y tempranamente a pulmón incluyen: mama, colon, riñón, útero, próstata, coriocarcinoma, osteosarcoma, testiculares, melanoma, sarcoma de Ewing y sarcoma de Kaposi.

El estudio de elección para investigar enfermedad metastásica es la tomografía axial computada de tórax, ya que tiene la capacidad de detectar masas de hasta 2 mm de diámetro, además de diferenciar lesiones endobronquiales de lesiones parenquimatosas; finalmente demostrar involucre pleural o pericárdico. Otros estudios de utilidad son la resonancia magnética nuclear y la tomografía por emisión de positrones, este último permite diferenciar el origen primario o metastásico de un nódulo pulmonar, basándose en el metabolismo de la glucosa de dicha región.



Patología

La mejor forma de obtener el diagnóstico es a través de la biopsia o punción con aguja fina de las lesiones metastásicas.

Desde el punto de vista anatomopatológico, las neoplasias de origen desconocido se dividen en cuatro subtipos mayores:

1. adenocarcinoma bien o moderadamente diferenciado
2. carcinoma o adenocarcinoma pobremente diferenciado
3. carcinoma epidermoide
4. neoplasia indiferenciada

El diagnóstico patológico se basa en estudios tales como inmunohistoquímica, microscopia electrónica o biología molecular.

Tratamiento

Anteriormente las lesiones metastásicas pulmonares eran tratadas de manera paliativa únicamente.

Actualmente se ofrecen varias alternativas dependiendo del tipo histológico del tumor primario, así como del número y su localización.

El manejo de las metástasis pulmonares depende de varios factores, siendo los quimioterapéuticos (doxorrubicina+ciclofosfamida+cisplatino) así como la resección quirúrgica, los tratamientos de elección. Se deben de tomar en consideración los siguientes factores:

- 1) Resección completa del tumor primario
- 2) Ausencia de enfermedad extratorácica, (metástasis confinadas a pulmón)
- 3) Comorbilidad. (Vanessa et al., 2003)



VII. Resumen de caso clínico

Masculino de 26 años de edad originario de Pedro Escobedo, Querétaro, Residente del mismo municipio. Licenciatura terminada, católico, soltero, sin aislamiento.

Refiere ocupación como embalsamador.

AHF: interrogados y negados.

APNP: Niega tabaquismo, niega etilismo, niega toxicomanías, niega exposición a humo de leña.

Refiere uso de solventes y secantes por exposición laboral (uso de formol, derivados de amonio y alcohol)

APP: Exposición a solventes, niega alérgicos, traumáticos y transfusionales. Refiere litiasis renal derecha 6mm de 5 meses.

PA: Inicia su padecimiento actual a finales de Enero por exposición a sales de embalsamado y vapores de formol, refiere exposición sin uso de material y/o elementos de seguridad y protección. Primeramente inicia con epistaxis que persiste a la presión localizada nasal, se agrega tos disneica no productiva. Refiere tratamiento medicamentoso sin éxito transcurren 21 días y es revalorado por médico general indicando tratamiento y sin mejoría hasta el momento de la entrevista.

EF: Paciente consciente, reactivo, disneico, taquipneico, con isocoria pupilar, narinas permeables semihidratadas, cuello con tráquea central, tórax hiperdinamico por mecánica ventilatoria exacerbada, a la auscultación con estertor húmedo bilateral, mormullo vesicular presente, sin datos de hipoventilación,cardiológico taquicardico ,sin otros datos sugerentes de patología,abdomen semigloboso por panículo adiposo redundante sin datos de irritación peritoneal extremidades con llenado capilar inmediato.



Signos vitales:

TA: 139/100 mmhg.

FR: 40 rpm.

FC: 120 ppm.

Temp. 36.5 °C.

Glasgow: 15 puntos.

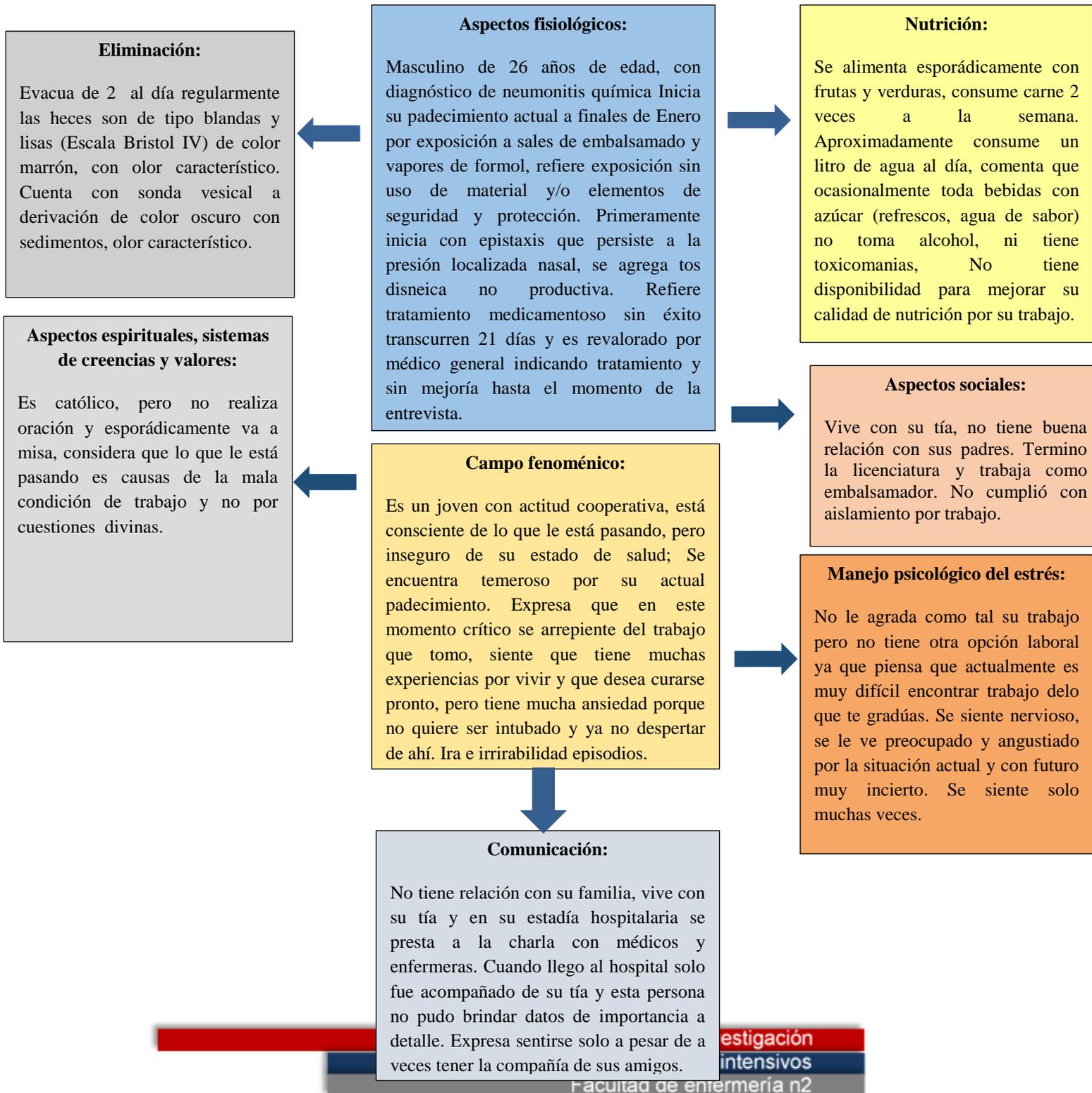
SatO2: 78% medio ambiente / 93% MR a 15ltspm.



VIII. Desarrollo del proceso atención enfermería

8.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado

MAPA DE CUIDADOS (ADAPTADO DE JEAN WATSON)





8.2 Diagnostico de enfermería.

Datos significativos.

Elemento alterado de mapa de cuidados.	Rasgos significativos.
Campo fenoménico:	Temeroso, inseguro, arrepentido, ansioso.
Manejo psicológico del estrés:	Nervioso, preocupado, angustiado, futuro incierto, solitario.
Comunicación:	Relaciones familiares fracturadas. Ira e irritabilidad.

Formulación de diagnósticos de enfermería taxonomía NANDA internacional.

* Afrontamiento ineficaz **M/P** expresiones de incapacidad para el afrontamiento **R/C** falta de confianza para afrontar la situación.

*Ansiedad ante la muerte **M/P** informes de temor a una muerte prematura **R/C** percepción de proximidad de la muerte.

*Sufrimiento espiritual **M/P** expresión de sentirse abandonado **R/C** ansiedad



8.3 Planificación & Ejecución de intervenciones.

Cuadro plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico de afrontamiento ineficaz

(Interrelación NANDA-NOC-NIC)

Diagnóstico de enfermería (DdE)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana				
Dominio 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés.	Aceptación: estado de salud (1300)	(5310) Dar esperanza	M: 6 A: 16 (130007)				
Clase 2 Respuestas de afrontamiento	Dominio Salud psicosocial (III)	Actividades: Invitar al paciente a expandir su yo espiritual. Evitar disfrazar la verdad. Facilitar el alivio de experiencias pasadas del paciente. Crear ambiente donde se facilite la práctica de su religión.	1	2	3	4	5
Código (00069)	Clase Adaptación psicosocial (N)	Mejora de la autoconfianza (5395)	(130003)				
Diagnóstico de enfermería Afrontamiento ineficaz M/P expresiones de incapacidad para el afrontamiento R/C falta de confianza para afrontar la situación.	Escala: De nunca demostrado a siempre demostrado.	Actividades: Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. Demostrar la conducta deseada.	1	2	3	4	5
	Indicadores: Expresa sentimientos sobre estado de salud (130007) Calma (130003) Expresa consideración por sí mismo positiva (130020)	Proporcionar información sobre los estados emocionales que puede experimentar durante su proceso de enfermedad.	(130020)				
			1	2	3	4	5



Cuadro plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico de ansiedad

(Interrelación NANDA-NOC-NIC)

Diagnóstico de enfermería (DdE)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana				
Dominio 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés.	Nivel de ansiedad (1211)	Manejo de la conducta(4350)	M: 4 A:8 (121105)				
Clase 2 Respuestas de afrontamiento	Dominio Salud psicosocial (III)	Actividades: Comunicar la esperanza de que el paciente mantendrá el control. Ignorar las conductas inadecuadas. Evitar discusiones con el paciente. Reducir la conducta agresiva pasiva.	1	2	3	4	5
Código (00147)	Clase Bienestar psicosocial (M)	Técnica de relajación (5880)	(121108)				
Diagnóstico de enfermería Ansiedad ante la muerte M/P informes de temor a una muerte prematura R/C percepción de proximidad de la muerte.	Escala De Grave a Ninguno. Indicadores Inquietud (121105) Irritabilidad (121108)	Actividades: Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva. Permanecer con el paciente. Reafirmar al paciente en su seguridad personal. Mantener la calma de manera deliberada.	1	2	3	4	5



Cuadro plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico de Sufrimiento espiritual

(Interrelación NANDA-NOC-NIC)

Diagnóstico de enfermería (DdE)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana
Dominio 10 Principios vitales	Salud Espiritual (2001)	Apoyo emocional(5270)	M: 4 A:8 (200101)
Clase 3 Valores /creencias/ congruencia de la acción.	Dominio Salud percibida (V)	Actividades: Comentar la experiencia emocional con el paciente. Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.	1 2 3 4 5 (200117)
Código (00066)	Clase Salud y calidad de vida (U)		
Diagnóstico de enfermería sufrimiento espiritual expresión de sentirse abandonado ansiedad	Escala De Gravemente comprometido a No comprometido	Apoyo espiritual (5420)	1 2 3 4 5
M/P R/C	Indicadores: Expresión de confianza (200101) Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias (200117)	Actividades: Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda. Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales. Tratar al individuo con dignidad y respeto	



IX. Resultados.

Los 10 procesos caritas de cuidado.

En el **PCC1** el valor que más predominó en este factor es la empatía, se pudo establecer conexión rápida ya que la edad es un dato en común enfermera – paciente, vivir en esa condición de enfermedad puede ser muy difícil, se logró establecer un vínculo de confianza.

En el **PCC2** mientras se le otorgaban intervenciones independientes se permitió el tener pequeñas charlas con el paciente para resolver la cuestión emocional este factor de cuidado fue de vital importancia, porque, aunque la paciente no lo presentaba la lucha es día a día para fortalecer esta esfera de la vida; en un trabajo colaborativo con el paciente se establecieron los planes de cuidado con diversas actividades encaminadas al fortalecimiento de la dimensión emocional.

En el **PCC3** En este factor cabe destacar que cuando se logró conectar el vínculo de la confianza se lograron indagar sobre los sentimientos actuales de la persona a nuestro cuidado, esto se dio a través de expresar por igual las emociones que como cuidadora se iban presentando durante la prestación de los servicios.

En el **PCC4** consistió en el desarrollo de una relación de ayuda y también confianza para poder establecer el cuidado transpersonal, de esta manera se logra explorar los sentimientos y emociones por las cuales estaba pasando el paciente, se logró una comunicación eficaz a pesar de su condición.

En el **PCC5** se trata de expresar los sentimientos tanto positivos como negativos, considero que existe una línea delgada en la reacción ante las expresiones de los sentimientos ya que los sentimientos personales surgieron por la empatía con el paciente, él expresaba su situación de angustia y comentaba situaciones familiares crueles lo cual lo hicieron romper en llanto y se tuvo que contener la situación con una emoción positiva al sacar recuerdos más agradables.

En el **PCC6** se hizo uso del proceso de enfermería y los planes de cuidado con la interrelación NANDANOC-NIC. Al realizar los planes de cuidados se plantearon acciones conjuntas para cumplir con el objetivo planteado y se consideró que la paciente necesitaba potencializar el



aspecto emocional ya que en la anamnesis se presentaba muy angustiado, reservado, no cooperaba tan fácil y manifestaba ligeros signos de indiferencia.

En el **PCC7** se tomó el recurso que se tenía a la mano sobre el padecimiento que estaba afrontando, se buscaron herramientas para poder enseñar a gestionar su propio cuidado en ayuda con la enfermera en turno, se le enseñaba de qué manera tenía que utilizar los recursos que estaban a la mano en ese momento para poder lograr un estado de confort y satisfacer necesidades personales.

En el **PCC8** se continuaron con los cuidados de enfermería y se resaltaban los conceptos de bienestar espiritual y mental y se cubrieron las variables externas como lo son comodidad ,privacidad ,seguridad y promoción del entorno limpio y ambiente lo más agradable posible, el paciente se encontraba en una área aislada totalmente de los otros pacientes por lo cual promover las variables externas fue mucho más fácil ,en cuanto lo interno se indago mucho más acerca de las creencias religiosas personales y de su familia para compartirlas y fomentarlas.

En el **PCC9** se logró la asistencia de las necesidades de mayor a menor rango básicas y biofísicas, logrando una atención en la medida de lo posible de calidad.

En el **PCC10** lo que se hizo es apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y adaptación de la perdida en este caso de la salud.

Enfermera: El estar cerca de un paciente joven padeciendo esta enfermedad me llevo a reflexionar acerca de la vida y me motivó muchísimo a ver diferente la vida y contribuir con mi profesión a un cuidado más humano y cercano en cuanto emociones se trata para que el trato sea de calidad espiritual

Joven Omar: Agradezco el apoyo brindado y la atención para disipar mis dudas y contener mis nervios, no sé si me falta más tiempo por estar aquí pero ojalá pase rápido y lo que tenga que pasar se lo dejaré al de arriba.



X. Conclusiones.

En el tiempo que se trató al paciente se lograron realizar cuidados de enfermería a través del caring a un joven con metástasis pulmonar. Para realizar esto se utilizaron los 10 procesos caritas de cuidado, los que fueron referidos por la teórica Jean Watson; el reconocimiento del propio ser espiritual de la enfermera fue imprescindible para abordar el plano fenomenológico de la otra persona y que esta iniciara el camino a la aceptación de la dualidad salud-enfermedad y vida-muerte, al hablar de las situaciones que pueden surgir en la vida fue aligerar la carga y la ansiedad que se estaba viviendo en el momento y en el transcurso de la estancia en el hospital y mientras estaba a mi cuidado.

Watson enfatiza en que “es posible leer, estudiar, aprender e incluso enseñar e investigar la teoría de cuidado; sin embargo, para hacerlo de verdad, se tiene que experimentar personalmente”. La teoría es una invitación y una oportunidad de actuar recíprocamente con las ideas, experimentar y crecer dentro de la filosofía humana, viviéndola en el ámbito personal y profesional.(Afanador & Ortiz, 2005)

Implementar un proceso de enfermería bajo esta perspectiva del cuidado transpersonal permite desarrollar una conciencia de cuidado y establecer una relación sólida de ayuda-confianza a través de los 10 procesos de cuidado del caring, lo cual facilita que el paciente con metástasis pulmonar alcance el cuidado holístico para la sanación de su persona (es decir, ser unitario: mente, cuerpo, espíritu).

Como idea final, citaré a Watson cuando expresa: “Enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan, pero sin la dimensión humana, esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas de salud”(Watson, 2017)



XI. Bibliografía.

- Afanador, N. P., & Ortiz, L. B. (2005). *Pinto Afanador , Natividad ; Barrera Ortiz , Lucy ; Sánchez Herrera , Beatriz Más información del artículo Sistema de Información Científica.*
- Barboza, V. V., & Alvarado, O. S. (2011). Enfermería : una disciplina social. In *Enfermería en Costa Rica* (Vol. 32, Issue 2).
- Bros Serra, M., & café con Watson, U. (2005). *Historia y fundamentos Autores: 1 Montse Guillaumet i Olives 2 Isabel Fargues i García 3 Mireia Subirana i Casacuberta > Teoría del cuidado humano > Teoría del cuidado humano* (Vol. 8, Issue 2). https://www.researchgate.net/profile/Montse_Guillaumet/publication/216704707_Teoria_del_cuidado_humano_Un_cafe_con_Watson/links/550be4de0cf28556409770dd/Teoria-del-cuidado-humano-Un-cafe-con-Watson.pdf
- Catherine Sánchez, N. (2013). *Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer.* Revista Médica Clínica Las Condes. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70659-x](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70659-x)
- Garza, J. D. la, & Paula, J. S. (2014). *El cancer.* http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf
- Guerrero-Ramírez, R., Riva, E. M.-L., De, M., & Cruz-Ruiz, L. (2016). ARTÍCULO ORIGINAL. In *Rev enferm Herediana* (Vol. 9, Issue 2).
- Hernández, M. de L. G., Becerril, L. C., Gómez, B. A., Rojas, A. M., Ortega, Y. H., & Martínez, C. S. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. In *Texto & Contexto - Enfermagem* (Vol. 20, Issue spe). <https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000500009>
- INEPEO. (2013). *Proceso atención de enfermería (PAE).* <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. In *Revista Cubana de Enfermería* (Vol. 31, Issue 3).
- Juárez-Rodríguez, P. A., & García-Campos, M. de L. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. In *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* (Vol. 17, Issue 2). www.medigraphic.org.mx
- Mena Tudela, D., González Chordá, V. M., Cervera Gasch, Á., Salas Medina, P., & Orts Cortés, M. I. (2016). Cuidados básicos de enfermería. *Cuidados Básicos de Enfermería.* <https://doi.org/10.6035/sapientia108>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, & Instituto Nacional de Educación en Enfermería y Obstetricia. (2013). *Proceso de Atención de Enfermería (PAE) - Nursing care process.* Revista Salud Pública Paraguay. <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>
- OMS. (2021). *Cáncer.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Salud, S. de. (2018). *Modelo del cuidado de enfermería.* http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- Secretaría de Salud. (2011). *Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería.*



- Suárez Aurora, C., Calderón Graciela, E., Cedeño Oliva, G., Arreguín Luisa, E., Gaona Lucia, O., Flor de Maria, T. S., Mendez Silvia, V., & Lima Dipmna, Z. (1975). El proceso de atención de enfermería. In *Revista del Colegio Nacional de Enfermeras* (Vol. 21, Issue 4).
- Vanessa, D., Booth, A., Chávez-Tapia, N. C., & Cervera, J. L. (2003). *Foro académico del residente Revisiones breves edigraphic.com Enfermedad metastásica pulmonar de cáncer primario desconocido* (Vol. 10, Issue 1).
- Watson, J. (2017). Clarifying the discipline of nursing as foundational to development of professional nursing. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>
- Zavala-Pérez, I. C., Hernández-Corrales, M. D., Olea-Gutiérrez, C. V., & Valle-Solís, M. O. (2014). Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama. In *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* (Vol. 22, Issue 3).



XIII. Anexos.

Instrumento de recolección de datos.

