



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**APLICADO A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN
CRÓNICO DEGENERATIVA Y AFECCIÓN A SISTEMA
NERVIOSO CENTRAL**

OLGA IRMA REYES MARTINEZ



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

APLICADO A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN CRÓNICO
DEGENERATIVA Y AFECCIÓN A SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

OLGA IRMA REYES MARTINEZ

No. De cuenta: 9654583-8

DIRECTORA DE TRABAJO


LIC. MARIA DEL PILAR SOSA ROSAS

Noviembre del 2000

INDICE

INTRODUCCIÓN

1.- OBJETIVOS

2.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

3.- MARCO TEORICO

3.1 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA DESDE EL PUNTO
DE VISTA DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

3.2 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE)

3.2.1 Concepto

3.2.2 Fases

A) Valoración

B) Diagnósticos

C) Ejecución

D) Evaluación

3.3 CANCER DE MAMA

3.3.1 Concepto

3.3.2 Epidemiología

3.3.3 Fisiopatología

3.3.4 Diagnostico y tratamiento

3.3.5 Complicaciones

3.4 PACIENTE TERMINAL Y MUERTE

4.-VALORACION CLINICA DE ENFERMERIA

5.-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Diagnostico de enfermería
- Objetivo
- Intervenciones de enfermería
- Fundamentación de las intervenciones
- Evaluación del plan

6.- EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONCLUSIONES

GLOSARIO

ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad crónico degenerativa que en el País de México ocupa el segundo lugar en cuanto a morbilidad y el primer lugar en cuanto a mortalidad (INCan 2000), lo que despierta un gran interés con este tipo de padecimiento. En esta ocasión se eligió una paciente con cáncer de mama, metástasis a cerebro y complicaciones.

Para un mejor desarrollo de este trabajo se ha dividido en diversos puntos.

En primer lugar y de gran importancia se hace necesario enunciar los objetivos.

En segundo lugar, está la metodología de trabajo que procede a dar los métodos empleados para la realización de este escrito.

En tercer lugar está ubicado el marco teórico que incluye: Textos básicos del proceso de atención de enfermería en cuanto a concepto y fases además de puntos importantes de cáncer de mama enfocados única y exclusivamente al caso con que cursa la paciente que se considera para este proceso.

El cuarto punto es la valoración clínica de enfermería que habla a cerca de la presentación del caso a tratar.

Más adelante está el plan de atención de enfermería que incluye el diagnóstico de enfermería, objetivos, intervención de enfermería, fundamentación de la intervención y evaluación.

Un siguiente punto es la evaluación del proceso de atención de enfermería.

Por último se ubican las conclusiones, sugerencias, glosario de términos, anexos y referencias bibliográficas.

1.- OBJETIVOS

Realizar un Proceso de Atención de Enfermería que permita analizar los principales aspectos de una paciente con alteración crónico degenerativa en glándula mamaria derecha y afección a sistema nervioso central.

Identificar los problemas reales y potenciales de la paciente por medio de la valoración de las 14 necesidades básicas propuestas por el modelo conceptual de Virginia Hénderson para poder aplicar un plan de atención acorde a las necesidades de la paciente.

Estructurar un plan de atención que permita seguir de guía para proporcionar una atención de calidad a la paciente seleccionada.

Valorar si el modelo de Virginia Hénderson es aplicable en su totalidad a los pacientes con alteración crónico degenerativa, en el caso de cáncer de mama en fase terminal.

2.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para la realización del Proceso de Atención de Enfermería se toma en cuenta la revisión bibliográfica con la elaboración de fichas de trabajo para la comprensión de la patología y de la forma de desarrollo del proceso de atención de enfermería.

Se eligió una paciente con alteración crónico degenerativa en glandula mamaria derecha y afección a sistema nervioso central del Instituto Nacional de Cancerología del segundo piso de hospitalización.

La obtención de los datos fue a través de la valoración clínica de enfermería empleando la observación, entrevista, valoración física, análisis y descripción.

3.- MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL MODELO DE VIRGINIA HÉNDERSON

En la actualidad una de las personas que más se consideran dentro del campo de la enfermería es Virginia Hénderson por su gran labor dentro de esta disciplina ya que ha fomentado la docencia y la investigación ampliamente, compactando diversos conocimientos en un modelo conceptual el cual posee como principal componente las 14 necesidades básicas del individuo.

Para Hénderson la enfermería es la función de asistir al individuo sano o enfermo en la realización de actividades (o en su defecto a la muerte pacífica), que este realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, y hacerlo de tal manera que se le ayude a adquirir independencia a la mayor brevedad posible (Hénderson 1994).

Lo anteriormente mencionado es basado en diversos supuestos tales como la salud, el entorno, la persona y las necesidades.

En un momento dado se dice que la persona posee salud óptima cuando puede satisfacer sus necesidades por sí sola y no requiere ayuda alguna, además de que su entorno influye positivamente en ella, pero cabe resaltar que este estado óptimo puede deteriorarse de acuerdo a la modificación de algunos factores.

Un aspecto importante dentro del modelo de Virginia Hénderson es la manera en que se consideran las relaciones de enfermera-paciente, enfermera-médico y enfermera-equipo de salud.

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE:

En la relación enfermera-paciente hay tres niveles, el primer nivel es el de la enfermera como sustituto del paciente , que se da en el caso de una enfermedad grave en que el individuo es totalmente dependiente para la satisfacción de cualquier necesidad que posea en determinado momento; el segundo nivel es el de la enfermera como ayuda para el paciente que se da cuando el individuo es capaz de cubrir parcialmente sus necesidades; el tercer nivel es el de la enfermera como compañera del paciente que en condiciones de convalecencia ayuda al paciente a recuperar su independencia.

RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO:

Esta relación se da en el aspecto de que la enfermera sigue cierta prescripción médica pero con su propio plan de cuidados.

RELACIÓN ENFERMERA-EQUIPO DE SALUD:

Este punto se puede describir como una interdependencia de enfermería con otros profesionales de la salud, puesto que trabajan en conjunto para sacar adelante íntegramente el programa de cuidados, aunque cabe mencionar que uno no debe de sacar el trabajo del otro. Hénderson indica que dentro del equipo de salud se debe de incluir a la paciente y a sus familiares, porque ellos contribuyen en gran medida a la recuperación del mismo paciente.

Hasta ahora se ha hablado de diversos aspectos, pero en un principio se hablo de que el principal componente del postulado de Virginia Hénderson es el empleo de las 14 necesidades básicas del individuo, que se enuncian a continuación (Marriner, 1994):

- 1.- Respirar normalmente (oxigenación).

- 2.- Comer y beber adecuadamente (nutrición e hidratación).

3.- Eliminar los residuos corporales.

4.- Moverse y mantener una postura conveniente.

5.- Dormir y descansar.

6.- Seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.

7.- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de límites normales, adaptando la ropa y modificando el ambiente.

8.- Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado además de proteger el tejido cutáneo.

9.- Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.

10.- Comunicarse con otros para expresar emociones, temores u opiniones.

11.- Rendir culto de acuerdo a la propia fe.

12.- Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro.

13.- Jugar o participar en diversas actividades recreativas.

14.- Aprender a conocer o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal de la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Se dice que cada una de las necesidades está estrechamente relacionada con el aspecto biológico, psicológico, sociológico, cultural y espiritual; por la misma naturaleza de la persona no se puede aislar ninguno de estos aspectos,

puesto que el individuo vive en sociedad, motivo por el que posee cultura, además de poseer vida y mente, trayendo implícito el espíritu.

De acuerdo al grado de dependencia de una persona tomando en cuenta sus necesidades, es como se procede a estructurar un plan de cuidados de enfermería, dándose a su vez la relación de enfermera-paciente.

3.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

3.2.1 Concepto

El Proceso de Atención de Enfermería es una forma sistemática y racional para facilitar los cuidados. Ofrece un marco conceptual para la planificación y actuación de enfermería y ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener

presente el aspecto humano de su profesión. Este método establece técnicas y conocimientos específicos (Carpenito, 1994).

El proceso de atención de enfermería es el cimiento y la capacidad constante que ha caracterizado a la enfermera desde el inicio de la profesión, con el tiempo dicho proceso ha ido evolucionando, y por lo tanto ha adquirido mayor claridad y precisión. El Proceso de Atención de Enfermería toma en cuenta aspectos como el biológico, psicológico, sociológico, cultural y espiritual.

3.2.2 Fases

A continuación se expone brevemente una retroalimentación de los pasos o componentes del Proceso de Atención de Enfermería.

A) VALORACIÓN

Es la recolección y la organización de los datos que conciernen al Paciente, estos se obtienen de varias fuentes (paciente, familiar, historia clínica, valoración física, además en este caso se incluye la valoración de las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Hénderson). Esta etapa o fase da la pauta para la actuación y decisiones requeridas en los demás estadios.

Cabe mencionar que desde que se comienza en Proceso de Atención de Enfermería hasta que se termina existe la recolección de datos, tomando en cuenta que hay algunas cosas que no se modifican, como la ficha de identificación, antecedentes personales patológicos y no patológicos, pero hay datos que varían constantemente como es el caso del estado físico y condición psicosocial.

B) DIAGNÓSTICO

Es un proceso de análisis de datos e identificación de necesidades, es decir, en esta fase se examina la información obtenida en la valoración, detectando aquello que requiere el paciente, estableciendo así los problemas reales y potenciales que entran en la competencia de enfermería.

El diagnóstico posee tres componentes conocidos con el nombre de formato PES (problema, etiología, signos y síntomas), (Taptich, 1992).

- Problema: Se determina dependiendo de los hallazgos obtenidos en la valoración de las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Hénderon.
- Etiología: Es la causa del problema, o bien, factores relacionados con el mismo.

- Signos y síntomas: Es la manifestación del problema.

Para que estos tres componentes cursen con lógica en el diagnóstico se emplean conectores quedando la estructura de la siguiente manera:

PROBLEMA relacionado con ETIOLOGÍA manifestado por SIGNOS Y SÍNTOMAS.

C) EJECUCIÓN

En esta fase se realizan las intervenciones de acuerdo al llamado plan de cuidados en el cual entran los diagnósticos de enfermería, objetivos, intervenciones de enfermería, fundamentación de las intervenciones y evaluación del plan de cuidados.

La ejecución es la fase en que radica el ¿por qué?, del Proceso de Atención de Enfermería, puesto que aquí es donde se trabaja directamente con el individuo y se puede observar si realmente vale la pena todo el proceso; cada una de las fases es indispensable para llegar a la ejecución.

D) EVALUACIÓN

Es la etapa final del Proceso de Atención de Enfermería, consiste en dar un resultado a cerca de los logros obtenidos conforme a los objetivos planteados en el proceso.

3.3 CANCER DE MAMA

3.3.1 Concepto

El cáncer de mama es una enfermedad crónico degenerativa que afecta a la glándula mamaria, se dice que es una neoplasia que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido vecino abarcando los músculos pectorales mayor y menor, las costillas y músculos intercostales. Otra característica de este cáncer es metastatizar a distancia, comúnmente en pulmones, hígado, sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), hueso (vértebras y cráneo), ganglios linfáticos (axilares, supraclaviculares o del abdomen) (Terán, 1995).

3.2.2 EPIDEMIOLOGIA

A través del tiempo se ha demostrado que cualquier cosa capaz de alterar la proliferación de grupos celulares provoca un estado de mutación (cáncer).

El cáncer aumenta su frecuencia en la segunda mitad de la vida, generalmente de los 45 años en adelante, este hecho va estrechamente ligado

con el tiempo que necesitan los factores cancerígenos para acumularse y producir el trastorno celular que estimulara la producción atípica de células.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en la población a nivel mundial, que aparentemente ha ido aumentando, pero en realidad no se sabe si efectivamente se ha dado un aumento de casos o simplemente se deba a que han ido disminuyendo otras causas de muerte, (San Martín, 1992).

El cáncer es un problema de gran importancia debido a que es una enfermedad crónica que incapacita a muchos adultos en etapa laboral dando como resultado una afección importante en el aspecto económico de un país, ya que al disminuir la producción, por lógica también se reducen los ingresos económicos.

En cuanto al cáncer de mama, es bien sabido que en esta patología no hay algo específico que se pueda enunciar como etiológico, pero existen diversos factores de riesgo entre los que se incluye la edad, sexo, tabaquismo, virus,

etc., además de que cada día se van descubriendo más factores relacionados (ver anexo 6).

Se ha demostrado que de manera general el cáncer en la República mexicana ocupa el segundo lugar en cuanto a mortalidad, ya que va precedido por las cardiopatías. En particular el cáncer de mama dentro de los diferentes tipos de cáncer ocupa el primer lugar en mortalidad y el segundo lugar en morbilidad (INCan, 2000), (ver anexo 7).

3.3.3 FISIOPATOLOGIA

Existe una gran diversidad de tipos de cáncer el cual es provocado por la contribución de diversos factores predisponentes (ver anexo 6), ya que hasta el momento no se ha descubierto una etiología específica.

En particular el cáncer de mama tiene varios subtipos (ver anexo 1), pero el que interesa en este caso es el de tipo ductal infiltrante por ser con el que cursa la paciente en estudio, por lo cual se procederá a describir este, tratando de aproximar la información al caso particular de la paciente.

El cáncer ductal infiltrante se origina en las células de los conductos mamarios más pequeños y crece hacia su luz con invasión posterior hacia los espacios periductales, este es ocasionado por un tumor de límites imprecisos, de tamaño variable, de consistencia fibrosa y de color amarillo (Dardo, 1988).

En un principio es una masa indolora, movable, aislada, la cual va aumentando su tamaño paulatinamente, se infiltra hacia la fascia profunda que cubre el músculo pectoral mayor, momento en el cual se palpa la masa fijada y profundizada, además de mostrarse un desplazamiento superior de la mama, el cual constituye un signo clínico de enfermedad maligna avanzada de la glándula mamaria. Posteriormente se invade el pectoral menor, llegando la afección hasta los músculos intercostales.

En cuanto al mismo tejido de la mama, al momento de invadir los ligamentos suspensorios de Cooper (ver anexo 4), se da una retracción de los mismos provocándose depresiones u hoyuelos, además de engrosarse la piel suprayacente dando el llamado signo de piel en cáscara de naranja.

Se hace necesario mencionar que las células cancerosas son de crecimiento acelerado, además de que son muy sensibles y mueren fácilmente, por tal motivo se llega a dar la presencia de necrosis del tejido de la mama invadida, posteriormente la ulceración del tejido y por último la formación de llagas que llegaron a un estado de infección importante.

Un síntoma que se da comúnmente es el dolor que aparece causando ya se aproximan las ultimas etapas del cáncer (ver anexo 2), pero es probable que pueda haber dolor antes, se piensa que este es el síntoma que obliga a la mujer afectada a asistir al médico, lo que da como consecuencia que en un gran número de casos no haya otra opción mas que el tratamiento paliativo, tal como se presento en la paciente de quien se habla en este proceso.

Una de las características del cáncer de mama es la presencia de metástasis, porque como estas células tumorales no están encapsuladas se diseminan hacia localizaciones distantes del organismo valiéndose de la vía linfática o hemática, y en algunos de los casos de ambas depositándose en lugares a los que tienen afinidad como huesos de la columna y cráneo, pulmón, hígado o en el propio sistema nervioso central (GEOFREY, 1993). En la paciente la metástasis se depositó en la región frontal provocando la aparición de crisis convulsivas tónico-clónicas, ya que al haber una afección de este tipo, se altera seriamente el impulso eléctrico interneuronal.

Por lo anteriormente mencionado cabe hacer hincapié en que la mayor parte de los tumores deben de alcanzar por lo menos 1 cm., de diámetro para que se produzca la metástasis, además de contener bastantes células con propiedades metastásicas (Dardo, 1988), (ver anexo 3), que las células se liberen en cantidad suficiente y crezcan rápidamente hasta alcanzar 1 cm., de diámetro.

El tipo de afección crónica degenerativa está clasificada en la etapa patológica número 4 porque el tumor primario afecta piel, está fijado a la pared torácica hay afección de ganglios linfáticos además de poseer metástasis a sistema nervioso central, es decir, es un cáncer de mama en fase terminal (ver anexo 2).

3.3.4 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Existen diversos métodos diagnósticos, como el examen mamario, mamograma, ultrasonografía, termografía, diafanografía, biopsia, etc., pero los que se emplearon con la paciente fueron la biopsia y la ultrasonografía, cabe mencionar que se empleo la tomografía para la comprobación de la metástasis cerebral.

La ultrasonografía es un método indoloro y no invasivo para detectar anormalidades mamarias. Puede distinguir quistes de masas sólidas, pero no se puede diferenciar entre células malignas y no malignas, se usa sobre todo para determinar la localización de los quistes que se van a aspirar con aguja (Mc Pee, 1995).

La biopsia es un método definitivo de una masa sospechosa, puede ser biopsia excisional (con aguja) o incisional (quirúrgica).

En una aspiración con aguja fina se inserta una aguja en la masa para retirar células o líquido quístico para un examen microscópico (Olds, 1995).

La biopsia quirúrgica consiste en extraer una parte del tumor para evaluarlo, esta tiene ventaja sobre la biopsia excisional porque aquí se puede determinar la etapa del cáncer y por lo tanto su extensión (Olds, 1995).

En cuanto a la tomografía, se sabe que esta técnica radiológica se emplea para identificar lesiones ocupantes de espacio en hígado, páncreas, vesícula biliar, pero en este caso específicamente de cerebro que es donde se encontró la lesión. Con esta técnica se produce una película que presenta una sección de corte detallada de una estructura tisular a una profundidad predeterminada (Terán, 1995).

TRATAMIENTO

El tratamiento pretende conservar la mayor parte de tiempo posible la vida del paciente afectado, tratando de conservar la mayor estética posible de la persona .

El tratamiento actúa a medida de lo permisible en cada caso, esto es curando, paliando, o bien, previniendo.

En el caso del cáncer, generalmente se procede a una cirugía, quimioterapia (antineoplásicos), radioterapia (radiaciones) o farmacoterapia (cualquier medicamento aparte de los antineoplásicos).

A la paciente se le da un tratamiento paliativo, ya que desafortunadamente llegó al Instituto Nacional de Cancerología en una fase terminal de cáncer y con diversas complicaciones.

Por lo anteriormente mencionado se le proporcionó radioterapia y farmacoterapia.

La radioterapia es un tratamiento locorregional a base de radiaciones ionizantes (por medio de fuente natural como el cobalto 60 o artificial como los rayos X). Este tratamiento es eficaz para dañar y evitar la reproducción celular, siendo las células cancerosas las más susceptibles a ella.

La radioterapia pretende que la neoplasia sea radiosensible, es decir que el tumor pueda responder disminuyendo su crecimiento y dando muerte a las células malignas. Por tal razón es paliativo en este caso, ya que al disminuir el tamaño del tumor , se disminuyen las molestias y el dolor causado por el mismo, ya que cuando un tumor crece demasiado suele invadir, afectar y lesionar el tejido circundante provocando dolor (Dardo, 1988).

La radioterapia se presenta en dos modalidades que son la teleterapia y la braquiterapia.

A la paciente se le proporciono teleterapia , la cual es la aplicación de radiación a distancia colocándose en áreas específicas del cuerpo (afectadas).

La teleterapia se puede aplicar por fuentes de rayos X de baja energía para tratar tumores de piel u otros padecimientos superficiales, existen unidades de cobalto con las cuales se tratan tumores profundos (como la afección presentada por la paciente). (Terán, 1995)

Es bueno mencionar que las radiaciones actúan entrando en contacto con las células cancerosas provocando el rompimiento de enlaces químicos y efectuando así cambios bioquímicos necesarios para destruir las células malignas.

Como todo tratamiento debe de existir una dosificación, la cual se mide en Grays (Gy), por lo tanto las dosis se prescriben en centigrays (cGy); entonces si se contempla el aspecto de la paliación, se establece que las dosis aplicadas son de 180 a 200 cGy por día.

La radioterapia al igual que cualquier tratamiento, puede ocasionar complicaciones, estas pueden ser tempranas o tardías.

Cada reacción provocada por la radioterapia se relaciona estrechamente con el tejido u órgano irradiado. Una de las complicaciones más comunes es la dermatitis y la quemadura en piel que se da principalmente cuando hay

sobredosis, ya que la piel es la primera que recibe la radiación por ser la más superficial, además se sabe que a este sitio llega con mayor intensidad.

Cuando es irradiada la cabeza, las reacciones tempranas más comunes son la disminución de la salivación que a su vez trae como consecuencia la xerostomía, y también suele presentarse la mucositis (Wilson, 1994).

Las reacciones tardías más frecuentes suelen presentarse de seis meses a un año, que generalmente es después de completarse el tratamiento; estas reacciones son la leucopenia que favorece la presencia de infecciones y la alopecia entre otras, cabe mencionar nuevamente que según el órgano irradiado es la reacción. En esta ocasión solo se mencionan las cosas relacionadas con el caso de la paciente Afortunadamente solo se observó la disminución de la salivación en la paciente.

3.3.5 COMPLICACIONES

Hay gran diversidad de complicaciones en este tipo de cáncer, pero en esta ocasión se consideran solo las específicas de la paciente en estudio, tal como la metástasis cerebral e infección.

La metástasis cerebral se dio a raíz del tumor primario que es el de mama derecha , dicho tumor dejo libre la célula metastásica (ver anexo 3) que viajo hasta el sistema nervioso central implantándose en el lóbulo frontal, pero es de gran importancia mencionar que una vez allí, los tumores malignos crecen con mayor rapidez y agresividad, además se muestra como una masa sólida, bien delimitada que produce áreas extensas de edema en el tejido cerebral que lo rodea, provocando cefalea, nauseas, emesis, letargia y desorientación, principalmente dificultad para hablar por estar afectada el área motora del lenguaje ubicada en la región frontal (Moore, 1993).

Lo más alarmante que se presenta por la metástasis cerebral son las crisis convulsivas tónico clónicas.

Las crisis convulsivas tónico clónicas se presentan por haber descargas interneuronales que se dan cuando en la región afectada las neuronas son activadas en una forma sincrónica provocando la aparición de ondas más graves y agudas de lo normal, cuando la hipersincronía es diseminada a todo el cerebro durante varios segundos sobrevienen las crisis convulsivas.

Otra complicación muy importante es la infección que presenta la paciente en vías respiratorias probablemente porque cuando ingreso al instituto tubo que ser intubada y por la constante aspiración de secreciones, ya que es bien sabido que estas son unas fuentes de infección de gran importancia por la ser métodos invasivos, además de que este tipo de pacientes cursan con una baja de defensas muy importante por el tipo de tratamiento y la deficiente alimentación.

Aparte de la infección de vías respiratorias esta infección presente en la glándula mamaria derecha por la necrosis y ulceración que afectaron la integridad de la piel dejando la entrada libre a los microorganismos patógenos.

Otras infecciones comunes son la septicemia y bacteriemia por catéter venoso central o periférico. Afortunadamente la persona de quien se habla no presento ninguna de estas infecciones.

3.3 PACIENTE TERMINAL Y MUERTE

Aunque la paciente de quien se habla en este Proceso de Atención de Enfermería no llego a fallecer, es importante abarcar un breve escrito acerca del paciente en fase terminal, para esto se agrega el aspecto de la muerte, ya que van estrechamente ligados por el duelo y disminución de las funciones que llegan al cese de las mismas. Uno de los aspectos que preocupan de manera importante al personal de enfermería en el caso de los pacientes terminales es el momento en que pueda sobrevenir la muerte, por lo que se debe de conocer que aspectos se presentan en este periodo, sobre todo para comprender a la persona afectada y ayudarla a superar las etapas del duelo a medida de lo posible, ya que este es un paso muy difícil e incluso amargo para muchas personas, probablemente esto se deba a la angustia de saber que pasara con los familiares que se quedan,

principalmente los hijos, o bien, “el miedo a lo desconocido y no experimentado”(Antología de Psicología evolutiva, ENEO-UNAM 1996).

En este caso existe el duelo, que es un proceso psicológico de reacción activado por una persona para ayudarlo a conseguir reponerse de una pérdida personal importante que ya se presentó o que está próxima (Terán 1995). El duelo suele presentarse en el paciente (cuando el duelo es próximo), en los familiares y en el personal de salud que está en contacto estrecho con la persona afectada.

Como en todo proceso, el duelo está previsto de fases y son: la negación, ira o enojo, regateo o negociación, depresión y por último aceptación (Wieck 1995).

La negación es un mecanismo de defensa de una persona en el que se rechaza el hecho de que la muerte está cercana, todo esto es con el fin de disminuir la tensión emocional y la angustia de lo que se está pasando.

La ira es la segunda fase del duelo, que se caracteriza por la furia, indignación u hostilidad extremas hacia sí mismo y hacia los demás, es decir, que es el momento de mayor agresividad por parte de la persona afectada hacia las personas que la rodean.

La negociación o regateo es en donde la persona afectada por el duelo busca posibles soluciones, es el caso que se da cuando la persona se somete a varios tratamientos tanto médicos como naturistas e incluso remedios caseros para evitar que el hecho lamentable se presente, en algunos casos pretenden hacer un trato con Dios a cambio de más tiempo de vida.

La siguiente fase es la depresión en donde el individuo siente lástima por sí mismo, además de tristeza, desánimo y melancolía (Terán 1995).

La fase final es la fase de aceptación, cuando la muerte se acepta como inevitable, sabiendo que no hay nada más que hacer. En cuanto al paciente

se observa la resignación y en cuanto a los familiares y enfermeras se deba presentar cuidado y cariño especial al paciente terminal.

Es necesario mencionar que las etapas del duelo en ocasiones se llevan en el orden mencionado, pero otras veces se presentan unas y otras no, o bien, hay regresión en las etapas.

Pasando un poco al aspecto biológico se puede decir que el paciente con cáncer terminal va siendo afectado en gran medida por alteraciones secundarias como mal funcionamiento en tejidos y órganos provocado por el crecimiento desmedido de las células cancerosas, y la desnutrición por el gran consumo de nutrientes que requiere el tumor para poder crecer dejando al organismo sin reservas y tomando más de lo que debe del resto del organismo, todo esto aunado a que la persona se muestra inapetente, probablemente por el duelo al que está sometido o al temor de las reacciones de su organismo como las náuseas y emesis.

Cuando se tiene un paciente en fase terminal se debe estar muy alerta, porque en cualquier momento puede sobrevenir la muerte, para esto se debe conocer el concepto de muerte y los signos clínicos de muerte inminente.

La muerte es el cese de la vida indicado por el cese de latido cardiaco , respiración y sistema nervioso central (Terán 1995).

Los signos clínicos de muerte inminente son los siguientes: los reflejos desaparecen gradualmente, las respiraciones se hacen aceleradas y difíciles, la piel se siente fría y pegajosa, cambia la temperatura corporal, disminuye la presión arterial, la frecuencia del pulso aumenta y se hace débil, las pupilas se dilatan y quedan fijas, hay deterioro de las capacidades físicas y mentales, y no hay reflejo corneal (Wieck 1995).

La muerte es un paso importante el cual se considera dependiendo de la cultura y las creencias religiosas. En algunas religiones la muerte es el

paso a la verdadera vida como es el caso del cristianismo, en otras creencias la muerte es el fin de todo (según los judíos), dando lugar este último punto de vista a lo que decía el filósofo Epicuro: “Mientras vivimos, la muerte no existe; cuando morimos, nosotros no existimos”.

Lo cierto de esto es que todo ser viviente tiene que morir algún día cumpliendo con los designios de la naturaleza; nacer, crecer, reproducirse y morir.

4.- VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

En esta sección se habla a cerca del caso a tratar, empleando para ello la encuesta a familiares (la paciente no podía responder por su estado), el expediente clínico y valoración física d cabeza a pies.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Aquino Pineda Concepción	Sexo: Femenino
Edad: 33 años	Ocupación: Comerciante ambulante
Religión: Católica	No. Expediente: 992088
Estado civil: Casada	Teléfono: 56004283
Dirección: Frente 6, sección J, departamento. A, No. 104, colonia Chinampac de Juárez, Delegación Iztapalapa.-	
Familiar responsable: Valencia López Felipe Valentín (espos)	

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Preguntados y negados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Paciente femenino de 33 años, originaria se San Francisco Ixtahuatan Oaxaca , reside en el Distrito Federal desde hace 26 años.

Vivienda rentada de mampostería, con todos los servicios en zona urbana.

Primaria terminada.

Menarca a los 12 años, menstruación 30 x 3, 3 gestas, 2 paras, 1 aborto.

Hábitos alimenticios: Carne 1/7, leche y productos lácteos 7/7, verduras y frutas 2/7, pan y cereales 7/7.

Tabaquismo positivo (siete cigarros por día).

Alcoholismo positivo (dos veces por mes aproximadamente).

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Quirúrgicos negados, alergias negadas , exantemáticas negadas; es paciente del Instituto Nacional de Cancerología desde 1999 por cáncer de mama, resto negados.

EXPLORACIÓN FÍSICA

CABEZA

Cara y cráneo simétrico y sin protuberancias, cabello escaso negro y con resequeidad acentuada, piel deshidratada y sin datos de lesión.

Párpados con edema, pupilas isocóricas, normorreflexicas, oídos sin alteración aparente.

Nariz sin deformaciones ni secreciones.

Boca con palidez labial, dientes completos y -en buenas condiciones, con mucosa oral reseca, se observa secreción mucosa por faringe, lengua sin alteraciones, amígdalas ligeramente crecidas e irritadas.

CUELLO

Se palpan ganglios crecidos, tiroides eutrófica y piel sin alteraciones.

TORAX

Piel con vesículas abundantes.

Mamas con pezones oscuros, y grietas acentuadas en mama derecha además de necrosis visible en esta misma.

Corazón con ruidos normales.

Pulmones con presencia de estertores.

Columna sin alteraciones palpables.

ABDOMEN

Globoso, piel con vesículas escasas, se observa línea alba pigmentada.

GENITALES

Sin alteración aparente.

EXTREMIDADES

Completas y sin alteraciones en piel.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente femenino, adulto joven que se conoce en el Instituto Nacional de Cancerología desde 1999 por presentar alteración crónico degenerativa en

mama derecha con metástasis a sistema nervioso central a nivel de cerebro en su región frontal, ingresa en esta ocasión por presentar: Hipertermia de 39 grados centígrados, crisis convulsivas tónico-clónicas, con dolor importante en mama y brazo derecho, herpes zoster que comienza a manifestarse en tórax anterior y abdomen, además secreciones abundantes por faringe.

TERAPEUTICA EMPLEADA

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	VIA
Ranitidina	50 mg.	C/8	IV
Metoclopramida	10 mg.	C/8	IV
Ketorolaco	30 mg.	C/8	IV
Difenilhidantoína	125 mg.	C/8	IV
Dexametasona	8 mg.	C/8	IV
Imipenem	50 mg.	C/8	IV
Carbamazepina	200 mg.	C/6	VO
Haloperidol	5 mg.	C/8	VO

Radioterapia 2 veces por semana.

5.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Esta es la parte más importante del PAE en la que se muestra la forma de actuar de la enfermera dando a conocer para ello que primero se realiza el diagnóstico de enfermería, empleando para la identificación de dicho diagnóstico las 14 necesidades básicas del modelo conceptual de Virginia Hénderson ; lo siguiente es establecer los objetivos que se desean alcanzar, los cuales van en relación con el diagnóstico de enfermería; posteriormente la intervención de enfermería que va seguida de la fundamentación de dicha intervención dando así validez a cada actividad; por último esta la evaluación que muestra el éxito o avance obtenido principalmente relacionado con los objetivos.

NOTA: En este plan se consideran solamente los diagnósticos más importantes , puesto que en una paciente con diversas complicaciones, se requiere de mucho tiempo para la realización de cada actividad, todo esto porque al hacer las cosas con cuidado además de proporcionar el tiempo necesario se evitara lastimar aun más a la persona que se atiende.

DIAGNOSTICO

Nutrición alterada menor a los requerimientos corporales; relacionado con nauseas, emésis, alteración de conciencia; manifestado por mucosas orales deshidratadas, palidez de tegumentos, aversión a comer, somnolencia, reporte de ingesta muy reducida.

OBJETIVO

Estimular a la paciente para que ingiera durante el día por lo menos un vaso de jugo o 250 cc. (exceptuando cítricos), una porción de aproximadamente 250 gr. de papilla a base de vegetales y papilla de una manzana grande.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Hacer notar a la paciente que necesita comer porque su organismo requiere de una ingesta mayor a la de cualquier persona, puesto que hay una actividad tumoral muy acelerada lo que hace que se ocupe más energía de lo normal, y si no hay fuente que la proporcione, (en este caso el alimento), su cuerpo se va a ir deteriorando de manera muy importante. Otro aspecto que hay que mencionar a la persona es que al comer tendrá un mejor semblante y estado de ánimo, lo cual dará a su vez ánimo a sus familiares y amigos que la visiten o estén cuidándola durante su estancia en el hospital.

Proporcionar a la paciente dieta líquida o en papilla, esto en cucharaditas o de cualquier manera que la pueda ingerir lentamente.

FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN

El demostrar a la paciente interés por su estado de salud le estimula para esforzarse un poco más, también debe expresarse que debe de comer y que

beneficios puede obtener de ello, todo esto con el fin de reforzar aún más la estimulación.

La dieta líquida y papilla es favorable por la somnolencia , sobre todo si se considera que es más factible que se ingiera de manera más rápida y por lo tanto en mayor cantidad algo que no requiere de masticarse, además de que se ahorra la energía d la masticación. La papilla y el alimento líquido son más fácilmente absorbidos y aprovechados por el organismo.

La ingesta lenta de alimentos favorece la disminución de las nauseas y emésis.

EVALUACIÓN

La paciente logro ingerir un poco más de lo propuesto, pero cabe mencionar que aún con esto no se logro mejorar su estado por la etapa de cáncer en que se encuentra.

DIAGNOSTICO

Hipertermia; relacionada con aumento del metabolismo, deshidratación e infección de vías respiratorias; manifestado por piel enrojecida y caliente al tacto, además de registro de temperatura de 39 grados centígrados .

OBJETIVO

Mantener una temperatura promedio de 37 grados centígrados por medios físicos y químicos para evitar que se presenten reacciones indeseables como el caso de las crisis convulsivas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Aplicaciones húmedo-frías principalmente en la región de cráneo y abdomen vigilando que la temperatura de dichas compresas sea tolerable.

Ministración de paracetamol prescrito por el médico.

Ministración de imipenem prescrito por el médico, disuelto en 100 cc. De solución fisiológica por vía intravenosa.

Cambio de ropa de cama y de la paciente una vez que se haya concluido la aplicación de los medios físicos por haber logrado el reestablecimiento de la temperatura corporal.

FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN

Las aplicaciones húmedo-frías se ponen en la región craneal por la relación que hay con la masa cerebral, en donde por conducción se va disminuyendo el calor, puesto que aquí está ubicado el hipotálamo que es el centro regulador de la temperatura corporal; las aplicaciones van a actuar provocando

vasoconstricción, disminución del metabolismo y enfriamiento del área que abarcan dando lugar al mejoramiento del funcionamiento de todas las estructuras importando mucho el hipotálamo como tal y toda la masa cerebral que no se seguirá alterando y por lo tanto no dará oportunidad a la producción de las ondas causantes de las crisis convulsivas.

Las aplicaciones también se contemplan en la región abdominal porque por el fenómeno de conducción se va regulando la temperatura en los órganos abdominales y torácicos; cabe mencionar que en los tejidos blandos se da con mayor facilidad la conducción que en los más sólidos (huesos), y si se hubiera empleado el tórax, el proceso sería un poco más lento por la caja ósea que cubre a los órganos. Otra característica decisiva para aplicaciones en el abdomen es la presencia de arterias y venas de gran calibre (aorta abdominal y vena cava inferior), que al ser enfriados transportaran sangre fresca por diversos tejidos.

El paracetamol es un antipirético que actúa incrementando el flujo sanguíneo por la piel provocando sudación, de esta manera va saliendo el calor y a la vez al enfriarse la piel con el sudor, se da también el enfriamiento por conducción.

El imipeném es un antibacteriano que actúa contra la mayor parte de microorganismos aerobios, anaerobios, grampositivos y gramnegativos, tiene por objeto combatir la infección que es una de las principales causantes de la fiebre. El imipenem actúa inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana. La dilución en 100 cc. Es por sus efectos nauseosos y de emésis además de flebitis, por lo tanto es necesaria esta dilución y un goteo lento. La vía intravenosa es la de más rápida absorción.

El cambio de ropa es porque si ya se llevo a tener la temperatura deseada y continua la ropa húmeda se puede llegar a la hipotermia que constituiría un nuevo problema para la paciente.

EVALUACIÓN

Se llegó a mantener una temperatura de 37 a 37.3 grados centígrados la mayor parte del tiempo, pero se llegaron a presentar algunos picos febriles.

DIAGNOSTICO

Obstrucción de vías respiratorias; relacionadas con infección de vías respiratorias, secreciones abundantes, incapacidad para toser de manera eficaz e incapacidad para sacar secreciones; manifestado por inquietud, ansiedad y disnea.

OBJETIVO

Mantener la permeabilidad de vías respiratorias para que la paciente no llegue a presentar asfixia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Mantener a la paciente con la cabeza vuelta hacia un lado.

Nebulización continua, vigilando que el nebulizador no se quede sin agua .

Aspiración con técnica estéril cada vez que se escuche la presencia de secreciones, explicándole a la paciente que este procedimiento aunque molesto, va a favorecer su respiración y por lo tanto su bienestar.

Ministración de antibiótico prescrito por el médico (imipeném).

FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN

La posición de la cabeza vuelta hacia un lado permite que las secreciones salgan por efecto de fuerza de gravedad, puesto que si se deja a la paciente con la cara hacia arriba puede propiciarse la broncoaspiración y posteriormente la muerte de la paciente.

Las nebulizaciones son vapores que penetran con facilidad en las vías respiratorias proporcionando un medio húmedo que favorece el aflojamiento de las secreciones y facilita la extracción de las mismas. La importancia de que el nebulizador nunca se quede sin agua es porque en primer lugar no cumpliría con su función de humidificación y en segundo lugar porque se provocaría resequeidad de las narinas, lo que causa malestar a la paciente y haría más resacas y pegajosas las secreciones que no se podrían extraer, y por lo tanto existiría el riesgo de disminuir la luz de la tráquea y bronquios causando hipoxia.

La aspiración permite extraer secreciones para mantener las vías respiratorias permeables y se permite el libre intercambio de gases. La técnica debe de ser de manera estéril para que no se presente la agregación de más microorganismos patógenos de los ya presentes que pueden complicar aún más el problema.

El imipeném es un antibacteriano que actúa contra la mayor parte de microorganismos aerobios, anaerobios, gramnegativos y grampositivos, tiene por objeto combatir la infección que es una de las principales causantes de la

obstrucción de vías respiratorias. El imipeném actúa inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana.

EVALUACIÓN

Se logró mantener la permeabilidad de las vías respiratorias en todo momento.

DIAGNOSTICO

Posibilidad de traumatismo; relacionado con crisis convulsivas tónico clónicas; manifestado por referencia de la nota de enfermería y comentarios del familiar de haber estado a punto de caer de la cama durante una crisis convulsiva, además de heridas pequeñas en piel

OBJETIVO

Evitar que la paciente caiga de la cama o se lastime durante una crisis convulsiva.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Ministración de carbamazepina y difenilhidantoina preescritos por el médico.

Proporcionar una cama con barandales además de poner una cubierta acojinada a estos.

Mantener en continua vigilancia a la paciente con ayuda de los familiares.

FUNDAMENTACION DE LA INTEVENCION

La carbamazepina y la difenilhidantoina tienen propiedades anticonvulsivas y actúan impidiendo la propagación de las ondas neuronales que provocan las crisis convulsivas; por lo anteriormente mencionado se deduce que al ministrar medicamento se evitan las crisis convulsivas tónico clónicas que pueden ser el principal causante de traumatismo.

La cama con barandales recubiertos es con el fin de evitar que la paciente caiga al piso o se lesione la piel golpeándose con los mismos barandales.

La vigilancia es fundamental en todo paciente, y cuando este está grave es aún más importante por el aumento de probabilidad de cualquier accidente; además es cierto que una de las responsabilidades de la enfermera es mantener a su paciente vigilado, pero conviene que haya un familiar por los momento en que la enfermera tiene que brindar atención a las otras personas hospitalizadas que están a su cargo.

EVALUACIÓN

La paciente no sufrió ninguna lesión por caída salvo algunos golpes pequeños con los barandales aún recubiertos. Las crisis convulsivas, causantes potenciales del traumatismo no cesaron en su totalidad ya que esta paciente es poseedora de una metástasis cerebral.

DIAGNOSTICO

Deficiencia del volumen de líquidos; relacionado con disminución de la ingesta líquida y emésis; manifestado por piel y mucosas orales deshidratadas.

OBJETIVO

Que la paciente ingiera 500 cc. De agua y 50 cc. De gelatina, además de completar un poco más la hidratación por la vía intravenosa.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Alentar a la paciente a ingerir más líquidos diciéndole que su organismo requiere de agua para funcionar mejor porque por la gran actividad tumoral se provoca calor y se pierden líquidos, por lo tanto es necesario reponerlos.

Ministrar la solución intravenosa preescrita por el médico.

FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN

El hecho de hablar con la paciente le hace sentir que nos preocupamos por ella, por lo que probablemente haga un esfuerzo por seguir el consejo e ingerir más líquidos.

Las soluciones intravenosas ayudan en gran medida a reestablecer líquidos, los cuales son muy necesarios para el metabolismo.

EVALUACIÓN

A la paciente se le ministraron líquidos intravenosos, pero su ingesta no aumento como se tenia planeado, por lo tanto su estado de hidratación no fue el deseado.

DIAGNOSTICO

Imposibilidad de los cuidados personales; relacionado con debilitamiento progresivo; manifestado por piel sucia y cabello despeinado.

OBJETIVO

Que la paciente tenga un mejor aspecto físico que le sea agradable tanto a ella como a sus familiares.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Dar baño de esponja haciendo énfasis en los pliegues corporales.

Lavar el cabello de la paciente procurando quitar bien el jabón al enjuagar.

Secar a la paciente perfectamente con una toalla haciendo énfasis en los pliegues corporales.

Limpiar los dientes lo mejor posible con una gasa limpia y húmeda.

Cambiar la ropa de cama al terminar con el aseo de la paciente, además de la bata.

Lubricar la piel de la paciente y arreglarle el cabello.

FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN

El baño de esponja es empleado en este caso por no poder llevar a la paciente directamente al baño de regadera y el énfasis en los pliegues corporales es porque en estos sitios es donde se guarda más lo sucio.

El hecho de quitar bien el jabón del cabello de la paciente es para que al secar no provoque comezón y se irrite a piel.

Al secar a la paciente se debe de hacer énfasis en los pliegues corporales porque aquí no hay la posibilidad de que entre el aire y se seque por sí solo, además de que podría provocar irritación por la misma humedad.

Limpiar los dientes es parte de un aseo completo y agradable para la persona aseada.

El cambio de ropa de cama y de bata es para proporcionar mayor bienestar.

La piel debe de lubricarse para que no haya aparición de grietas o irritación. El cabello arreglado da sensación de bienestar.

EVALUACIÓN

La paciente curso con un aspecto físico más aceptable dando ánimo a la familia para mantenerla arreglada por su cuenta.

DIAGNOSTICO

Deficiencia de la higiene de actividades excretoras; relacionada con la disminución del estado de conciencia por medicamentos tranquilizantes; manifestado por pañal sucio.

OBJETIVO

Mantener aseada a la paciente para evitar que se lacere la piel.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Lavar la región con agua tibia de adelante hacia atrás evitando regresar sin antes cambiar el apósito que se está empleando para realizar la limpieza.

Secar la piel perfectamente una vez terminado el procedimiento.

Colocación del pañal fijándolo perfectamente con las cintas adherentes del mismo pañal.

FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN

El agua tibia facilita la limpieza por desintegrar más fácilmente la materia orgánica que si se empleara agua fría, además de ser más agradable para la paciente.

La limpieza de adelante hacia atrás sin regresar es con el fin de evitar arrastrar microorganismos de la región anal hacia la vulva impidiendo así las infecciones de vías urinarias y vaginales.

El secado de la piel es porque el medio húmedo favorece la proliferación de microorganismos y a su vez afección de la piel.

El pañal debe de estar bien acomodado para evitar que se mueva de su lugar y la paciente se ensucie un área mayor.

EVALUACIÓN

Se logró que la paciente conservara su piel intacta y limpia en esa región.

DIAGNOSTICO

Dificultad para moverse relacionado con dolor en mama y brazo derechos; manifestado por facies de dolor y llanto al momento de querer cambiar de posición.

OBJETIVO

Ayudar a la paciente a movilizarse tratando de que sea de la manera menos dolorosa posible.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Ministración de analgésico prescrito por el médico (ketorolaco).

Movilizar a la paciente teniendo cuidado de que su mama y brazo derecho sufran el menor movimiento posible.

Cuidar de manera especial los huesos de la columna vertebral para evitar alguna fractura.

Poner a la paciente en un reposet dando posición semifowler además de colocar una almohada para apoyar el brazo afectado.

FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN

El ketorolaco o diclofenaco es un analgésico no narcótico que actúa localmente, es decir en el sitio del dolor alterando las fibras nerviosas que captan el dolor.

La limitación del movimiento en las regiones dolorosas evita de cierta manera que el dolor aumente al sufrir un movimiento brusco y después sea incontrolable dicha molestia.

La columna vertebral es uno de los sitios potenciales de metástasis en el cáncer de mama, por lo que puede fracturarse si hay un tumor presente y no nos hemos percatado de su aparición, ya que cuando un hueso tiene un tumor las células han crecido incontrolablemente, pero son de mala calidad, es decir, muy frágiles en este caso. Otro tipo de fractura en este y cualquier hueso es la deficiencia de calcio por la mal nutrición y requerimiento excesivo de nutrientes en un paciente con actividad tumoral presente, sobre todo en fase terminal porque esto indica lo avanzado del problema.

El sillón reposet es un mueble cómodo que puede reclinarse para que la paciente quede en posición semifowler, puesto que si fuera fowler el brazo y la mama colgarían provocando dolor, por lo tanto también es conveniente emplear la ayuda de una almohada para dar una mejor posición al brazo afectado.

Otro de los fines de pasar a la paciente al reposet es para permitir el descanso de su espalda y de otros sitios potenciales de escaras (talones y tobillos), en los cuales puede haber molestias como ardor, ya que la única posición que tolera la paciente en cama es decúbito dorsal.

EVALUACIÓN

La paciente no se quejó como antes, ya que la posición que se le dio tal vez no le eliminó el dolor, pero el cambio de posición le daba una sensación momentánea más agradable.

6.-EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

En este Proceso de Atención de Enfermería se presentaron varios aspectos desfavorables, ya que para una buena atención del tipo de paciente elegido se requiere de un tiempo completo, es decir, que sea exclusivamente la atención de la enfermera para dicho paciente, y durante la estancia en el servicio social fue cuando aplique el Proceso que ahora presento, por lo tanto me asignaban tres pacientes más, lo cual disminuía el tiempo de atención y vigilancia con la paciente; todo esto llevo a no poder aplicar más diagnósticos en el plan de cuidados.

Algo benéfico dentro de todo esto fue la disponibilidad de los familiares para colaborar en la vigilancia e higiene de la paciente, lo cual fue de gran ayuda para poder salir adelante con una parte del plan de cuidados.

En cuanto al personal del servicio del segundo piso de hospitalización, lo que principalmente les interesaba era la atención global del número de

pacientes asignados y la colaboración con ellos en otras actividades. Considero que si se me hubiera permitido por lo menos una semana de atención exclusiva a la paciente, hubiera podido obtener resultados aún más satisfactorios.

Pese a todos los contratiempos, creo que la atención brindada a la paciente fue de buena calidad y con buenos resultados.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama es un padecimiento que se puede curar si es detectado a tiempo, pero la mayor parte de la población no tiene el hábito de realizarse la autoexploración o de llevar una dieta sana y adecuada para evitar esta patología, o bien, no conoce la forma de detectar y prevenir, lo cual lleva a reconocer que la población no ha recibido ningún tipo de orientación, o en su defecto una orientación poco adecuada.

Todo lo anteriormente mencionado ocasiona que haya una gran cantidad de pacientes con cáncer avanzado e incluso con metástasis, situación en la que se llega al más fatal desenlace.

En el caso de la paciente se pudo observar de que era de bajos recursos, por lo que posiblemente no tuvo la oportunidad de recibir una educación adecuada para poder prevenir enfermedades, además de que probablemente sus recursos económicos no le permitían asistir al médico al notar algo diferente o molesto

en el organismo, por tal motivo llego en una etapa muy avanzada, lo cual se dejaba mostrar con su apariencia física y el intenso dolor que refería en el área afectada.

En cuanto a los objetivos, se establece que se logro la realización del Proceso de Atención de Enfermería que es un objetivo indispensable, por medio de la obtención de la mayor información requerida en el cáncer de mama, los pasos del Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de atención de Virginia Hénderson, lo cual facilito de manera importante la aplicación y elaboración del Proceso.

A pesar de que el modelo de Hénderson es muy acertado a lo que se presenta realmente con el paciente, no es posible aplicarlo en su totalidad, esto es más que nada refiriéndonos a las 14 necesidades básicas. El inconveniente mencionado es en gran medida porque los pacientes en fase terminal es tal la gravedad de su estado que se da prioridad a las necesidades más urgentes a pesar de detectarse muchas más de estas. En concreto el tiempo es insuficiente para dar todos los cuidados que se deberían porque cada

ANEXO 1

CLASIFICACION ANATOMOPATOLÓGICA DE LOS TUMORES DE MAMA

TUMORES EPITELIALES

A) BENIGNOS

- Papiloma intraductal
- Adenoma del pezón

B) MALIGNOS

1.- No invasivos

- Carcinoma intraductal
- Carcinoma lobulillar in situ

2.- Invasivos

- Carcinoma ductal infiltrante
- Carcinoma lobulillar infiltrante
- Carcinoma mucinoso
- Carcinoma medular
- Carcinoma papilar
- Carcinoma tubular
- Carcinoma adenoidequístico
- Carcinoma secretor juvenil
- Carcinoma apócrino

3.- enfermedad de paget de la mama

TUMORES MIXTOS

A) FIBROADENOMA

B) CISTOSARCOMA FILOIDES

FUENTE: DARDO. Anatomía Patológica General y Especial de las Neoplasias. Ed. Médico – Científica. Madrid. 1988. p. 169.

ANEXO 2

SISTEMA DE CLASIFICACION POR ETAPAS PATOLÓGICAS DEL CANCER DE MAMA

ETAPA	TUMOR PRIMARIO	GANGLIOS LINFÁTICOS	ENFERMEDAD DISTANTE
0	Carcinoma in situ	Ninguno	Ninguna
1	< 2 cm	Ninguno	Ninguna
2	< 5 cm	Ganglios linfáticos axilares ipsilaterales positivos pero no fijos.	Ninguna
3	> 5 cm	Ganglios linfáticos axilares ipsilaterales positivos y fijos.	Ninguna
4	Cualquier tamaño si hay afectación de la piel o si está fija a la pared torácica.	Afectación supraclavicular	Presente

FUENTE: GEOFREY, Weiss. Oncología Clínica. Ed. Manual Moderno. México. 1993

ANEXO 3

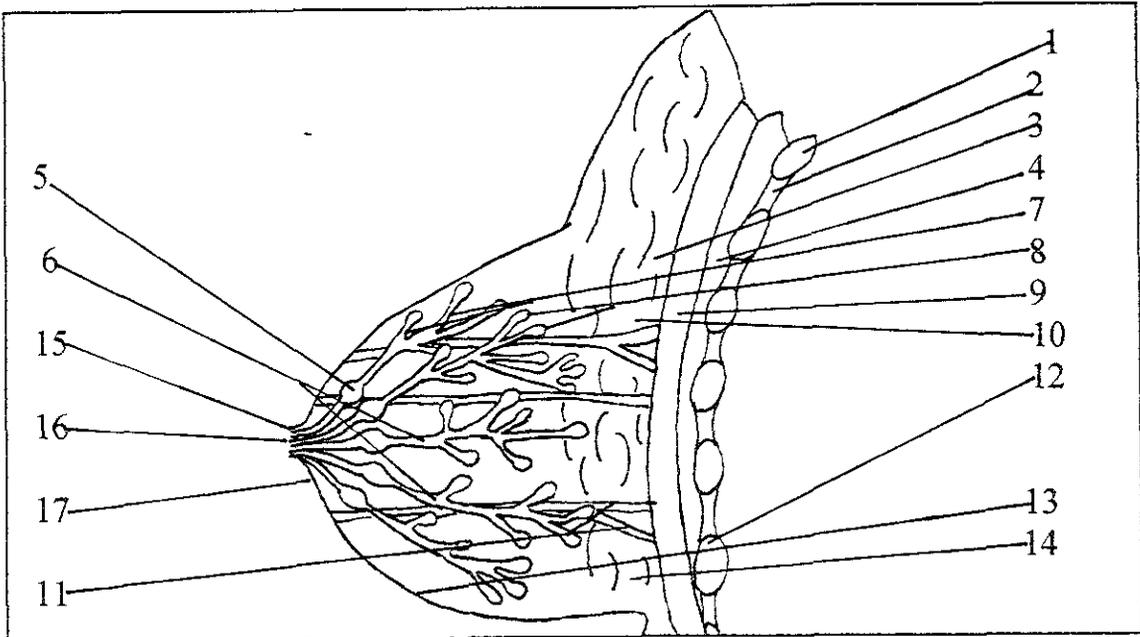
CARACTERÍSTICAS DE LA CÉLULA QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN METASTÁSICA

Metabolismo anaeróbico
Facilidad para desprenderse
Cinética (velocidad de división celular)
Producción de enzimas líticas
Capacidad para desplazarse
Estructura rígida
Adhesividad (a plaquetas y endotelio)
Inestabilidad de los componentes de la membrana
Dimensiones
Formación de grumos (adherencia)
Facilidad para iniciar la coagulación sanguínea
Capacidad para producir el factor tumoral que induce a la formación de los vasos.

FUENTE: Misma del anexo No. 1

ANEXO 4

ANATOMÍA DE LA MAMA

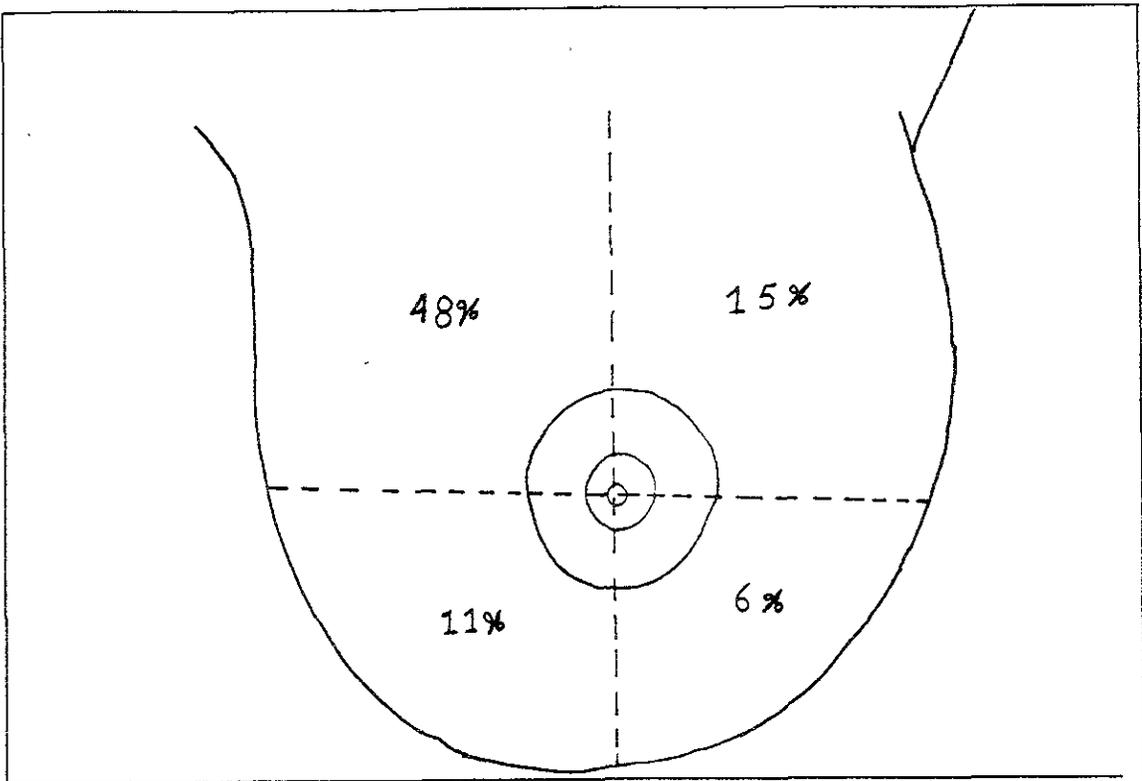


- 1.- Primera costilla
- 2.- Músculos intercostales
- 3.- Espacio retromamario
- 4.- Pectoral menor
- 5.- Seno galactóforo
- 6.- Conductos galactóforos
- 7.- Conductillos
- 8.- Alveolos
- 9.- Pectoral mayor
- 10.- Espacio retromamario
- 11.- Ligamentos suspensorios de Cooper
- 12.- Sexta costilla
- 13.- Piel
- 14.- Tejido adiposo
- 15.- Pezón
- 16.- Abertura de los conductos
- 17.- Areola

FUENTE: MOORE. Anatomía con Orientación Clínica. Ed. Panamericana. Madrid. 1993.

ANEXO 5

DISTRIBUCION DEL CANCER DE MAMA



FUENTE: Misma del anexo No. 4

ANEXO 6

FACTORES PREDISPONENTES DEL CÁNCER

SEXO: 99% mujeres

EDAD: 85% más de 45 años

GENETICOS: Mujeres cuyas madres y hermanos han padecido cáncer. Si el cáncer de mama se ha presentado de un lado, es mayor el riesgo de padecerlo en la mama contraria.

Otros cánceres de diferentes órganos (metástasis).

Tabaco (los componentes del tabaco tienen propiedades cancerígenas).

DIETA: Consumo elevado en grasa.

HORMONAS ENDOGENAS: Dentro de este apartado se engloba la Menarquía temprana, menopausia tardía, nuliparidad y uso de Anticonceptivos. Todo lo anterior es porque hay una mayor exposición a Estrógenos y progesterona.

Virus del papiloma humano.

FUENTE: SAN MARTÍN, Hernán. Salud y enfermedad. 4ª ed. Ed. Prensa Médica Mexicana. México 1992.

ANEXO 7

LUGAR QUE OCUPA EL CANCER DE MAMA EN MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD	MORTALIDAD
1.- Tumor de cuello uterino	1.- Tumor de mama
2.- Tumor de mama	2.- Tumor de cuello uterino
3.- Tumor de piel	3.- Tumor de ovario
4.- Tumor de ovario	4.- Cáncer de testículo
5.- Cáncer cervicouterino	5.- Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón.
6.- Tumor de estomago	6.- Tumor de estomago
7.- Cáncer de testículo	7.- Cáncer de tejidos blandos
8.- Cáncer de pulmón	8.- Cáncer de boca y faringe
9.- Cáncer de próstata	9.- Cáncer de hueso y cartílago
10.- Linfoma no Hodking	10.- Cáncer de recto y ano

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Archivo Clínico. México. D.F. 2000.

ANEXO 8

AUTOEXAMEN MAMARIO

El examen mamario personal mensual es el mejor método para la detección oportuna de los tumores mamarios. Es mucho más probable que una mujer que conoce la textura y sensación de sus propios senos detecte cambios, por lo que a continuación se describe la técnica de autoexamen mamario.

1.- Inspeccionar los senos de pie o sentada frente al espejo porque se deben observar las glándulas mamarias en tres posiciones: Con ambos brazos relajados a los lados (fig. 1), ambos brazos estirados sobre la cabeza (fig.2), y con ambas manos sobre las caderas mientras se inclina hacia enfrente.

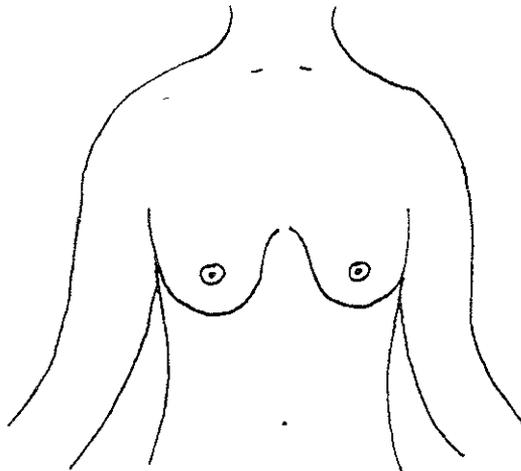


Fig. 1

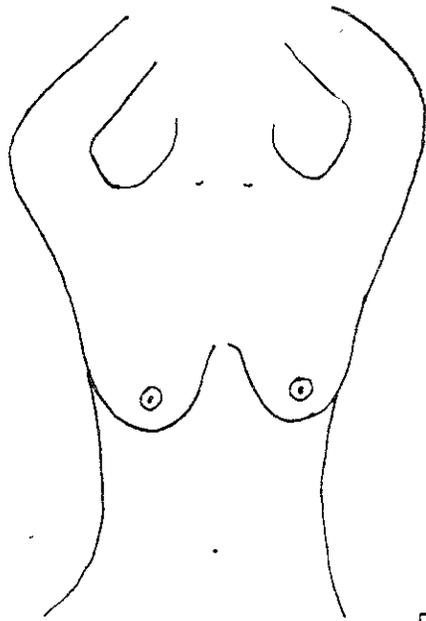


Fig. 2

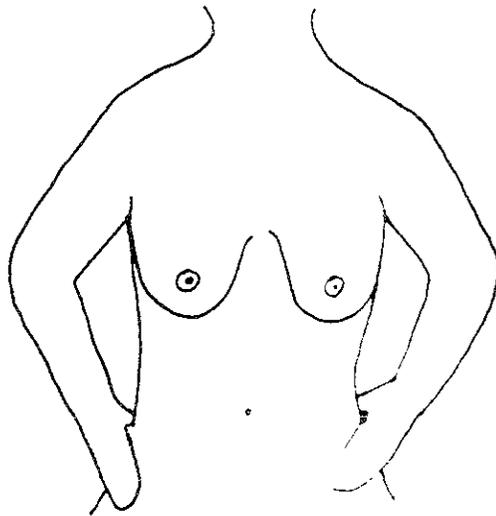


Fig. 3

Es recomendable que se observen las mamas de forma individual y en comparación una con la otra en los siguientes aspectos: Tamaño y simetría mamaria (los senos pueden variar, pero las variaciones deben de ser constantes durante el reposo o movimiento); forma y dirección de los senos (la forma de las mamas puede ser redondeada o péndula, con cierta variación entre ellas, además de que las glándulas mamarias deben de apuntar un poco hacia los lados); color, engrosamiento, edema y patrones venosos (revisa rubor o inflamación, un tinte azul con un patrón venoso marcado, puede iniciar una zona de mayor aporte sanguíneo a causa del tumor, los patrones venosos simétricos son normales); superficie de las mamas (hoyuelos en la piel, fruncimiento o retracción cuando la mujer presiona con ambas manos o contra las caderas sugieren malignidad; son normales las estrias rojas al principio y que se vuelven blanquecinas con la edad); tamaño y forma, dirección, erupciones, ulceraciones y secreción del pezón (es normal la inversión del pezón duradera, pero un pezón invertido que antes tenía capacidad eréctil es sospechoso; notese cualquier desviación, aplanamiento o ensanchamiento de los pezones; buscar erupciones, ulceraciones o secreción).

2.- Palpar o sentir los senos de la siguiente manera: Recostarse colocando una mano detrás de la cabeza, con la otra mano palpar en forma suave el seno tratando de presionar ligeramente poniendo especial cuidado en no dejar ningún espacio sin revisar (fig. 4); realizar la misma operación antes descrita, pero ahora en posición sedente exprimiendo al final el pezón para ver si no hay salida de secreción clara o sanguinolenta (fig. 5)



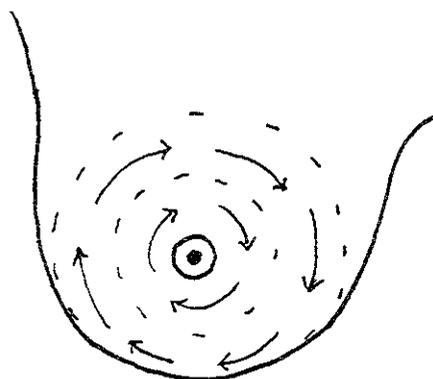


Fig. 4

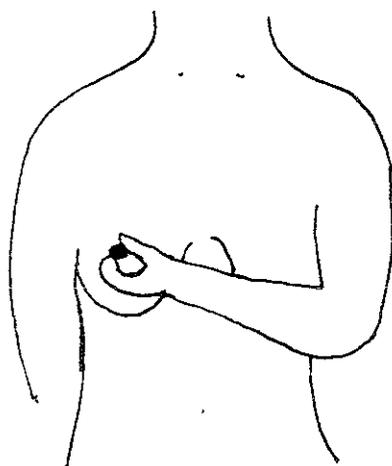


Fig. 5

FUENTE: OLDS, et al. Enfermería Materno Infantil. 4ª ed. Ed. Interamericana. México. 1995.

GLOSARIO

ALOPECIA: Ausencia Parcial o completa de pelo como consecuencia del envejecimiento normal, de trastornos endocrinos, de reacciones a fármacos, de antineoplásicos o de enfermedades cutáneas.

ANAPLASIA: Cambio De la estructura de las células y en su orientación entre sí, caracterizado por la pérdida de diferenciación y por la regresión en una forma más primitiva. La anaplasia es característica de las enfermedades malignas.

ANSIEDAD: Sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o de peligro, generalmente es de origen mental más que externo y cuya causa suele ser desconocida.

CANCER: Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplasicas que tienden a invadir el tejido vecino y metastatizar a distancia.

COMPLICACIÓN: enfermedad o lesión que aparece durante el tratamiento de una enfermedad previa, la complicación habitualmente altera el pronóstico.

CRISIS CONVULSIVAS TONICO CLONICAS: Crisis epilépticas caracterizadas por una contracción muscular involuntaria generalizada y cese de la respiración, seguida por espasmos tónicos y clónicos de los músculos.

CRÓNICO DEGENERATIVA: Enfermedad o trastorno, que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo periodo de tiempo, generalmente el resto de la vida del sujeto, causando un deterioro gradual de células y funciones corporales normales.

DEPENDENCIA: Es el estado de ser dependiente, es decir, necesitar de alguien o de algo como ayuda, apoyo, favor, etc., como es el caso del niño dependiente de los padres y el toxicómano de la droga.

DERMATITIS: Proceso inflamatorio de la piel caracterizado por eritema, dolor y prurito.

DIAFANOGRFIA: También conocida como transiluminación, es una técnica indolora, no invasiva para obtener una imagen. Se dirige una fuente luminosa a través del tejido mamario para observar su interior.

DISNEA: Falta de aliento o dificultad para respirar que pueden producir ciertos procesos cardiacos, ejercicios extenuantes o ansiedad.

DOLOR: Sensación desagradable causada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas. Es un síntoma fundamental de la inflamación y resulta muy valioso para el diagnóstico de muchos trastornos y enfermedades.

EMESIS: Vómito.

ENFERMEDAD: Estado anormal de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo, proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas atribuible a la herencia, infección, dieta o entorno.

ENTORNO: Conjunto de muchos factores, tanto físicos como psicológicos, que influyen o afectan la vida de supervivencia de una persona.

ESTERTOR: Sonido respiratorio anormal que se escucha durante la auscultación del tórax durante la inspiración y que se caracteriza por ruidos burbujeantes discontinuos.

ETIOLOGÍA: Estudio de todos los factores implicados en el desarrollo de una enfermedad, incluyendo la susceptibilidad del paciente y la naturaleza de la enfermedad. Causa de una enfermedad.

EXAMEN DE MAMA: Proceso En que se observa y se palpa la mama y sus estructuras accesorias para determinar la presencia de cambios o anomalías que pueden indicar una enfermedad maligna.

HIPERTERMIA: Temperatura corporal mucho mayor de lo normal, caracterizada por aumento de la temperatura corporal, enrojecimiento de la piel, piel caliente al tacto, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia y convulsiones.

INDEPENDENCIA: Estado o cualidad de ser independiente, autonomía, libre influjo, dirección o control por otra persona o grupo, falta de necesidad o apoyo en otro para la existencia física o las necesidades emocionales.

INFECCIÓN: Invasión de un hospedero por microorganismos, como bacterias, hongos, virus, protozoarios, helmintos o insectos con o sin el desarrollo de una enfermedad aparente o bien, un estado patológico producido por microorganismos que causan efectos nocivos.

INTERDEPENDENCIA: Dependencia Recíproca, es decir, que existe dependencia entre dos personas o dos partes entre sí.

LETARGO: Estado o cualidad de ser indiferente, apático o adormecido. Estupor o coma ocasionado por enfermedad o hipnosis.

MAMOGRAMA: Es una imagen de rayos X llamada mamografía de tejido blando que se toma de la mama sin la inyección de un medio de contraste. Puede detectar lesiones mamarias antes de que se sientan.

METASTASIS: Proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia localizaciones distantes del organismo dado que los tumores malignos no están encapsulados, las células pueden escaparse y ser transportados por la circulación linfática o sanguínea a otros órganos alejados del tumor primario.

MORBILIDAD: Enfermedad, proceso o cualidad anormal. (en estadística), tasa con la que aparece una enfermedad o anomalía calculada dividiendo el número total de personas que están afectadas por esta enfermedad.

MORTALIDAD: Tasa de fallecimiento que refleja el número de muertos por unidad de población en una determinada región, grupo de edad, enfermedad u otra clasificación, normalmente clasificada como muertos por 1 000, 10 000, o 100 000.

MUCOSITIS: Cualquier inflamación de una membrana mucosa, como la de la boca o de la garganta.

MUTACIÓN: Cambio poco habitual en el material genético que se produce de forma espontánea o inducida. La alteración modifica la alteración original del gen. Los genes son unidades estables, pero cuando se produce una mutación se puede transmitir a las generaciones futuras.

NAUSEAS: Sensación que frecuentemente conduce a la emesis.

NECESIDAD: Aquello a lo que es imposible sustraerse, faltar o resistir.
Falta de lo indispensable para la vida. Riesgo o peligro que exige pronto auxilio.

NECROSIS: Muerte tisular local que se produce en grupos de células como respuesta a una enfermedad o lesiones.

NEOPLASIA: Desarrollo de células nuevas y anormales que pueden ser malignas o benignas.

ONDA: Alteración periódica en la cual la energía se desplaza a través de un medio sin alterar de forma permanente los componentes del medio.

RADIOTERAPIA: Tratamiento de las enfermedades neoplásicas mediante la utilización de rayos X o gamma, a partir de una fuente de cobalto, para detener la proliferación de células malignas.

SALUD: Estado de bienestar físico, mental y social, junto con la ausencia de enfermedad.

SIGNO: Hallazgo objetivo, percibido por un examinador.

SIMÉTRICO: Igual en tamaño o formas, muy similar en ubicación relativa o en disposición alrededor de un eje.

SINCRONICO: Acontecimiento que tiene lugar al mismo tiempo que otro.

Escrito por el Dr. [Nombre]
En la Biblioteca de [Nombre]

SÍNTOMA: Indicación subjetiva en una enfermedad o cambio en la enfermedad según percepción del paciente.

TERMOGRAFÍA: Es una representación pictórica de los patrones de color sobre la superficie mamaria. El cáncer tiende a tener una mayor velocidad metabólica y puede aparecer como una “mancha caliente” en la película.

TUMOR: Hinchazón o aumento de tamaño que aparece en las enfermedades inflamatorias. También llamado neoplasia.

VESÍCULA: Ampolla o vejiga pequeña en forma de pequeña lesión cutánea elevada de paredes finas que contiene líquido transparente.

XEROSTOMIA: Sequedad de la boca provocada por el cese de la secreción salivar normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AABO, et al. Revisiones es cáncer. Ed. Aaran. Madrid. 1990. 738 pp.

ACADEMIA NACINAL DE MEDICINA. Tratado de Medicina Interna.

Ed. Manual Moderno. México.1993. 917 pp.

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del PAE. Ed. Doyma. Madrid. 1986.

182 pp.

DARDO. Anatomía y Patología General y Especial de las Neoplasias. Ed.

Médico Científica. Madrid. 1998. 600 pp.

ENEO-UNAM. Antología de Psicología Evolutiva. Vol. 2. México. 1996.

836 pp.

BALSEIRO, Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Prado. México. 1991.

216 pp.

BRUNNER, Lillian. Manual de la Enfermera. 4ª ed. Ed Manual Moderno. México. 1992. 443 pp.

CARLSON, et al. Diagnostico de Enfermería. Ed. Pirámide. Madrid. 1982. 254 pp.

CARPENITO, Lynda. Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana. México. 1989. 554 pp.

CARPENITO, Lynda. Manual de Diagnóstico en Enfermería. 3ª ed. Ed. Harla. México. 1992. 351 pp.

CARPENITO, Linda. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Ed. Interamericana. Madrid. 1994. 754 pp.

FERNÁNDEZ, Jesús. Fisiología Humana. Ed. Interamericana. Madrid. 1992. 1216 pp.

GAGNON. Fisiología Médica. 15ª ed. Ed. Manual Moderno. México. 1997. 962 pp.

GARDIOL, Álvarez. Cáncer de Mama. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 1987.
345 pp.

GEOFREY, Weiss. Oncología clínica. Ed. Manual Moderno. México.
1993. 920 pp.

GRIFIFH y Christensen. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual
Moderno. México. 1993. 406 pp.

GUYTON, Arthur. Fisiología y Fisiopatología. 5ª ed. Ed. Interamericana.
México. 1994. 722 pp.

HARVARD, Margaret. Fármacos en Enfermería. 2ª ed. Ed. Manual
Moderno. México. 1992. 443 pp.

HENDERSON, Virginia. La Naturaleza de la Enfermería. Ed.
Interamericana. Madrid. 1994. 115 pp.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Archivo Clínico.
México. D.F. 2000.

KIM, et al. Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana. Madrid. 1993.
309 pp.

KOZIER, Barbara. Enfermería Fundamental. 4ª ed. Ed interamericana.
México. 1997. 1797 pp.

LOCKHART. Anatomía Humana. Ed. Interamericana. México. 1995 626
pp.

LUIS, Teresa. Diagnósticos Enfermeros. 3ª ed. Ed. Harcourt. Madrid.
1998. 231 pp.

MARRINER, Ann. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual
Moderno. México. 1983. 325 pp.

MARRINER, et al. Modelos y Teorías en Enfermería. 3ª ed. Ed. Mosby.
Madrid. 1994. 530 pp.

MADALON, et al. Paciente Terminal y Muerte. Ed. Doyma. Madrid. 1987.
192 pp.

McPEE. Fisiopatología Médica. Ed. Manual Moderno. México. 1995. 626 pp.

MORAN, Aguilar. Modelos de Enfermería. Ed. Trillas. México. 1993. 196 pp.

MOORE. Anatomía con Orientación Clínica. Ed. Panamericana. Madrid. 1993. 946 pp.

MURRAY, et al. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. Ed. Interamericana. México. 1997. 225 pp.

OLDS, et al. Enfermería Materno Infantil. 4ª ed. Ed. Interamericana. México. 1995. 1210 pp.

RODRÍGUEZ, Rodolfo. Vademécum Académico de Medicamentos. 3ª ed. Ed. Interamericana. México. 1999. 1024 pp. ~

SAN MARTÍN, Hernán. Salud y Enfermedad. 4ª ed. Ed. Prensa Médica Mexicana. México. 1992. 891 pp.

TAPTICH, et al. Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana. México. 1992. 258 pp.

TERAN, et al. Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud. Ed. Doyma. Colombia. 1995. 1538 pp.

THIBODEAU. Anatomía y Fisiología. 10ª ed. Ed. Interamericana. México. 1983. 724 pp.

TORTORA. Principios de anatomía y Fisiología. 7ª ed. Ed. Interamericana. Madrid. 1999. 999 pp.

WALTER. Patología Humana. Ed. Manual Moderno. México. 1994. 1036 pp.

WESLEY. Teoría y Modelos de Enfermería. 2ª ed. Ed. Interamericana. México. 1997. 179 pp.

WIECK, et al. Técnicas de Enfermería. 3ª ed. Ed. Interamericana. México. 1995. 1077 pp.

WILSON, Kathlen. Anatomía y Fisiología en la Salud y en la Enfermedad.

Ed. Manual Moderno. México. 1994. 966 pp.

WOLF F, Lewis. Fundamentos de Enfermería. 4ª ed. Ed. Harla. México.

1998. 1108 pp.

YURA y Walsh. El Proceso de Enfermería. Ed. Alambra. México. 1998.

1108 pp.