

00921  
35



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

APLICADO A UNA PACIENTE CON CANCER DE MAMA  
TRATADA CON CUADRANTECTOMIA Y DISECCION AXILAR  
IZQUIERDA EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA".

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y**  
**O B S T E T R I C I A**  
P R E S E N T A  
**CARRANZA MORENO OFELIA**

NUMERO DE CUENTA 9852769-8

DIRECTOR DEL TRABAJO:

LIC. LORENA RODRIGUEZ RUIZ

FEBRERO

MEXICO,

2003





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, sus directivos y profesores por estar conmigo, encauzar mi camino hacia el saber y haberme ofrecido sus instalaciones para el aprendizaje teórico-práctico otorgados durante el transcurso de mi carrera.*

*Agradezco al Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala", ofrecerme sus instalaciones en especial el servicio de Oncología. A su personal tanto de Enfermería como médico por brindarme las facilidades y apoyarme durante las dificultades y dudas surgidas durante la elección y desarrollo de mi caso clínico.*

*Agradezco a Lorena su apoyo y conocimientos aplicados en beneficio de mi superación personal y profesional ya que gracias a ella puedo cumplir uno de los mayores triunfos de mi vida: la titulación.*

*Agradezco a mi estimada señora por haber aceptado ser mi paciente para el desarrollo de mi caso clínico, ofrecerme todas las facilidades y apoyarse en mí durante el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.*

## DEDICATORIAS

*A Dios por iluminar mi existencia.*

*Con amor a mi madre por tener confianza en mí, estar siempre conmigo y apoyarme en todas las empresas que he desarrollado en el transcurso de mi vida.*

*Con cariño a mi padre porque en él encuentro los ánimos para seguir adelante en todo lo que deseo realizar.*

*A mis queridos hermanos Gisela, Ana Isabel, Juan Pablo, Patricia, Valentina, José, Jorge, Raúl, Jenni, Fanni, Carlos, Sebastian, Silvia, Tania, Martha, Diana, Armando; y a mis adorados sobrinos Alejandro y Cristian. Todos ellos son el aficiente para buscar la superación personal y profesional, hacer que cada día sea mejor que el anterior y que siempre se puede encontrar la felicidad, ofreciéndoselas a todo aquel que nos rodea.*

*A mis amigas de toda la vida: Dora, Elisa, Elvira, Erika, Janeth, Jazmín, Laura y Norma por apoyarme y alentarme en todo momento. Compartiendo mis alegrías y tristezas y darme siempre lo mejor de ellas.*

## CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN .....	vi
2. FUNDAMENTACIÓN .....	1
2.1. Objetivos .....	2
2.1.1. Objetivo General .....	2
2.1.2. Objetivos Específicos .....	2
2.2. Metodología .....	4
3. MARCO TEÓRICO .....	7
3.1. Proceso de Atención de Enfermería .....	8
3.2. Modelo Conceptual de Virginia Henderson .....	15
3.3. La Glándula Mamaria .....	25
3.4. Cáncer de Mama .....	34
4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	82
4.1. Presentación del caso .....	83
4.2. Historia Clínica de Enfermería .....	85
4.3. Plan de Cuidados en el Periodo Preoperatorio .....	99
4.4. Plan de Cuidados en el Periodo Post-operatorio .....	105
4.5. Plan de Alta .....	129
5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	133
6. ANEXO .....	136
7. VOCABULARIO .....	144
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	153

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA No. 1	Vista Anterior y Sagital de la Mama Izquierda .....	31
FIGURA No. 2	Drenaje Linfático de la Mama .....	33
FIGURA No. 3	Clasificación del Cáncer Mamario .....	37
FIGURA No. 4	Variedades del Cáncer Intraductal .....	39
FIGURA No. 5	Distribución del Cáncer de Mama .....	43
FIGURA No. 6	Signos Clínicos que sugieren Cáncer Mamario ...	45
FIGURA No. 7	Etapas del Cáncer Mamario .....	50
FIGURA No. 8	Posiciones para el Autoexamen de Mama .....	64
FIGURA No. 9	Perímetro, Presión y Palpación con la yema de los dedos en el Autoexamen de Mama .....	65
FIGURA No. 10	Patrón de Búsqueda en el Autoexamen de Mama .....	66
FIGURA No. 11	Práctica con Demostración de Retorno en el Autoexamen de Mama .....	67
FIGURA No. 12	Tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama .....	70
FIGURA No. 13	Datos Clínicos Sugerentes de Malignidad del Seno .....	81

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1	Determinación de la Etapa del Cáncer de Mama .....	47
CUADRO No. 2	Agrupamiento por Etapa del Cáncer de Mama .....	48
CUADRO No. 3	Exploración de las Mamas por la Enfermera .....	62
CUADRO No. 4	Directrices para el Autoexamen de la Mama .....	68
CUADRO No. 5	Ejercicios para el Brazo después de la Mastectomía .....	72
CUADRO No. 6	Ejercicios para el Brazo después de una Tumorectomía .....	74
CUADRO No. 7	Cuidado del Brazo y la Mano para evitar Linfedema e Infección .....	76

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo. La falta de información y su manejo erróneo han propiciado que esta enfermedad se extienda y que cuando se detecte sea demasiado tarde para ofrecer un tratamiento oportuno que conlleve a mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Sincrónicamente y desde otro punto de vista, la mama alcanza importancia por ser en ella frecuente el cáncer, por la elevada morbilidad de la enfermedad, y muy principalmente por el papel que el "seno" representa en la mujer y en nuestra sociedad, la cual contribuye a:

- La sexualidad, interviniendo en la belleza, en el erotismo y en la maternidad.
- La reproducción, interviniendo en la gestación y la lactancia.

Por todo ello se puede entender que la mama es el logotipo que mejor representa la feminidad, y por tanto a la mujer, puesto que en nuestra sociedad alcanza la mayor expresión de lo femenino.

Centrándonos en nuestro propósito, el cáncer de mama, presenta grandes desafíos a las enfermeras en las áreas de prevención, detección precoz y tratamiento. La enfermera debe de tener conocimiento sobre esta enfermedad y su tratamiento siempre cambiante; ser honesta y realista cuando brinde su apoyo y atención; conocer los síntomas; atender las preocupaciones del paciente dentro



del contexto de su familia y estar dispuesta a participar en la promoción de la salud de la glándula mamaria.

Debido a esto y tomando como punto de apoyo el caso clínico de una paciente con esta patología, se ha aplicado un Proceso de Atención de Enfermería (P. A. E.) investigando las principales necesidades de la paciente bajo el enfoque teórico de Virginia Henderson.

## 2. FUNDAMENTACIÓN

En el hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" ingresa la señora Martha Arellano Martínez de 51 años de edad, proveniente del Distrito Federal, la cual padece cáncer de mama y es internada en el hospital para ser intervenida quirúrgicamente.

Debido al aumento que ha tenido el cáncer de mama en las últimas décadas, el número de muertes y la secuelas que produce, es de sumo interés realizar un Proceso de Atención de Enfermería implementando sus cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación del mismo, esto con el fin de proporcionar cuidados de enfermería específicos tomando como base el enfoque teórico de Virginia Henderson ayudando a mejorar la calidad de vida de la paciente alcanzando su más alto nivel de bienestar biopsicosocial.

## **2.1. OBJETIVOS**

### **2.1.1. Objetivo General:**

Proporcionar cuidados específicos de enfermería de acuerdo a los problemas detectados al paciente seleccionado a través de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería bajo el enfoque teórico de Virginia Henderson.

### **2.1.2. Objetivos Específicos:**

- I. Dar seguimiento clínico y domiciliario a una paciente del Hospital de Ginecoobstetricia que padezca cáncer de mama.
- II. Valorar a la paciente seleccionada mediante la observación, entrevista, exploración física, historia clínica de Enfermería y P.S.O.A.P. detectando sus necesidades.
- III. Elaborar Diagnósticos de Enfermería, en base a las necesidades detectadas en el paciente seleccionado bajo el enfoque teórico de Virginia Henderson.
- IV. Planificar las acciones de Enfermería tomando como base los Diagnósticos elaborados.

- V. Brindar información fundamentada respecto a las acciones y procedimientos a realizar, disminuyendo la ansiedad y logrando la colaboración del paciente y sus familiares.
- VI. Conocer el proceso fisiopatológico del cáncer de mama, sus posibles complicaciones y alternativas de tratamiento.

## 2.2. METODOLOGÍA

Para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería se seleccionó el caso clínico de una paciente con cáncer de mama, la cual otorgó su consentimiento verbal, previa aclaración de que toda la información obtenida sería utilizada de modo confidencial.

El estudio del caso clínico se realizó en el período comprendido del 28 de Octubre al 22 de Noviembre del 2002. Durante los días 28, 29 y 30 de Octubre el estudio fue llevado a cabo en el Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala", posteriormente se realizó en el hogar de la paciente.

Se utilizaron las etapas que conforman el Proceso de Atención de Enfermería:

1. Valoración
2. Diagnósticos de Enfermería
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

### ***Valoración.***

Las actividades para conocer las necesidades de la paciente fueron:

- Reunir una serie de datos a través de la observación, entrevista, exploración física e historia clínica y P.S.O.A.P.

- Revisar bibliografía extensa para conocer con detalle la patología a desarrollar.
- Consultar a los familiares de la paciente.
- Consultar con otros profesionales de la salud como médicos y enfermeras a cargo de la paciente.
- Ordenar, verificar y registrar los datos obtenidos.

### ***Diagnósticos de Enfermería.***

Las actividades realizadas fueron:

- Analizar y resumir los datos obtenidos.
- Averiguar las capacidades, riesgos y problemas de la paciente.
- Formular diagnósticos de acuerdo a las necesidades detectadas bajo el enfoque teórico de Virginia Henderson.

### ***Planeación.***

Las actividades realizadas fueron:

- Formular los objetivos y las intervenciones de Enfermería en base a los diagnósticos elaborados.
- Establecer un Plan de Cuidados para minimizar o resolver los problemas del cliente y para coordinar los cuidados.

### ***Ejecución.***

Las actividades realizadas fueron:

- Poner en práctica las intervenciones de Enfermería planeadas.

- Registrar los cuidados y la respuesta de la paciente a los mismos.

### ***Evaluación.***

Las actividades realizadas fueron:

- Analizar el grado y alcance de los objetivos planeados.
- Comparar las respuestas de la paciente con los objetivos planeados.
- Revisar y modificar en caso necesario el Plan de Atención de Enfermería.

### *3. MARCO TEÓRICO*



### 3. 1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

#### DEFINICIÓN

Un **proceso** es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. <sup>1</sup>

El **Proceso de Atención de Enfermería** es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona – o grupo de personas- responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. Es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.<sup>2</sup>

Su propósito es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades.

El Proceso de Atención de Enfermería es cíclico; es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos. <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Bárbara Kozier y cols. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. Vol. 1. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 5ª ed. México, 1999 p. 91.

<sup>2</sup> Rosalinda Alfaro Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Ed. Doyma. Barcelona, 1990. p. 6

<sup>3</sup> Bárbara Kozier y cols. op cit. p. 91.

## ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 1. Valoración

Consiste en recoger, ordenar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se tomen en fases posteriores.<sup>4</sup>

#### **Propósito:**

- Crear una base de datos sobre las respuestas del cliente relativas a la salud o la enfermedad y las posibilidades de controlar necesidades de salud.

#### **Actividades:**

Crear una base de datos:

1. Obtener la historia de la salud.
  - a. Realizar la exploración física.
  - b. Revisar otros datos clínicos del paciente.
  - c. Revisar bibliografía.
  - d. Consultar a los allegados del cliente.
  - e. Consultar con otros profesionales del equipo.
  - f. Actualizar los datos si es preciso.
  - g. Ordenar los datos.
  - h. Verificar los datos.
  - i. Comunicar/registrar los datos.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Id.

<sup>5</sup> Bárbara Kozier y cols. op. cit. p. 92.

## 2. Diagnóstico

Es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase, la enfermera ordena, reúne y analiza los datos.<sup>6</sup>

### **Propósitos:**

- Identificar problemas/diagnósticos de enfermería reales o potenciales.
- Identificar la causa, o etiología, de tales problemas.
- Identificar el estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas.
- Determinar que problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuáles requieren que ésta busque asesoramiento o dirección por parte de otros profesionales del cuidado de la salud, en general el médico.
- Elaborar un listado de diagnósticos de enfermería y de los problemas de colaboración.<sup>7</sup>

### **Actividades:**

1. Interpretar y analizar los datos:
  - a. Comparar los datos con los estándares.
  - b. Reunir o agrupar los datos (formular hipótesis provisionales).
  - c. Detectar las lagunas e inconsistencias.
2. Averiguar las capacidades, riesgos y problemas del cliente.

---

<sup>6</sup> Bárbara Kozier y cols. op. cit. p. 91.

<sup>7</sup> Rosalinda Alfaro. op. cit. p. 7.

3. Formular los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración.

### 3. Planificación

Comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. Colaborando con éste, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería. El resultado final de la fase de aplicación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo.<sup>8</sup>

#### **Propósito:**

- Elaborar un plan de cuidados individualizado que especifique los resultados/objetivos esperados del cliente y las intervenciones propias de enfermería.<sup>9</sup>

#### **Actividades:**

1. Establecimiento de prioridades. Es decir, qué problemas son los más importantes y han de abordarse en primer lugar.
2. Fijación de objetivos. Exactamente, qué se pretende conseguir y cuando.
3. Prescripción de actividades de enfermería. Ha de decidir que acciones de enfermería/actividades del paciente ayudarán a alcanzar los objetivos que ambos, usted y el enfermo, hayan preestablecido.

---

<sup>8</sup> Bárbara Kozier y cols. op. cit. p. 91.

<sup>9</sup> Bárbara Kozier y cols. op. cit. p. 92.

4. Anotación de plan de cuidados de enfermería. Las demás enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados que ha confeccionado y los objetivos que espera alcanzar.<sup>10</sup>

#### 4. Ejecución

Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente.<sup>11</sup>

##### **Propósitos:**

- Ayudar al cliente a cumplir los objetivos/resultados deseados.
- Promover la salud y el bienestar.
- Prevenir las alteraciones/enfermedades.
- Ayudar al cliente a afrontar los problemas de salud.<sup>12</sup>

##### **Actividades:**

1. Seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y cómo responde el enfermo en sus acciones.
2. Llevar a cabo las actividades y acciones de enfermería prefijadas durante la fase de planificación.
3. Registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería. Usted no permanecerá las 24 horas del día con el enfermo; por consiguiente, las demás enfermeras han de conocer cómo evoluciona éste y cómo funciona el plan de cuidados.

---

<sup>10</sup> Rosalinda Alfaro. op. cit. p. 7.

<sup>11</sup> Bárbara Kozier y cols. op. cit. p. 91.

<sup>12</sup> Bárbara Kozier y cols. op. cit. p. 92.

## 5. Evaluación

Es la valoración de la respuesta del cliente a las intervenciones enfermeras y la comparación ulterior de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación.<sup>13</sup>

### **Propósitos:**

- Determinar la importancia de los objetivos/resultados obtenidos.
- Valorar si se continúa, si se modifica o si se finaliza el plan de cuidados.<sup>14</sup>

### **Actividades:**

1. Colaborar con el cliente y recoger los datos sobre los resultados esperados.
2. Valorar si se han obtenido los objetivos/resultados.
3. Relacionar las actuaciones enfermeras con los resultados del cliente.
4. Tomar decisiones según el estado de los problemas.
5. Revisar y notificar el plan de cuidados si está indicado o finalizar los cuidados de enfermería.<sup>15</sup>

El **Proceso de Enfermería** constituye un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería. Cuando todas las enfermeras lo emplean en forma regular, aumenta la calidad de los cuidados, ya que es menos probable que se produzcan omisiones o duplicaciones en la atención del paciente. El Proceso de Enfermería

---

<sup>13</sup> Bárbara Kozier y cols. op. cit. p. 91.

<sup>14</sup> Bárbara Kozier y cols. op. cit. p. 92.

<sup>15</sup> Id.

fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, de forma que tanto el paciente como la enfermera hagan su aportación en el plan global de cuidados. Esto ayuda a que el enfermo se sienta parte importante de un equipo que trabaja para cumplir objetivos comunes y le estimula a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.

El uso del Proceso de Enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, a diferencia del plan de tratamiento médico, que se dirige a tratar la enfermedad. El Proceso de Enfermería representa un plan terapéutico, que pueden emplear las enfermeras(os) para tratar a la persona como un todo (es decir, el paciente es un individuo único que responde a su entorno y estado de salud de forma particular y que precisará acciones de enfermería adaptadas específicamente a él, no sólo a su enfermedad).<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Rosalinda Alfaro. op. cit. p. 13.

### **3.2. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES DE VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington, D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó el interés de Henderson por la enfermería.<sup>17</sup>

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921.

Falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

#### **MODELO CONCEPTUAL**

##### **Definición**

Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Ann Marriner T. Y Martha Raile A. Modelos y Teorías de Enfermería, Ed. Harcourt Brace. 4ª ed. Madrid, 1999. p. 99.

<sup>18</sup> Margot Phaneuf. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Un Sistema Integrado y Personalizado, Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 1997. p. 10.



## **Información general**

Henderson considera su trabajo más como una aseercción filosófica que como una teoría, ya que el término teoría no se utilizaba en el momento en que ella formuló sus ideas.<sup>19</sup>

Lo que a Henderson le llevó desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial –para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.<sup>20</sup>

## **Conceptos básicos**

- En su definición Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las primeras

---

<sup>19</sup> Ruby L. Wesley. Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 2ª ed. México, 1997. p. 25.

<sup>20</sup> Carmen Fernández F. y Gloria Novel M. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos. Ed. Masson. Madrid, 1999. p. 3.

teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero.

- Según Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.
- La independencia del paciente es un criterio importante para la salud.<sup>21</sup>

### **Necesidades básicas de Virginia Henderson**

Una **necesidad** es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.<sup>22</sup>

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades.

Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de a 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización.

Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.<sup>23</sup>

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien

---

<sup>21</sup> Ruby L. Wesley. op. cit. p. 25.

<sup>22</sup> Margot Phaneuf. op. cit. p. 13.

<sup>23</sup> Ruby L. Wesley. op. cit. p. 25.

cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.<sup>24</sup>

Cuando una persona no puede satisfacer convenientemente sus necesidades por sí misma, hay que preguntarse por la causa de esta necesidad. En esta aplicación del modelo de Virginia Henderson, las fuentes de dificultades pueden ser de naturaleza física, psicológica (emotiva y cognitiva), sociocultural y espiritual, o estar relacionadas con el entorno (medio, condiciones económicas, etc.).<sup>25</sup>

La finalidad de los cuidados consiste, en primer lugar en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a un mayor bienestar, y llevarla a continuación a recuperar su independencia frente a sus necesidades. Además de velar por la satisfacción de las necesidades, hay que prever las diversas formas de dependencia y prestar atención a las secuelas que pueden llevar consigo.

Henderson ha descrito que el objetivo de los cuidados es el ser humano, considerado como un ser biopsicosocial y espiritual, que se caracteriza por sus 14 necesidades fundamentales.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Carmen Fernández F. y Gloria Novel M. op. cit. p. 5.

<sup>25</sup> Margot Phaneuf. op. cit. p. 14.

<sup>26</sup> Id.

**Según Virginia Henderson las necesidades básicas son:**

**1. Necesidad de respirar.**

"Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseoso entre la sangre y los tejidos (respiración interna)."

**2. Necesidad de beber y de comer.**

"Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo."

**3. Necesidad de eliminar.**

"Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios."

**4. Necesidad de moverse y de mantener una postura adecuada.**

"Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso."

**5. Necesidad de dormir y descansar.**

"Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas."

**6. Necesidad de vestirse y desnudarse.**

"Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales."

**7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro los límites normales.**

"Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo."

**8. Necesidad de estar limpio y aseado, y de proteger los tegumentos.**

"Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo)."

**9. Necesidad de evitar peligros.**

"Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental."

**10. Necesidad de comunicarse con los semejantes.**

"Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas de las personas cercanas y de ejercer sexualidad."

**11. Necesidad de actuar según las propias creencias y valores.**

"Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones."

**12. Necesidad de preocuparse de la propia realización.**

"Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser

autónoma, utilizar los recursos de que dispone para sumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo."

**13. Necesidad de distraerse.**

"Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones."

**14. Necesidad de aprender.**

"Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información."<sup>27</sup>

**Definición de Henderson de los cuatro conceptos básicos de su modelo**

**A. Persona**

1. Es considerada por Henderson como individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.
2. Se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente.
3. Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

---

<sup>27</sup> Margot Phaneuf. op. cit. p. 32.

4. Está enferma o sana y se esfuerza por mantener un estado de independencia.
5. Tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia.
6. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo dichas actividades necesarias para llevar una vida sana.<sup>28</sup>

### **B. Entorno**

1. Henderson no lo define explícitamente.
2. Implica la relación que uno comparte con su familia.
3. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.
4. Puede ser controlado por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta capacidad.
5. Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.<sup>29</sup>

### **C. Salud**

1. Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.
2. Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano.

---

<sup>28</sup> Ruby L. Wesley. op. cit. p. 25

<sup>29</sup> Ruby L. Wesley. op. cit. p. 26.

### 3. Requiere fuerza, voluntad o conocimiento.<sup>30</sup>

#### D. *Enfermería*

1. Henderson la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyen a la salud o una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda.
2. Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o alcanzar una muerte tranquila.
3. Requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente.
4. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades; esta opinión pionera, que consideraba el programa de licenciatura como entrenamiento básico para las enfermeras, no fue adoptado por la American Nurses Association hasta 1965.
5. Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas.
6. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta

---

<sup>30</sup> *Id.*



(compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).

7. Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidado individualizado.
8. Implica la utilización de un Plan de Cuidado Enfermero por escrito.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Id.

### 3.3. LA GLÁNDULA MAMARIA

#### EMBRIOLOGÍA

En el humano, las mamas son glándulas mamarias apócrinas bilaterales, cuya función principal es dar nutrición mediante la lactancia al recién nacido.

Por embriología, la mama es de origen ectodérmico.

Cerca de la sexta o séptima semanas de vida intrauterina aparece un engrosamiento de cuatro a seis capas celulares en la región torácica de la banda galáctica que se extiende desde la axila hasta el pliegue inguinal.

A las ocho semanas, se condensa una capa celular e invagina, así invade el mesénquima subyacente.

Cerca de las 15 semanas, aparecen brotes con 16 a 25 bandas epiteliales que penetran en forma radial en la dermis subyacente, para transformarse en futuros conductos galactóforos.

Entre las 20 y 26 semanas de vida intrauterina se presentan brotes secundarios y terciarios con canalización progresiva que tiene lugar hasta el noveno mes. En asociación con esto, hay un incremento en la vascularización y depósito de grasa.

Por último, tiene lugar una proliferación del mesodermo por debajo del pezón, lo que da como resultado su eversión.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Hugh Barber. Manual de Oncología Ginecológica. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 2ª ed. México, 1992. p. 337.

## HISTOLOGÍA

La mama de la mujer adulta contiene tejido glandular y de conductos, un estroma de tejido fibroso que mantiene juntos los lóbulos individuales, y tejido adiposo dentro de los lóbulos, y entre ellos.

Cada mama está constituida por 12 a 20 lóbulos cónicos. La base de cada lóbulo está cerca de las costillas; el vértice, que contiene los conductos excretores principales del lóbulo, está situado cerca de la areola y del pezón. Cada lóbulo está formado por un grupo de lobulillos, y los numerosos conductos galactóforos en cada lobulillo, se unen para formar un conducto principal que drena un lóbulo, conforme convergen hacia la areola. Cada uno de los conductos principales se ensancha para formar una ampolla al alcanzar la areola, y luego se estrecha en su abertura individual en el pezón. Los lobulillos están sostenidos para una formación reticular de tejido areolar adiposo. El tejido adiposo aumenta hacia la periferia del lobulillo y da a la mama su volumen y forma hemisférica.

Cerca de 80 a 85% de la mama normal es grasa. Los tejidos mamarios están unidos a la piel que los recubre y al tejido subcutáneo mediante bandas fibrosas.<sup>33</sup>

El tejido fibroso recubre la superficie total de la glándula mamaria y envía hacia abajo tabiques entre los lóbulos, que los mantienen

---

<sup>33</sup> Alan De Cherney y Martin L. Pernoll. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. El Manual Moderno. México, 1997. p. 1429.

juntos. Las bandas fibrosas (ligamento de Cooper) se extienden del tejido fibroso de la piel suprayacente y dan apoyo a la mama.<sup>34</sup>

## **ALTERACIONES HISTOLÓGICAS EN LA GLÁNDULA MAMARIA DE LA MUJER EN EL TRASCURSO DE SU VIDA**

Durante la pubertad, y en reacción a la estimulación multiglandular, las mamas femeninas comienzan a crecer y finalmente toman su forma cónica o esférica. El crecimiento se debe al aumento del tejido acinar, del tamaño y de la ramificación de los conductos, y de los depósitos de grasa (el principal factor en el crecimiento mamario). Durante la pubertad también aumentan de tamaño la areola y el pezón.

Una vez que se establece la menstruación, las mamas experimentan una fase premenstrual periódica, durante la cual las células acinares aumentan en número y tamaño, la luz de los conductos se amplía y el tamaño y turgencia de las mamas se amplía ligeramente. Muchas mujeres tienen sensibilidad dolorosa en las mamas durante esta fase. A la hemorragia menstrual sigue una fase posmenstrual, caracterizada por disminución en tamaño y turgencia, número y tamaño de los acinos mamarios y diámetro de los conductos galactóforos.

Durante el embarazo, es notorio el aumento en el tamaño y la turgencia de las mamas en reacción a la progesterona. Estos cambios

---

<sup>34</sup> Hugh Barber. op. cit. p. 339.

se acompañan por intensificación de la pigmentación en los pezones y areolas, crecimiento del pezón, ensanchamiento areolar, y un aumento en el número y tamaño de las glándulas lubricantes de la areola. El sistema de conductos mamarios se ramifica en grado notable, y los conductos se ensanchan. Los acinos aumentan en número y tamaño. En las etapas finales del embarazo, el tejido adiposo de las mamas está sustituido casi en su totalidad por parénquima celular mamario. Después del parto, las mamas, ahora completamente maduras, comienzan a secretar leche. Con la suspensión del amamantamiento, o la administración de estrógenos para inhibir la lactación, la glándula vuelve rápidamente a su estado anterior al embarazo, con disminución notoria de los elementos celulares e incremento en los depósitos de grasa.

Entre la quinta y sexta décadas de vida, cuando cesa la menstruación las glándulas mamarias sufren un proceso gradual de involución. Hay disminución en número y tamaño de los elementos acinares y de los conductos, en forma tal que el tejido mamario regresa a un estado casi infantil. El tejido adiposo puede o no atrofiarse, con desaparición de los elementos parenquimatosos.<sup>35</sup>

## **ANATOMÍA MACROSCÓPICA**

La glándula mamaria de la mujer adulta suele formar una prominencia casi hemisférica en cada lado de la pared torácica, por lo

<sup>35</sup> Alan De Cherney y Martín L. Pernoll. op. cit. p. 1429.

general extendiéndose desde por debajo del nivel de la segunda costilla hasta la sexta o séptima costillas. Por lo común la glándula está situada entre el borde lateral del esternón y el pliegue axilar anterior. La superficie superior de la mama emerge poco a poco de la pared torácica, mientras que los bordes laterales e inferiores están bien definidos. La porción más grande de la mama, situada sobre el músculo pectoral mayor, se proyecta hasta el vientre; las porciones menores se extienden hacia fuera y hacia abajo, para situarse sobre los músculos serrato mayor y oblicuo mayor del abdomen y, en dirección caudal, hasta el recto anterior mayor del abdomen. Una prolongación triangular de tejido glandular, en forma de lengüeta (la cola axilar de Spence), que se extiende hacia arriba y hacia fuera en dirección a la axila, perfora la aponeurosis axilar profunda, y penetra en aquella, donde termina en aposición cercana a los vasos y ganglios linfáticos axilares, así como los vasos y nervios sanguíneos axilares.<sup>36</sup>

Por lo general, las mamas son de tamaño diferente. Su peso varía de persona a persona. Las mamas de una mujer no embarazada pesan aproximadamente 200 gramos. Durante el embarazo pesan de 400 a 600 gramos y durante la lactancia su peso es de 600 a 800 gramos.<sup>37</sup>

### **Pezón y areola**

La areola es una zona pigmentada circular, de 2 a 6 cm de diámetro, situada en el vértice de la mama y su color varía de rosado pálido a pardo oscuro dependiendo de la edad, paridad y pigmentación

<sup>36</sup> Alan De Cherney y Martín L. Pernoll. op. cit. p. 1430

<sup>37</sup> Hugh Barber. op. cit. p. 338

cutánea. La piel de la areola contiene muchos nódulos pequeños elevados, debajo de las cuales están situados las glándulas sebáceas (glándulas de Montgomery). Las glándulas tienen la función de lubricar el pezón, y ayudan a prevenir la formación de grietas y fisuras en el pezón y en la areola.<sup>38</sup>(Ver Fig. 1)

### **Vasos sanguíneos, linfáticos y nervios**

**Arterias.** Las ramas perforantes de la arteria mamaria interna que aparecen en los 2º, 3º y 4º espacios intercostales, abastecen de sangre a los cuadrantes internos de la mama. En la parte interna, la mama es abastecida por ramas pequeñas de las arterias intercostales anteriores, y por su parte externa por la rama pectoral de la rama acromiotorácica de la arteria axilar y por la rama mamaria externa de la arteria torácica inferior, que también es rama del segundo segmento de la arteria axilar.<sup>39</sup>

**Venas.** Las venas forman un círculo anastomótico alrededor de la base del pezón y en forma principal drenan hacia las venas mamaria y axilar.

**Drenaje linfático.** Los linfáticos del lado externo de la mama drenan en los ganglios linfáticos axilares y los del lado medial de la mama drenan en los ganglios linfáticos mamarios internos y ganglios subdiafragmáticos.<sup>40</sup>

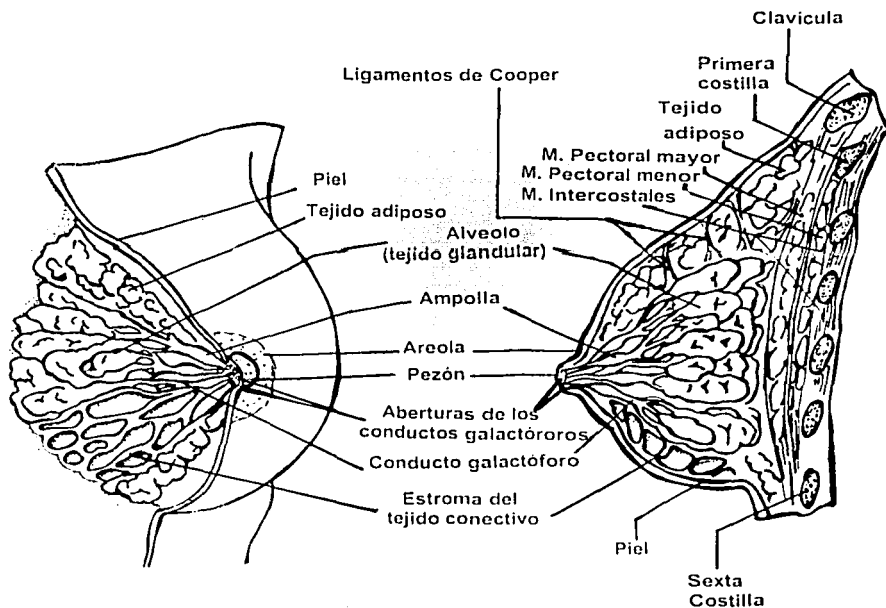
- En el pliegue axilar anterior se localizan los ganglios pectorales.

<sup>38</sup> Alan De Cherney y Martín L. Pemoll. op. cit p. 1430.

<sup>39</sup> Alan De Cherney y Martín L. Pemoll. op. cit p. 1431.

<sup>40</sup> Hugh Barber. op. cit. p. 337.

FIGURA No. 1  
VISTA ANTERIOR Y SAGITAL DE LA MAMA IZQUIERDA



FUENTE: OLDS, Sally B. y cols Enfermería Materno Infantil. Un concepto Integral y Familiar. Ed. Interamericana. 2ª ed. México, 1990. p. 96.



- Los ganglios subescapulares están situados a lo largo del borde externo de la escápula.
- En la parte superior del húmero se encuentran los ganglios externos.
- Otro drenaje linfático desemboca en los ganglios linfáticos subclavios, mamarios internos y subdiafragmáticos.<sup>41</sup> (Ver Fig. 2)

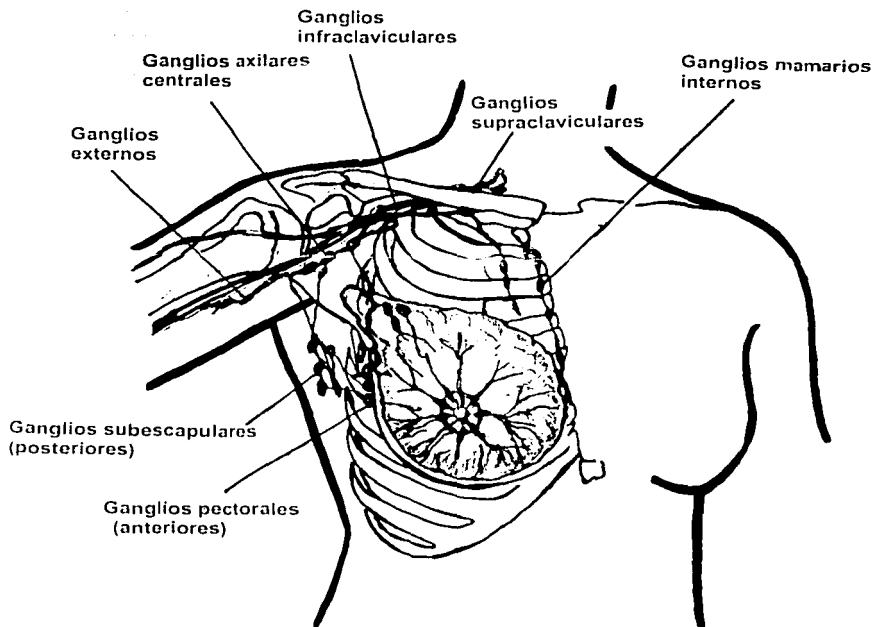
**Nervios.** Las ramas cutáneas externa y anterior de D4 a 6 inervan los tejidos cutáneos que cubren las mamas.

1. El nervio del dorsal ancho, una rama del tronco posterior del plexo braquial (C5 a 7), inerva la mitad superior del músculo dorsal ancho, y suele estar rodeado de un plexo venoso grande que drena en las venas subescapulares.
2. El nervio del serrato mayor (nervio de Bell) se origina en las divisiones anteriores primarias de C5 a 7, al nivel de la mitad inferior del músculo escaleno anterior. En la pared torácica lateral, desciende sobre la superficie externa del músculo serrato anterior, a lo largo de la línea axilar anterior.
3. Los nervios intercostahumerales son tres nervios cutáneos relativamente menores que inervan la piel de la superficie interna del brazo.
4. Los nervios del pectoral mayor y del pectoral menor; inervan los dos músculo pectorales.<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Joan Luckmann. Cuidados de Enfermería. Saunders. Vol. II. Ed. Mc. Graw Hill-Interamericana. México, 2000. p. 1478.

<sup>42</sup> Alan De Cherney y Martín L. Pernoll. op. cit. p. 1433.

FIGURA No. 2  
DRENAJE LINFÁTICO DE LA MAMA



FUENTE: LUCKMANN, Joan. Cuidados de Enfermería. Saunders, Vol. II. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 2000. p. 1479.

### 3.4. CÁNCER DE MAMA

#### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

El cáncer de mama es la segunda causa de cáncer en la mujer en México, y es la causa más común de mortalidad relacionada con cáncer en la población femenina. Su incidencia aumenta a partir de los 20 años con un máximo entre los 30 y los 59 años. Se estima que aproximadamente una de cada nueve mujeres desarrollará cáncer de mama durante su vida.

En relación con el sexo, se presenta en un varón por cada 100 mujeres.

Anatómicamente es más frecuente en el lado izquierdo que en el derecho, y en los cuadrantes externos que en los internos. La presentación sincrónica bilateral varía entre 4 y 10% de los casos.

Su distribución geográfica se correlaciona directamente con el nivel de desarrollo económico e industrial de las comunidades. El cáncer de mama tiene una mayor incidencia en poblaciones urbanas.

Racialmente es cinco veces más frecuente en occidentales que en orientales.

En asociación con otros factores de riesgo genético y ambientales, se considera que el incremento en el consumo dietético de grasa saturada haya contribuido en la elevación de la incidencia de

la enfermedad.<sup>43</sup>

Más del 90% de los cánceres de mama al principio son detectados por las mismas pacientes. Entre las que no llevan a cabo un autoexamen de rutina, el descubrimiento es accidental y en apariencia demasiado tardío.

La incidencia familiar nos indica que hay un incremento de cinco veces en el riesgo de padecer cáncer de mama.<sup>44</sup>

## FACTORES DE RIESGO

- Menarquía temprana y menopausia tardía
- Nuliparidad y baja paridad
- Primigesta añosa (mayor de 30 años)
- La no lactancia
- Antecedente de cáncer de mama en la mama contralateral
- Edad mayor de 50 años<sup>45</sup>
- Cáncer de ovario o endometrio
- Historia familiar, especialmente en parientes con primer grado de consanguinidad
- Uso prolongado de estrógenos solos
- Alto contenido de grasas en la dieta<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> José Halabe Cherem y cols. El Internista. Medicina Interna para Internistas, Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 1998 p. 1307.

<sup>44</sup> Hugh Barber. *op. cit.* p. 339

<sup>45</sup> José Halabe Cherem y cols. *op. cit.* p. 1308.

<sup>46</sup> Jaime Botero U. y cols. Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado, Ed. Universidad de Antioquia. 6ª ed. Madrid, 1998. p. 620.

- Enfermedad benigna de la mama
- Exposición a la radiación<sup>47</sup>

## CLASIFICACIÓN

De acuerdo a su sitio de localización el cáncer se puede clasificar de la siguiente manera:

- 1) Carcinoma originado en los conductos mamarios:
  - a) Carcinoma intraductal no infiltrante
  - b) Carcinoma canalicular infiltrante:
    - Escirro
    - Medular
    - Coloide
    - Enfermedad de Paget
- 2) Carcinoma originado en los lobulillos mamarios:
  - a) Carcinoma lobulillar in situ
  - b) Carcinoma lobulillar infiltrante<sup>48</sup>(Ver Fig. 3)

## ANATOMOPATOLOGÍA

La diseminación del cáncer se hace por infiltración local así

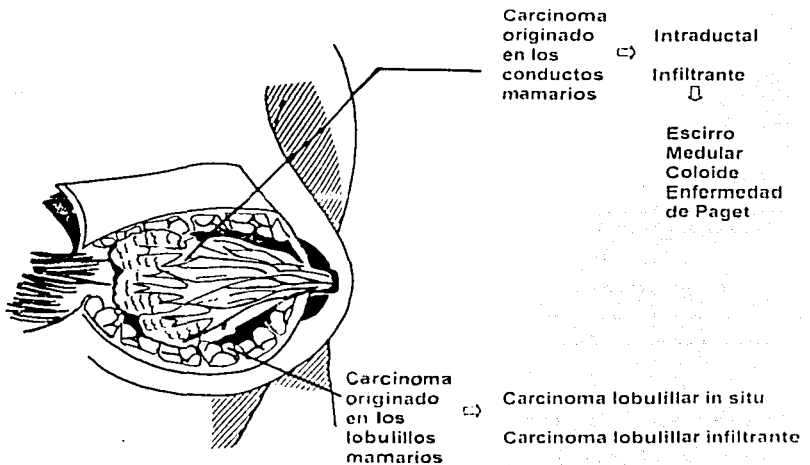
<sup>47</sup> Shiley Otto. Enfermería Oncológica, Ed. Mosby. 3ª ed. Madrid, 1999. p. 87.

<sup>48</sup> Héctor Mondragón Castro. Ginecología Básica Ilustrada, Ed. Trillas. México, 1997. p. 365.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

37

**FIGURA No. 3  
CLASIFICACIÓN DEL CANCER MAMARIO**



FUENTE: MONDRAGÓN C; Héctor. Ginecología Básica Ilustrada. Ed. Trillas. México, 1997. p. 366.

como por las vías linfática y hemática. Localmente el tumor infiltra directamente el parénquima mamario comprometiendo a medida que crece, la piel o la fascia profunda del músculo pectoral. El compromiso de los ganglios linfáticos se hace principalmente a los de la axila y se considera que ocurre en un 40 a 50% de las pacientes en el momento de hacer el diagnóstico; está directamente relacionado con el tamaño del tumor primario, pero no con la localización del tumor dentro de la mama. La segunda cadena ganglionar que se afecta es la mamaria interna y ello ocurre con mayor frecuencia cuando la lesión primaria está situada en los cuadrantes internos o en el centro de la mama, pero aún en este caso, el compromiso axilar es más común. Los ganglios supraclaviculares se afectan sólo después de los de la axila. La diseminación hematógena ocurre principalmente a los pulmones y al hígado, pero otros sitios comunes de compromiso incluyen huesos, pleura, suprarrenales, ovario y cerebro.<sup>49</sup>

A continuación se describen brevemente las características de las principales variedades de carcinoma mamario:

**Carcinoma canalicular.** El carcinoma canalicular se origina en los conductos de la glándula mamaria. Se subdivide en no infiltrante o infiltrante. (Ver Fig. 4)

El *canalicular no infiltrante* representa la mayor proporción de los carcinomas mamarios, y su característica principal es que respeta la membrana basal de los conductillos mamarios. Histológicamente se caracteriza por presentar proliferaciones anaplásicas del epitelio canalicular, que dilatan y llenan de células los conductillos, lo cual les

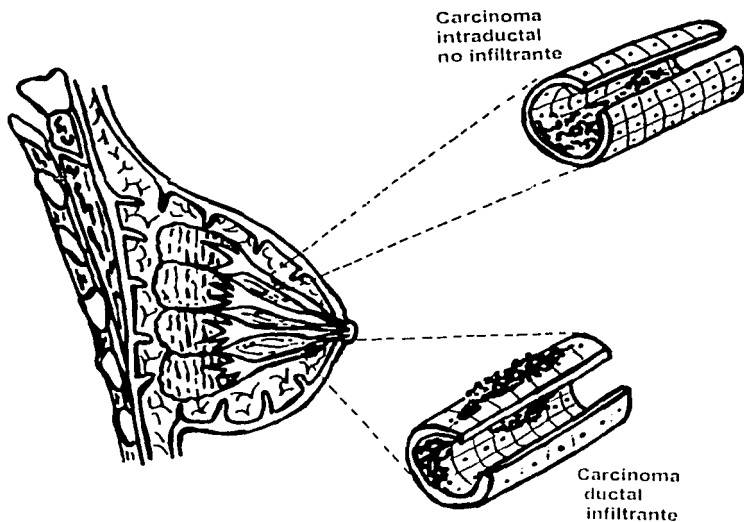
---

<sup>49</sup> Jaime Botero U. y cols. op. cit. p. 621.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

39

FIGURA No. 4  
VARIETADES DEL CÁNCER INTRADUCTAL



FUENTE: Misma de la Figura No. 3. p. 372.



da a éstos más consistencia, asemejándolos a cordones fibrosos. Cuando se cortan muestran un contenido caseoso necrótico, sustancia que puede salir al exterior si se les exprime, por esta característica reciben el nombre de **comedocarcinoma**.

Cuando la lesión progresa y las células neoplásicas rebasan la membrana basal, el carcinoma canalicular se torna infiltrante o invasor. En éstos casos tiene un pronóstico más desfavorable y, de acuerdo con la reacción que presente el estroma vecino a la invasión de las células neoplásicas, puede presentar las siguientes variedades:

- Escirro
- Medular
- Coloide
- Enfermedad de Paget

En el carcinoma tipo **escirro**, el aumento del tejido fibroso denso que rodea al canaliculo mamario afectado le da consistencia dura, de donde toma su denominación. Por medio de palpación se perciben nódulos de 2 a 5 centímetros de diámetro, mal definidos y fijos a la pared torácica adyacente que producen retracción en la piel o en el pezón. Cuando se cortan, se puede apreciar una dureza como de cartilago y prolongaciones fibrosas. Microscópicamente se observan células anaplásicas con grandes núcleos hiper cromáticos dispuestas en cordones o en forma de nidos celulares, o bien, masa celulares no precisadas. En el borde de la lesión se observa cómo dichas células infiltran el tejido adiposo vecino y el estroma, llegando a los vasos sanguíneos y linfáticos, lo que explica su propagación.

En la variedad **medular** se encuentran masas tumorales más voluminosas (10 cm) y de menor consistencia que en caso anterior, que crecen en forma concéntrica y presentan extensos focos de necrosis.

La imagen microscópica se caracteriza por la gran infiltración linfocítica entre las células neoplásicas.

El **carcinoma coloide**, en cambio, se caracteriza por su lento crecimiento y por estar constituido por masas tumorales blanduzcas, voluminosas y de consistencia gelatinosa.

La cuarta variedad del carcinoma ductal infiltrante es la **enfermedad de Paget**; el proceso se extiende por los conductos excretores de la mama hacia la areola y el pezón, en donde produce cambios eccematoides que consisten en grietas, costras., ulceraciones y exudado. Por medio del microscopio es posible identificar las llamadas células de Paget, que son grandes, con anaplasia, hipercromatínicas y rodeadas por un halo . Este tipo de carcinoma suele aparecer en mujeres de edad avanzada; su importancia clínica radica en que frecuentemente muestra la presencia de metástasis fuera del alcance quirúrgico en el momento de la operación.

**Carcinoma originado en los lóbulos mamarios.** La otra variedad de cáncer mamario, más rara que la anterior, es la que se forma a partir de los elementos histológicos de los lóbulos mamarios; representa del 5 al 10% de todos los casos. Tienen tendencia a presentarse en forma bilateral, es multicéntrico y su pronóstico es grave.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por ser una

tumoración de consistencia parecida a la del hule: Microscópicamente se observan cordones de células infiltrantes, pequeñas, que se tiñen de manera uniforme y se agrupan en forma de anillos alrededor de los conductos mamarios.

Se denomina carcinoma lobular in situ en los casos en que se presenta proliferación celular en uno o varios de los conductillos terminales, con células grandes mitóticas de núcleos ovalados y nucleolos pequeños. Esta patología generalmente precede a la fase infiltrante canalicular o lobular antes descrita.<sup>50</sup>

## LOCALIZACIÓN

La localización del cáncer de mama se describe a través de los cuadrantes de la glándula mamaria. En la Figura No. 5 se puede observar su distribución en función de la región de origen. Su alta incidencia en el cuadrante supero-externo es proporcional a la mayor cantidad de glándula mamaria.<sup>51</sup>

El 90% de los carcinomas mamarios, se desarrolla a través de los conductos mamarios, y únicamente el 10% restante se origina en los lóbulos del seno.<sup>52</sup>

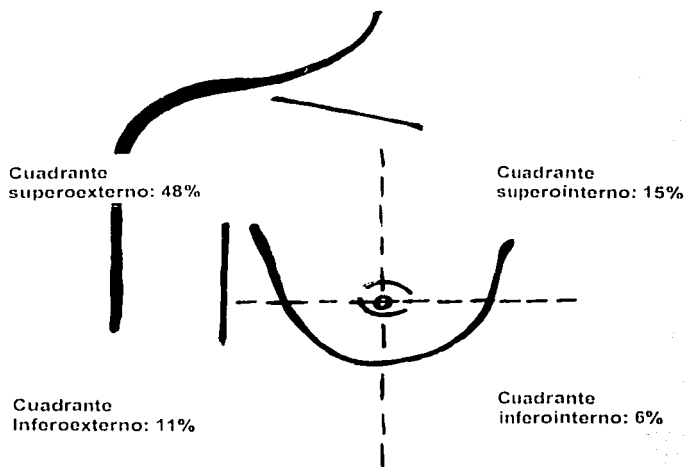
---

<sup>50</sup> Héctor Mondragón Castro. op. cit. p. 371.

<sup>51</sup> Jordi Estapé D. Enfermería y Cáncer, Ed. Doyma, Barcelona, 1992. p. 319.

<sup>52</sup> Héctor Mondragón Castro. op. cit. p. 366.

**FIGURA No. 5**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CANCER DE MAMA**



Región central (1 cm alrededor de la areola): 17%

El 3% restante se consideran difusos

FUENTE: ESTAPÉ, Jordi D. Enfermería y Cáncer. Ed. Doyma. Barcelona, 1992. p. 319.

## CUADRO CLÍNICO (Ver Fig. 6)

### Síntomas más comunes de manifestación:

- Masa (sobre todo si es dura, irregular y asintomática) o endurecimiento en la mama o la axila.
- Secreción espontánea, persistente y unilateral del pezón, de carácter serohemático, hemático o seroso.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama (asimetría).
- Depresiones o rugosidades en la piel.
- Piel escamosa alrededor del pezón.

### Síntomas de propagación local o regional:

- Enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas.
- Piel de naranja.
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos axilares.

### Evidencia de enfermedad metastásica:

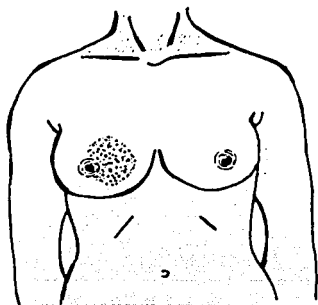
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en el área cervical supraclavicular.
- Anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural.
- Elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gammagrafía ósea positiva o dolor relacionado con afección la ósea.
- Resultados anormales de las pruebas de función hepática.<sup>53</sup>

---

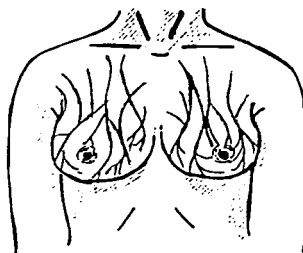
<sup>53</sup> Shirley Otto. op. cit. p. 95.

FIGURA No. 6

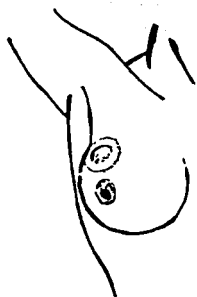
SIGNOS CLÍNICOS QUE SUGIEREN CÁNCER MAMARIO



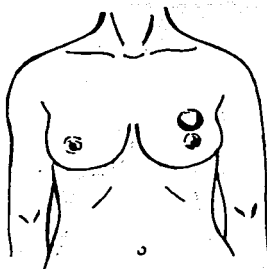
Alteraciones cutáneas



Red venosa acentuada



Prominencia o nódulos



Rubicundez



Umbilicación del pezón



Secreción anormal

FUENTE: Misma de la Figura No. 3. p. 368.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las lesiones que deben considerarse más frecuentemente en el diagnóstico diferencial de cáncer mamario incluyen, en orden de frecuencia, cambio fibroquístico, fibroadenoma, papiloma intraductal y necrosis adiposa. El diagnóstico diferencial de una masa mamaria debe establecerse sin retardo mediante biopsia, por aspiración de un quiste, u observando a la paciente hasta que desaparezca la masa en un período de pocas semanas.<sup>54</sup>

## GRADO Y PERÍODO DEL CÁNCER MAMARIO

Para considerar tanto el tratamiento como el pronóstico del cáncer mamario, es importante tener en cuenta la etapa de desarrollo y extensión que presenta. El sistema de estadiaje y clasificación universal para el cáncer de mama acordado en 1987, sistema TNM evalúa el tamaño del tumor (T), la afección de los ganglios linfáticos regionales (N) y la propagación a distancia de la enfermedad o metástasis(M). (Ver Cuadro No. 1 y 2)

El tumor in situ sin afectación ganglionar o metastática y no invasivo constituye el estadio 0. Al estadio I pertenecen los tumores de 2 cm o menores sin afectación ganglionar o metastática. El estadio II se divide en cinco subgrupos, que recogen tumores de 2-5 cm, con o sin afectación ganglionar y sin metástasis. El estadio III se divide en

---

<sup>54</sup> Alan De Cherney y Martín L. Pernoll. op. cit. p. 1443.

**CUADRO No. 1**  
**DETERMINACIÓN DE LA ETAPA DEL CÁNCER DE MAMA**

**T: Tumor**

**TX:** tumor primario que no puede valorarse

**T0:** sin evidencia de tumor primario

**Tis:** carcinoma in situ

**T1:** tumor de 2 cm o menos

**T1a:** tumor de hasta 0.5 cm

**T1b:** tumor de entre 0.5 y 1 cm

**T1c:** tumor de entre 1 y 2 cm

**T2:** tumor de entre 2 y 5 cm

**T3:** tumor mayor de 5 cm

**T4:** tumor de cualquier tamaño con invasión directa de la pared torácica y la piel

**T4a:** con invasión de la pared torácica

**T4b:** con edema o ulceración de la piel de la mama o con ganglios satélites en la piel, confinado en la mancha afectada

**T4c:** con los signos T4a y T4b

**T4d:** carcinoma inflamatorio

**N: Ganglios**

**NX:** ganglios linfáticos regionales que no pueden valorarse

**N0:** sin metástasis en ganglios linfáticos regionales

**N1:** metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales no adheridos

**N2:** metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales adheridos entre sí o a otras estructuras

**N3:** metástasis en ganglios linfáticos internos ipsilaterales

**M: Metástasis a distancia**

**MX:** la presencia de metástasis a distancia no puede valorarse

**M0:** sin metástasis a distancia

**M1:** metástasis a distancia (incluye metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales)

**FUENTE:** GAUNTLETT B; Patricia y Judith L. Myers. Enfermería Médica Quirúrgica. Vol. II. Ed. Harcourt. 3ª ed. Madrid, 2000. p. 1690.



**CUADRO No. 2**  
**AGRUPAMIENTO POR ETAPA DEL CÁNCER DE MAMA**

Estadios	Clasificación		
	T	N	M
<b>0</b>	Tis	N0	M0
<b>I</b>	T1	N0	M0
<b>IIA</b>	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
<b>IIB</b>	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
<b>IIIA</b>	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
<b>IIIB</b>	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
<b>IV</b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

seis subgrupos, que recogen tumores de 5-10 cm, por lo general con afectación ganglionar y sin metástasis. El estadio IV se refiere a tumores de cualquier tamaño, con o sin afectación ganglionar, pero con metástasis a distancia.<sup>55</sup> (Ver Fig. 7)

## COMPLICACIONES

**Hipercalcemia.** Es una complicación metabólica potencialmente mortal frecuente en cáncer de mama, provocada por lisis ósea secundaria a metástasis en huesos o por producción de sustancias semejantes a la parathormona por el tejido humoral.

Es importante identificar tempranamente las metástasis a columna vertebral para prevenir no sólo el desarrollo de hipercalcemia, sino también la generación de fracturas y consecuentemente daño neurológico.

**Enfermedad neurológica.** Esta es secundaria a sistema nervioso central y comprende varios síndromes neurológicos; de los más frecuentes son confusión y estupor por edema cerebral, infiltración meníngea y compresión medular.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Patricia Gauntlett B y Judith L. Myers. Enfermería Médico Quirúrgica, Vol. II. Ed. Harcourt. 3ª ed. Madrid, 2000. p. 1691.

<sup>56</sup> José Halabe Cherem y cols. op. cit. p. 1308.

FIGURA No. 7  
ETAPAS DEL CÁNCER MAMARIO



**ETAPA I**

- Tumores de 2 cm o menores
- No hay afectación ganglionar
- No hay metástasis



**ETAPA II**

- Tumores de 2-5 cm
- Con o sin afectación ganglionar
- No hay metástasis



**ETAPA III**

- Tumores de 5-10 cm
- Por lo general con afectación ganglionar
- No hay metástasis



**ETAPA IV**

- Tumores de cualquier tamaño
- Con o sin afectación ganglionar
- Con metástasis

FUENTE: IGNATAVICIUS, Donna D. y Marilyn Varner B. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. II. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 1995. p. 1800.

## DIAGNÓSTICO

### Mamografía

La mamografía constituye el único medio confiable para detectar carcinoma de la glándula mamaria antes de que pueda palparse cualquier masa. Algunos de los cánceres de mama pueden identificarse mediante mamografía hasta dos años antes de que alcance el tamaño detectable mediante palpación.

Aparte del papel que desempeña como estudio de detección, las indicaciones de la Mamografía son como sigue:

- a. Para valorar cada mama cuando se ha hecho el diagnóstico de cáncer mamario potencialmente curable, y a partir de entonces cada año.
- b. Para valorar una masa mamaria dudosa o mal definida, o cualquier otro cambio mamario sospechoso.
- c. Para buscar un cáncer mamario oculto en una mujer con enfermedad metastásica de los ganglios linfáticos axilares o en cualquier otro punto, sin tumor primario evidente.
- d. Para investigar a intervalos regulares a un grupo seleccionado de mujeres en alto riesgo de desarrollar cáncer mamario.
- e. Seleccionar a las mujeres antes de las operaciones estéticas o de biopsia.
- f. Seguimiento de las pacientes que fueron tratadas por cirugía conservadora de mama glándula mamaria y radiación.

Debe someterse a biopsia a las pacientes con un tumor

dominante o sospechoso a pesar de los datos mamográficos. Es necesario realizar una mamografía antes de la biopsia de modo que pueden notarse otras áreas sospechosas y revisar la mama contralateral.<sup>57</sup>

#### **Descripción de la mamografía:**

- a. Baja dosis de rayos X que se utiliza para detectar anomalías en mamas o cuando se encuentra un nódulo durante la exploración física.
- b. Se comprime la mama para reducir la cantidad de radiación absorbida por el tejido de ese órgano y separar el tejido sobrepuesto.
- c. Por lo común se obtienen dos proyecciones: la craneocaudal y la mediolateral; otras, según sea necesario.<sup>58</sup>

#### **Biopsia**

El diagnóstico de carcinoma de la glándula mamaria depende finalmente del examen del tejido extirpado mediante biopsia. El tratamiento nunca debe ejecutarse sin diagnóstico histológico inequívoco de cáncer. La conducta más segura a seguir es la biopsia de todas las masas sospechosas que se hallen durante el examen físico, y ante la ausencia de masas, se tomará biopsia de las lesiones sospechosas comprobadas mediante mamografía. Alrededor de 30% de las lesiones que se sospecha que sean carcinoma resultan

---

<sup>57</sup> Alan De Chemy y Martin L. Pernoll op. cit p. 1441.

<sup>58</sup> Sandra M. Nettina. Enfermería Práctica de Lippincott, Vol. I. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 6ª ed. México, 1999. p. 684.

benignas al estudiarlas en la biopsia, y aproximadamente 15% de las lesiones que se piensa que sean benignas resultan malignas.<sup>59</sup>

La biopsia es obligatoria en pacientes con:

- Masas dominantes tridimensionales, incluso si todas las ayudas diagnósticas son negativas.
- Se excluyen quistes que pueden aspirarse en forma segura bajo condiciones controladas.
- Lesiones sospechosas que se encuentran por las ayudas diagnósticas, aunque no existan resultados en el examen clínico.
- Secreción a través del pezón, de tipo seroso, sanguíneo, serosanguinolento o acuoso, aunque no haya masa palpable y la citología y los estudios por rayos X de mama se reporten negativos.
- Otros signos adversos que incluyan eccema del pezón, retracción o elevación inexplicables, adenopatía axilar sospechosa, enrojecimiento de la piel de la mama, induración subyacente sin signos de infección, umbilicación inexplicable de la mama.<sup>60</sup>

**Las biopsias que se utilizan son:**

1. Aspiración por aguja fina

- a) Aspira células de áreas normales que se valoran mediante citología.

---

<sup>59</sup> Alan De Cherney y Martin L. Pernoll. op. cit. p. 1441.

<sup>60</sup> Hugh Barber. op. cit. p. 343.

- b) Puede hacerse en lesiones palpables o no palpables mediante ultrasonido o mamografía estereotáctica para guiar la colocación de la aguja.<sup>61</sup>
  - c) Se emplea una aguja fina y una jeringa para obtener una muestra o drenar una masa, luego de administrar anestésico local. Si es un quiste se colapsará al retirar el líquido, tal vez no se requiera ningún otro tratamiento.
  - d) El líquido de un quiste normal tiene color pajizo o verdosa. Debe enviarse a citología si tiene aspecto sospechoso transparente o sanguinolento; de otra forma se desecha.
  - e) Este procedimiento de consultorio se realiza bajo anestesia local y los resultados suelen estar disponibles en 24 horas.
  - f) Su sensibilidad es ilimitada, debido tal vez a la obtención de material insuficiente para el examen citológico.
2. Biopsia de núcleo estereotáctica con aguja.
- a) Método guiado con rayos X para localizar y obtener una muestra de lesiones no palpables detectadas en la mamografía; tiene una sensibilidad de 90 a 95% en la detección de cáncer mamario.
  - b) Se realiza como procedimiento que no requiere hospitalización, con la paciente en posición prona sobre una mesa especial y el uso de una pistola para biopsia automatizada.
  - c) Luego de anestesia local se coloca una aguja en la lesión, y se confirma su posición mediante proyecciones estereotácticas de

---

<sup>61</sup> Joan Luckmann, op. cit. p. 1485

rayos X. Se obtienen varias muestras de diferentes partes de la lesión.<sup>62</sup>

### 3. Biopsia excisional.

- a) Extirpación quirúrgica de masas palpables o no palpables.
- b) La biopsia excisional es la completa extirpación de una masa; la biopsia incisional es la extirpación parcial.
- c) En los últimos 10 años, el número de mamogramas de detección ha aumentado en consecuencia también se elevó el número de biopsias de mama realizadas en anomalías no palpables.
- d) Este procedimiento no requiere hospitalización y puede realizarse bajo anestesia local o general.
- e) Por lo común se hace una incisión curvilínea directamente sobre la masa, que extirpa en bloque incluyendo un borde de tejido macroscópicamente sano de 1 cm.

### 4. Biopsia con aguja.

- a) Procedimiento de consultorio, en que se utiliza anestesia local, para extirpar una pequeña pieza de tejido mamario mediante una aguja con borde cortante especial.
- b) En lesiones palpables con alta sospecha de malignidad proporciona un rápido diagnóstico tisular; casi siempre en una 24 horas, sin necesidad de realizar biopsia excisional para planear la cirugía definitiva.<sup>63</sup>

## Datos radiológicos

La radiografía de tórax puede mostrar metástasis pulmonares.

<sup>62</sup> Sandra M. Nettina. op cit p 685

<sup>61</sup> Id.



Se recomiendan los estudios radiográficos de mama para pacientes que:

- Sean mayores de 50 años (practicarlos cada año)
- Tengan mamas sintomáticas que son de difícil diagnóstico por la clínica.
- Tengan un termograma anormal.
- Tengan factores predisponentes relacionados con el incremento del cáncer de mama.
- Se les realice una cirugía debido a un tumor de mama, excepto en caso de que la paciente sea menor de 25 años de edad.
- Se les practicó una aspiración de un quiste.
- Tengan mamas multinodulares.
- Tengan mamas grandes y péndulas.
- Tengan áreas de engrosamiento sin una verdadera masa.
- Tengan masas con una formación densa cicatricial causada por biopsias previas o traumas.
- Se encuentren en el grupo de alto riesgo para cáncer de mama.<sup>64</sup>

### Datos de laboratorio

La persistente velocidad elevada de sedimentación celular puede ser resultado de cáncer diseminado. Las metástasis hepáticas y óseas se pueden acompañar de aumento de fosfatasa alcalina. En ocasiones se descubre hipercalcemia en los casos de malignidad avanzada de la

---

<sup>64</sup> Hugh Barber. op. cit. p. 344.

mama. El antígeno carcinoembrionario (ACE) puede utilizarse como un marcador para el cáncer mamario recurrente.<sup>65</sup>

### **Ultrasonido**

Las características del ultrasonido en el cáncer mamario son:

- Mediante ondas sonoras de frecuencia se crea un patrón o imagen de las estructuras mamarias.
- Contribuye a la interpretación del mamograma o a determinar si una tumoración es sólida o quística.
- Conveniente para mujeres jóvenes con una tumoración porque no implica radiación.
- Es útil para valorar un síntoma mamario (por ejemplo una tumoración o dolor) cuando son normales los resultados del mamograma.
- No es útil para detección porque es difícil interpretar las ondas originadas por todos los contornos de la mama.<sup>66</sup>

### **Galactograma (ductograma)**

Las características del galactograma son:

- Estudio con un colorante radiopaco para valorar los conductos mamarios en caso de exudado espontáneo o sanguinolento por el pezón.

---

<sup>65</sup> Alan De Cherney y Martín L. Pernoll. op. cit. p. 1442.

<sup>66</sup> Joan Luckmann op. cit. p. 1484.

- Se inyecta colorante en los conductos de drenaje para detectar anomalías.<sup>67</sup>

### **Registro con radionúclidos**

El gammagrama óseo mediante fosfatos o fosfonatos marcados con tecnecio 99m, son más sensibles que las radiografías óseas para la detección de cáncer mamario metastásico. No se ha demostrado que la gammagrafía ósea tenga valor clínico como prueba preoperatoria sistemática en ausencia de síntomas, observaciones físicas, o concentraciones anormales de fosfatasa alcalina. La frecuencia de resultados anormales está de acuerdo al estado de los ganglios linfáticos axilares encontrado con el estudio histopatológico.<sup>68</sup>

### **Estudios genéticos**

Los datos aportados por estudios de antecedentes familiares indican la intervención de factores genéticos en algunas pacientes, en especial las que presentan un cáncer de mama a una edad temprana. En la actualidad, la atención se centra en el brazo largo del cromosoma 17, en donde se encuentra un gen que en algunas familias se asocia al cáncer de mama hereditario. Parece que entre el 1% y 6% de las pacientes con cáncer de mama presentan una anomalía genética en el brazo del cromosoma 17. Esta cifra aumenta entre el

---

<sup>67</sup> Joan Luckmann. op. cit. p. 1485.

<sup>68</sup> Alan De Cherney y Martín L. Pernoll. op. cit. p. 1442.

4% y el 20% en las mujeres que presentan un cáncer de mama antes de los 45 años de edad.<sup>69</sup>

## DETECCIÓN

La detección precoz es el medio más importante para controlar el cáncer de mama.

En el momento actual se constata que prácticamente el 90% de los tumores que se diagnostican han sido detectados por la propia paciente, pero la mayoría de las veces ya son tumores de tamaño importante en los que la posibilidad de curación no es tan elevada.<sup>70</sup>

### Examen de la mama

La mortalidad por cáncer de mama puede prevenirse en muchos casos a través del diagnóstico y tratamiento precoces. La Sociedad Americana de Cáncer recomienda los exámenes de mama como sigue:

1. Autoexamen mensual para todas las mujeres mayores de 20 años de edad.
2. Las mujeres en alto riesgo antes de los 50 años de edad deben hacerse una mamografía anual y un examen médico de la mama cada 2 años.
3. Para las mujeres entre 20 y 40 años de edad:

---

<sup>69</sup> Rosa María Torrens S. y Cristina Martínez Bueno. Enfermería de la Mujer. Ed. DAE. Madrid, 2001. p. 393.

<sup>70</sup> Jordi Estapé D. *op. cit.* p. 73.

- a) Una mamografía como registro para comparaciones futuras entre los 35 y 40 años.
  - b) Examen médico de la mama cada 3 años.
4. Las mujeres entre 40 y 49 años de edad deben hacerse un examen médico de la mama y una mamografía cada 1 ó 2 años (las nuevas recomendaciones son que la mamografía se haga anual después de los 40 años de edad).
  5. Las mujeres de más de 50 años deben hacerse un examen médico de la mama y una mamografía anuales.

Los estudios han demostrado que los grupos de mujeres que tienen menos probabilidad de hacerse exámenes regulares de la mama por el médico son las ancianas, las que tienen un bajo nivel educativo, las de escasos ingresos y las mujeres de raza negra. Algunas de las razones son las siguientes:

- Falta de conocimiento.
- Se concede poca prioridad a las medidas preventivas.
- Falta de ingresos.
- Temor a encontrar un tumor.
- Preocupación por la posibilidad de extirpación de una mama.
- Miedo a la muerte.
- Cambios posibles en la vida si se encuentra cáncer de mama.
- Vergüenza.
- El examen se considera demasiado trivial para un médico ocupado.<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Bárbara C. Long y cols. Enfermería Médico Quirúrgica. Un enfoque del proceso de Enfermería. Vol II Ed. Harcourt Brace. 3ª ed. Madrid, 1998. p. 1181.

### **Autoexamen mamario.**

Las enfermeras que trabajan en los hospitales o en entornos comunitarios tienen la responsabilidad de enseñar a las mujeres como examinar sus mamas y explicarles porqué es necesario. <sup>72</sup>(Ver Cuadro No. 3.)

La autoexploración pretende que, enseñando a la mujer la técnica para explorarse periódicamente las mamas, ésta podrá detectar los tumores en fases más precoces. (Ver Figs. 8 -11)

Las mujeres necesitan tener oportunidades para practicar la técnica del AEM mientras reciben retroalimentación de la enfermera para corregir la técnica e interpretar los hallazgos durante la palpación. La práctica de da más confianza a las mujeres, lo que las hará más aptas para practicar el AEM con regularidad. <sup>73</sup>

Las directrices para el autoexamen de la mama se consignan en el Cuadro No. 4.

## **TRATAMIENTO**

Debido a que dos tercios de las pacientes con cáncer de mama en algún momento hacen metástasis, este cáncer actualmente se considera una enfermedad sistémica más que local. Incluso cuando los ganglios linfáticos producen resultados negativos, se piensa que en el momento del diagnóstico ya se han producido micrometástasis. El tratamiento médico, por consiguiente, ha cambiado desde ser una

<sup>72</sup> Bárbara C. Long y cols. op. cit. p. 1182.

<sup>73</sup> Id

**CUADRO No. 3**  
**EXPLORACIÓN DE LAS MAMAS POR LA ENFERMERA**

<b>OBJETIVOS:</b>	Detectar anomalías en las mamas Enseñar a la mujer a realizar el autoexamen de la mama
<b>EQUIPO:</b>	Buena iluminación y un sitio privado y cálido
<p><b>PROCEDIMIENTO:</b>  <b>Actividades de Enfermería</b>          &gt; EN POSICIÓN SEDENTE</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavarse las manos con agua caliente y secarlas. Talquearlas si se sienten pegajosas.  <i>Justificación:</i> La mama es sensible al frío. El talco reduce la fricción.</li> <li>2. Pedir a la mujer que se desnude hasta la cintura y se sienta cómoda frente a usted. Observar si las mamas presentan anomalías.  <i>Justificación:</i> Esto constituye una oportunidad para observar asimetría de las mamas y signos macroscópicos como rubor, irritación del pezón, hoyuelos o piel de naranja.</li> <li>3. Pedir a la mujer que eleve los brazos sobre su cabeza.  <i>Justificación:</i> Los cambios en la mitad inferior de las mamas son más visibles.</li> <li>4. Palpar las áreas cervical y supraclavicular.  <i>Justificación:</i> Averiguar si los ganglios linfáticos están agrandados, fijos, móviles o es difícil localizarlos.</li> <li>5. Palpar los ganglios axilares; sostener el antebrazo de la enferma con la palma izquierda mientras se revisan los ganglios con las yemas derechas. Repetir en el otro lado.  <i>Justificación:</i> Igual que 4.</li> <li>6. Pedir a la mujer que coloque las manos en las caderas y presione.  <i>Justificación:</i> De esta manera se flexiona el músculo pectoral, lo que destaca hoyuelos en la piel o masas.</li> </ol>	

➤ EN DECUBITO

1. Pedir a la mujer que se acueste con el brazo derecho bajo la cabeza. Colocar una pequeña almohada bajo el hombro derecho.

**Justificación:** Esto distribuye uniformemente el tejido mamario sobre la pared del tórax.

2. Con las yemas de dos o tres dedos, palpar suavemente el tejido mamario a partir del cuadrante superior externo.

a) Proceder en forma ordenada alrededor de la mama y repetir el primer cuarto examinado.

b) Repetir el procedimiento en la otra mama

**Justificación:** Los dedos sensibles, al realizar la palpación, pueden detectar tejido engrosado o nodular entre la piel y la pared torácica. Como la mayor parte de las lesiones mamarias quedan en el cuadrante superior externo, este segmento debe explorarse dos veces.

3. Debe saberse que hay una extensión del tejido mamario normal que puede llegar hasta la axila.

**Justificación:** Normal si es simétrica y anormal en caso contrario.

4. Buscar en el área areolar costras, secreción del pezón, y signos de infección. Si se observa secreción del pezón, verificar si viene de uno o varios conductos.

**Justificación:** La secreción del pezón puede ser benigna o estar relacionada con cáncer.

5. Registrar los resultados y notificar las anomalías al médico.

**Justificación:** Puede usarse un diafragma para ulterior referencia.

6. Enseñar a la mujer a realizar el autoexamen. Animarla para que formule preguntas y proporcionarle información apropiada por escrito.

**Justificación:** El 90% de las mujeres descubren sus propias anomalías.

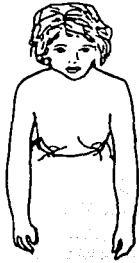


**FIGURA No. 8**

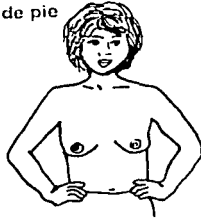
**POSICIONES PARA EL AUTOEXAMEN DE MAMA**

**INSPECCIÓN VISUAL:** de pie

**PALPACIÓN:** acostada en posición supina y de fado



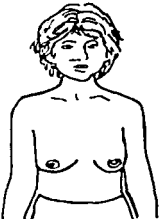
Inclinada hacia delante



Brazos en jarras

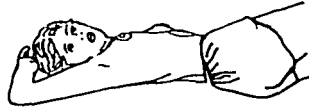


Brazos elevados sobre la cabeza



Brazos relajados a los lados

Con la mano palpe la mama derecha al tiempo que mantiene el brazo derecho en ángulo recto con la pared del tórax, con el codo doblado. Repita el procedimiento al otro lado. La posición de acostado permite que la mujer, en especial si tiene los pechos voluminosos examine de forma más efectiva la mitad externa de la mama. La mujer con mamas pequeñas puede usar sólo el decúbito supino.



**Decúbito supino:** acuéstese sobre la espalda con una almohada o una toalla doblada debajo del hombro del lado de la mama que se va a examinar.



**Decúbito lateral:** acuéstese sobre el lado opuesto al de la mama que se va a examinar. Gire el hombro (del mismo lado de la mama examinada) para que descance sobre la superficie plana.

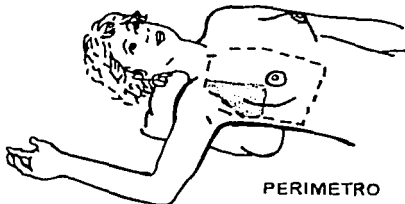
En cada posición, observe cambios en el contorno y la forma de las mamas, el color y la textura de la piel de la mama y del pezón y evidencia de secreción por el pezón.

**FUENTE:** DE WITT, Susan C. Fundamentos de Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. Harcourt. 4ª ed. Madrid. 1999. p. 833.

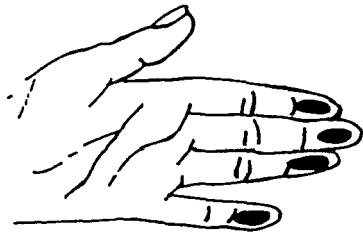
FIGURA No. 9

PERÍMETRO, PRESIÓN Y PALPACIÓN CON LA YEMA DE LOS  
DEDOS EN EL AUTOEXAMEN DE MAMA

PALPACION CON LA YEMA  
DE LOS DEDOS

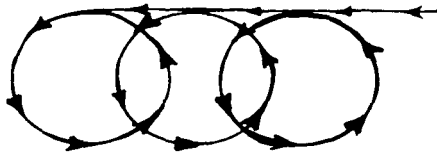
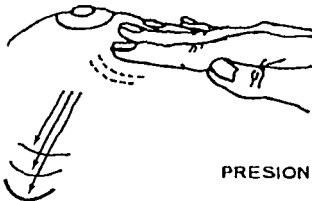


Use las yemas de tres o cuatro dedos para examinar cada centímetro de tejido mamario. Mueva los dedos en círculos de 2 cm de diámetro.



El área del examen está limitada por una línea que desciende desde la mitad de la axila hasta justo por detrás de la mama, continua cruzando por el lado inferior de la mama hasta la mitad del esternón y luego asciende hasta el extremo superior de este hueso y otra vez hasta la mitad de la axila. La mayoría de los tumores malignos de la mama aparecen en el cuadrante superior externo de la mama (área sombreada).

No levante los dedos de la mama a medida que la palpa. Puede usar talco o loción para ayudar a deslizar los dedos de un punto a otro.



Ejercer diversos grados de presión para cada palpación, desde la leve hasta la profunda, para examinar todo el espesor del tejido mamario. La presión no lesiona la mama.

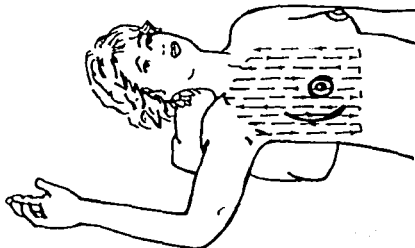
FUENTE: Misma de la Figura No. 8.

**FIGURA No. 10**  
**PATRÓN DE BÚSQUEDA EN EL AUTOEXAMEN DE MAMA**

**LINEAS VERTICALES**

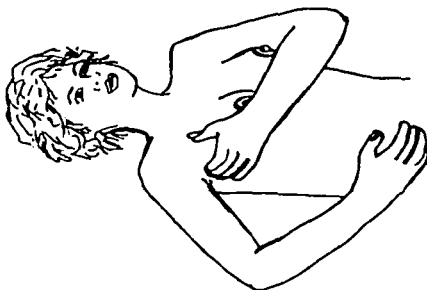
Con el siguiente patrón de búsqueda para examinar todo su tejido mamario, palpe con cuidado por debajo del pezón. También hay que examinar cualquier incisión con cuidado de un extremo al otro. Las mujeres que se han sometido a cirugía mamaria deben examinarse toda el área de incisión.

Comience en la axila, descienda hasta el límite inferior, Desplácese un través de dedo hacia la línea media y siga palpando hacia arriba hasta que llegue a la clavícula. Repita esta operación hasta que haya cubierto todo el tejido mamario. Haga al menos seis líneas antes del pezón y cuatro después. Puede necesitar entre 10 y 16 líneas.



**EXAMEN AXILAR**

Examine el tejido mamario que se extiende hacia la axila con el brazo relajado al lado del cuerpo.



**SECRECIÓN POR EL PEZÓN**

Oprima los pezones para revisar si hay secreción. Muchas mujeres tienen una secreción normal.



FUENTE: Misma de la Figura No. 8.

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

**FIGURA No. 11**  
**PRÁCTICA CON DEMOSTRACIÓN DE RETORNO EN EL**  
**AUTOEXAMEN DE MAMA**



**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**

Es importante realizarse un autoexamen de la mama mientras su instructor la observa para estar segura de que lo está haciendo correctamente. Practique sus destrezas hasta que se sienta confiada y cómoda.

**Cuadro No. 4**  
**DIRECTRICES PARA EL AUTOEXAMEN DE LA MAMA**

1. Realizar cada mes el autoexamen de la mama (AEM)
  - a. Mujeres premenopáusicas: 7 a 8 días después de terminar el período menstrual
  - b. Mujeres post-menopáusicas: cada mes en el mismo día preestablecido, (por ejemplo, en el primer día de cada mes)
2. Utilizar uno de los siguientes enfoques sistemáticos :
  - a. Palpar en círculos concéntricos comenzando con la circunferencia exterior del tejido mamario y moviéndose hacia el pezón
  - b. Dividir la mama en cuatro cuadrantes y examinar el área en cada uno de ellos desde el perímetro externo hasta el pezón.
  - c. Palpar la mitad interna y después la externa de la mama.
3. Examinar todo el tejido de la mama, incluyendo la cola de Spence y el pezón.
4. Llevar a cabo el examen con el cuerpo en posición horizontal y vertical.
5. Utilizar la yema de los dedos para la palpación.

**FUENTE:** LONG, Bárbara C. y cols. Enfermería Médico Quirúrgica. Un enfoque del proceso de Enfermería. Vol. II. Ed. Harcourt Brace. 3ª ed. Madrid, 1998. p. 1180)

terapia en esencia local (cirugía de la mama) hasta incluir terapias adicionales (radiación, quimioterapia y terapia hormonal).<sup>74</sup>

### Cirugía

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama se remota varios siglos atrás, antes de la anestesia y de las técnicas asépticas, pero sólo desde el siglo pasado ha demostrado beneficios en la supervivencia. Su principal objetivo ha sido siempre lograr el control local y regional de la enfermedad.<sup>75</sup>

Del 80 al 90% de los cánceres de mama son operables. El tipo de cirugía depende en la extensión del crecimiento y la elección de la paciente. (Ver Fig. 12)

Los procedimientos quirúrgicos usados con mayor frecuencia son:

**A) Mastectomía simple.** Extirpación quirúrgica de la mama y algunos de los ganglios linfáticos axilares cercanos a ella.

Su indicación es profiláctica: se realiza en pacientes cuidadosamente seleccionadas que están en alto riesgo de sufrir cáncer mamario.<sup>76</sup>

**B) Mastectomía radical clásica.** Consiste en la extirpación de toda la mama y los músculos pectorales mayor y menor, además del vaciamiento axilar completo.

Esta es la que produce mayor deformación, pues además de la

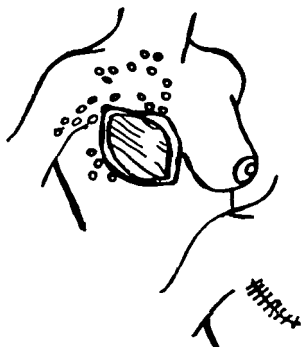
---

<sup>74</sup> Bárbara C. Long y cols. op. cit. p. 1186.

<sup>75</sup> Shirley Otto. op. cit. p. 100.

<sup>76</sup> Sandra M. Nettina. op. cit. p. 687.

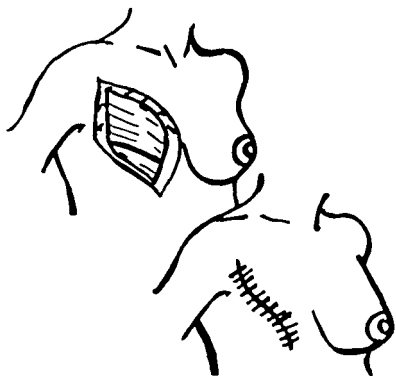
FIGURA No. 12  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA



MASTECTOMIA  
SIMPLE



MASTECTOMIA RADICAL  
CLÁSICA



MASTECTOMIA RADICAL  
MODIFICADA



TUMORECTOMIA CON DISECCIÓN  
DE GANGLIOS LINFÁTICOS

FUENTE: Misma de la Figura No. 7. p. 1804.

mama desaparece la pared anterior de la axila, formada por los pectorales, y existe una gran concavidad a este nivel, que representa una deformidad a veces más difícil de disimular que la propia mastectomía. Debido a la extirpación de los dos pectorales el movimiento del brazo y la fuerza del mismo pueden estar más limitados, pero de forma paradójica suelen aparecer menos dolores en los días del postoperatorio inmediato.

**C) Mastectomía radical modificada.** Se extirpa la mama y todos los ganglios axilares, conservando uno o varios pectorales precisamente para evitar esta deformación a nivel de la porción anterior de la axila.

Sin embargo, el músculo conservado puede atrofiarse con el tiempo, especialmente en sus haces externos, y aparecer una deformidad semejante a la de la mastectomía radical; para evitarlo es conveniente realizar los ejercicios de rehabilitación del pectoral y también hay técnicas quirúrgicas que preservan mejor la inervación de este músculo para evitar la atrofia.<sup>77</sup> (Ver Cuadro No. 5)

**D) Tumorectomía o escisión.** Se extirpa el tumor dejando la mayor parte de la mama. Una tiletomía se refiere a una resección amplia, que cubra por lo menos 3 cm de tejido mamario no afectado alrededor del tumor.<sup>78</sup>

El cáncer residual de la mama se erradica con una dosis de radiación moderada.

Las complicaciones suelen incluir hematoma, infección, dolor, seroma y sufrimiento emocional.<sup>79</sup> (Ver Cuadro No. 6)

<sup>77</sup> Jordi Estapé D. op. cit. p. 75.

<sup>78</sup> Shitley Otto. op. cit. p. 100

<sup>79</sup> Joan Luckmann, op. cit. p. 1489.



**Cuadro No. 5****EJERCICIOS PARA EL BRAZO DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA****Ejercicio: escalando la pared**

1. Párese de frente a la pared con las puntas de los dedos de los pies a 15 a 30 cm de distancia de la pared.
2. Doble los codos y ponga las palmas de las manos contra la pared a nivel de los hombros.
3. Mueva ambas manos de manera paralela hacia arriba por la pared tan lejos como sea posible hasta que sienta un dolor o un tirón en la incisión.
4. Mueva ambas manos hacia abajo hacia la posición inicial.
5. El objetivo es lograr la extensión completa con el codo en posición recta.
6. Otras actividades que emplean la misma acción son alcanzar las repisas altas, colgar la ropa, limpiar las ventanas, colgar las cortinas y arreglarse el cabello.

**Ejercicio: juntar los codos**

1. Extienda los brazos hacia los lados a nivel de los hombros.
2. Entrelace las manos en la nuca.
3. Dirija los codos hasta adelante hasta que se toquen.
4. Regrese a la segunda posición.
5. Suelte las manos y extienda los brazos.
6. Baje los brazos.

**Ejercicio: rascarse la espalda**

1. Coloque la mano del lado no operado sobre la cintura para mantener el equilibrio.
2. Doble el codo del brazo afectado y ponga la palma de la mano en la espalda.
3. Mueva despacio la mano hasta que los dedos alcancen el hombro del lado opuesto.
4. Baje el brazo y estire ambos brazos.

**Ejercicio: tirar de la cuerda**

1. Coloque una cuerda sobre el tubo de la ducha, un gancho o sobre la parte superior de una puerta abierta.
2. Siéntese en una silla, con la puerta entre las piernas si se utiliza ésta, y agarre cada extremo de la cuerda.
3. Tire de un extremo de la cuerda con el brazo no operado levantando el brazo afectado hasta el punto de sentir un dolor o un tirón en la incisión.
4. El objetivo es levantar el brazo afectado casi por encima de la cabeza.

**FUENTE:** Misma del Cuadro No. 4. p. 1191.

**Cuadro. No. 6**  
**EJERCICIOS PARA EL BRAZO DESPUÉS DE UNA**  
**TUMORECTOMÍA**

- **Levantar el brazo en posición horizontal:** acostada en posición horizontal , levante el brazo sin doblarlo hacia atrás a lo largo de la cabeza.
- **Ejercicio con los codos:** mientras está acostada en posición horizontal, ponga las manos por detrás del cuello y empuje los codos hacia atrás hasta tocar la superficie.
- **Rotación de hombro:** eleve los hombros y rótelos hacia delante.
- **Ejercicio con los dedos de las manos:** mientras esté sentada, levante el brazo hacia delante a nivel del hombro, cierre y abra la mano.
- **Escalar la pared:** véase Cuadro No. 5.

**FUENTE:** Misma del Cuadro No. 4.

**E) Cuadractomía** (también conocida como mastectomía parcial). Extirpación de un cuadrante de la mama que incluye el área del tumor y la piel suprayacente.<sup>80</sup>

Se trata de una intervención indicada en el tratamiento conservador del cáncer de mama, aplicable en tumores pequeños y cuando se reúnen una serie de condiciones por parte del propio tumor, de la mujer y del centro que debe tratarlo, que permitan ofrecer los mismos resultados que con una mastectomía pero conservando una mama lo más estéticamente posible. Si la mama no era de volumen adecuado queda una deformidad relativamente importante, por lo que desde el punto de vista del resultado estético se prefiere una tumorectomía. Estas operaciones se completan siempre con un vaciamiento axilar a través de la misma incisión o de otra según la localización del tumor, y por tanto, se requiere la rehabilitación del hombro y los cuidados para evitar el edema, siendo también necesario completar el tratamiento con una irradiación de la glándula que no ha sido extirpada.<sup>81</sup>

**F) Disección axilar.** Extirpación quirúrgica de ganglios linfáticos axilares.

Se realiza como parte del procedimiento para preservar la mama, sobre todo con fines de pronóstico, estadificación y control local y regional de la enfermedad.<sup>82</sup>

Las complicaciones de la disección axilar pueden ser:

- Linfedema (Ver Cuadro No. 7)

<sup>80</sup> Sandra M Nettina op. cit. p. 687.

<sup>81</sup> Jordi Estapé D op. cit. p. 76.

<sup>82</sup> Sandra M Nettina op. cit. p. 687.

**Cuadro No. 7****CUIDADO DEL BRAZO Y LA MANO PARA EVITAR LINFEDEMA E INFECCION**

Luego de mastectomía o disección axilar el brazo se hinchará debido a la extirpación de los ganglios linfáticos y sus vasos. La circulación de líquido linfático es más lenta, lo que dificulta al cuerpo combatir la infección. Deben tomarse medidas especiales para evitar linfedema e infección.

- Evitar quemaduras al cocinar o fumar.
- Evitar quemaduras solares.
- Siempre que sea posible pedir que todas las inyecciones, vacunas, obtención de sangre y pruebas de presión arterial se realicen en el otro brazo.
- Cargar paquetes o bolsas pesados con el otro brazo.
- Nunca cortar las cutículas; usar crema o loción para manos.
- Utilizar relojes o joyas flojas, si las hay, en el lado operado.
- Utilizar guantes protectores al realizar trabajos de jardinería o al usar detergentes fuertes, etcétera.
- Evitar químicos y abrasivos ásperos.
- Utilizar repelente para insectos con objeto de evitar mordeduras y picaduras.
- Evitar puños elásticos en blusas y batas para dormir.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 3. p. 689.

- Alteración de la movilidad del brazo
- Seroma <sup>83</sup>

### **Radioterapia**

La función desempeñada por la radioterapia en el control del cáncer de mama es la erradicación de la enfermedad microscópica residual dentro de la mama.<sup>84</sup>

Se indica como terapéutica coadyuvante (se recomiendan de 4 500 a 5 000 rad) en presencia de ganglios axilares altos positivos o para tumor localizado centralmente en la mama (etapa III). Es eficaz en prevenir recurrencias en sitio irradiado y puede esterilizar entre 90 a 100% de los depósitos tumorales microscópicos en ganglios regionales no extirpados.<sup>85</sup>

La radioterapia ya no se usa más en forma rutinaria después de la mastectomía radical modificada en todas las pacientes en etapa 1 y 2, debido a que los índices de recurrencia local son bajos en este grupo, y la supervivencia general se define con base en la recurrencia en sitios distantes. Los índices de recurrencia total son altos después de las resecciones segmentarias, y este grupo recibe radioterapia de manera rutinaria. En otras situaciones en las cuales el riesgo de recurrencia local temprana es alto se debe considerar la radioterapia postoperatoria, como por ejemplo, tumores primarios grandes (> 5cm), dudas sobre afectación tumoral en los márgenes de la resección, y afectación en la aponeurosis pectoral.

---

<sup>83</sup> Joan Luckmann. op. cit. p. 1490

<sup>84</sup> Geoffrey R. Weiss. *Oncología clínica*. Ed. El Manual Moderno. México, 1997. p. 179.

<sup>85</sup> José Halabe Cherem. op. cit. p. 1311.

La radioterapia desempeña una función importante en el tratamiento del cáncer de mama metastásico. Esta terapéutica primaria en el caso de metástasis encefálicas también se emplea a menudo para controlar recurrencias locales, y para tratar lesiones óseas dolorosas o estructuralmente riesgosas.<sup>86</sup>

### Quimioterapia

La quimioterapia se utiliza para erradicar la enfermedad micrometastásica y, en mujeres con enfermedad metastásica, en un intento para demorar la progresión del cáncer. El cáncer de mama responde favorablemente a muchos quimioterapéuticos. Se ha usado un número grande de regímenes terapéuticos distintos. El más frecuente se basa en la ciclofosfamida, el metotrexato y el fluorouracilo (CMF) o bien ciclofosfamida, doxorubicina (adriamicina) y fluorouracilo (CAF).<sup>87</sup>

Con el tratamiento quimioterápico se logran remisiones totales en el 18 al 25% de los casos, y parciales en el 75%. Como efectos secundarios pueden presentarse leucopenia, plaquetopenia, alopecia y trastornos gastrointestinales y circulatorios.<sup>88</sup>

### Hormonoterapia

La capacidad de cuantificar los receptores de estrógenos y progesterona en las células del cáncer mamario ha permitido a los oncólogos predecir con mayor precisión cuáles mujeres pueden

<sup>86</sup> Geoffrey R. Weiss. op. cit. p. 179.

<sup>87</sup> Geoffrey R. Weiss. op. cit. p. 180.

<sup>88</sup> Héctor Mondragón Castro. op. cit. p. 381.

responder a la manipulación hormonal.<sup>89</sup>

Las dos terceras partes de los tumores mamarios son hormonodependientes, es decir, su desarrollo está influido por la propia paciente. La terapia hormonal en casos de cáncer mamario puede ser de dos tipos, a saber: supresiva o aditiva.

**Terapia supresiva hormonal.** La terapia supresiva consiste en eliminar la fuente productora de hormonas mediante ooforectomía bilateral y/o suprarrenalectomía bilateral e inclusive hipofisectomía.<sup>90</sup>

La ooforectomía es una posibilidad de tratamiento con el fin de reducir el nivel de estrógenos circulantes disponibles para estimular las células de la mama en las mujeres premenopáusicas.<sup>91</sup>

**Terapia hormonal aditiva.** La terapia hormonal aditiva consiste en administrar:

Tamoxifeno. Es el principal antiestrogénico que se usa como terapia adyuvante o como tratamiento de una enfermedad metastásica. Es el tratamiento de elección en las mujeres posmenopáusicas con receptores para los estrógenos.

## PRONÓSTICO

Los signos de mal pronóstico del carcinoma mamario son los siguientes:

- Edema extenso en la piel del seno afectado.

<sup>89</sup> Shirley Otto. op. cit. p. 109.

<sup>90</sup> Héctor Mondragón Castro. op. cit. p. 381.

<sup>91</sup> Shirley Otto. op. cit. p. 109.

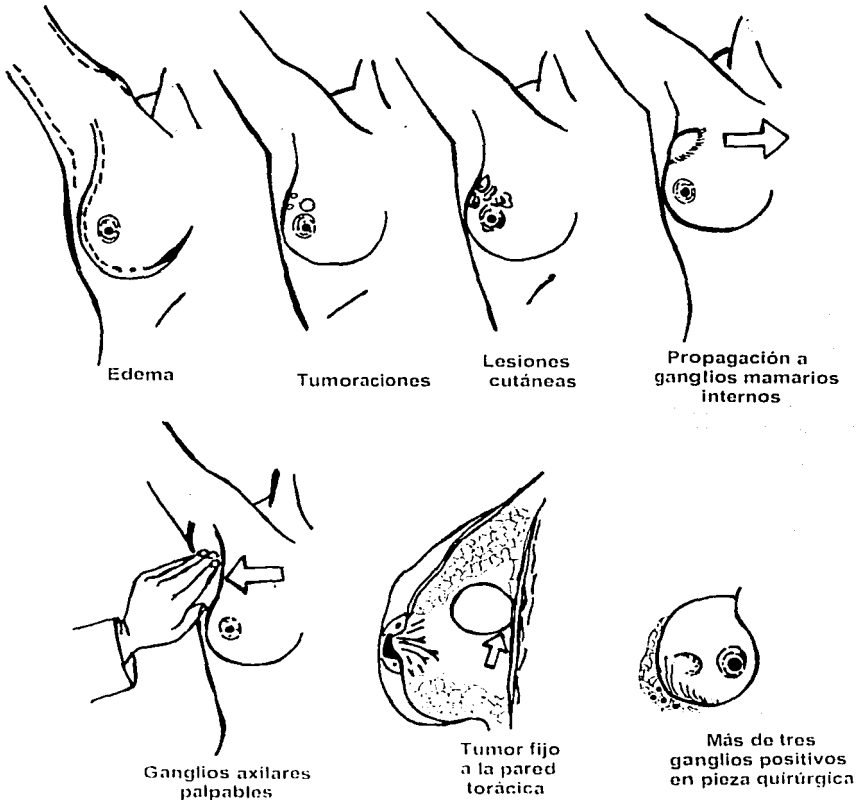


- Edema del brazo del lado afectado.
- Nódulo en la piel próxima al tumor.
- Úlceras extensas en la piel.
- Fijación de la tumoración a la pared torácica.
- Más de tres ganglios positivos en la pieza quirúrgica.
- Ganglios axilares fijos o mayores de 2.5 cm.
- Propagación del proceso a ganglios mamarios internos.
- Metástasis supraclaviculares.
- Carcinoma inflamatorio que indica afección de vasos sanguíneos y linfáticos.
- Metástasis a distancia.<sup>92</sup>(Ver Fig. 13)

---

<sup>92</sup> Héctor Mondragón Castro op. cit p. 374.

FIGURA No. 13  
DATOS CLÍNICOS SUGERENTES DE MALIGNIDAD DEL  
SENO



FUENTE: Misma de la Figura No. 3. p. 377.

4. PLAN  
DE  
ATENCIÓN  
DE  
ENFERMERÍA

#### **4.1. PRESENTACIÓN DEL CASO**

##### **Descripción genérica del caso:**

La señora Martha A. M. de 51 años de edad, casada, católica, originaria de Lagos de Moreno Jalisco, reside en el Distrito Federal desde hace 33 años. Habita casa propia, cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios.

##### **Problemática psicosocial fundamental:**

Actualmente vive en compañía de su esposo con sus tres hijos de 30, 28 y 18 años respectivamente. Su esposo trata de asistirle en todo momento, disponiendo de tiempo debido a que es jubilado. Dice que es sumamente celoso al igual que su hijo mayor pero es debido al cariño que le tienen. En ocasiones sus hijos discuten acerca de las labores a realizar en el hogar pero la señora es neutral en sus decisiones y trata de mantener la armonía en su casa. Cuando le diagnosticaron cáncer de mama refiere haber pensado que iba a morir rápidamente sin embargo aclara que gracias al apoyo de su esposo y de sus hijos ha logrado salir adelante.

##### **Problemática física:**

La señora Martha aparentemente no tiene afecciones respiratorias. Consume una dieta regular que aclara es equilibrada, no existen problemas durante la ingestión de los alimentos. Niega problemas durante la eliminación. Refiere que se encuentra un poco preocupada por su enfermedad y eso la hace reflexionar durante la

noche pero sin quitarle el sueño (aunque aclara no estar preocupada se puede observar cierta ansiedad respecto a su enfermedad). Su forma de vestir es acorde al lugar, condiciones del ambiente y circunstancias. Se baña diariamente y cepilla sus dientes tres veces al día, sus artículos personales no los comparte con nadie más.

Respecto al cáncer de mama que actualmente padece, refiere desconocer aspectos relacionados con el mismo como: técnica de autoexploración mamaria, factores de riesgo del cáncer de mama e información respecto a la cirugía (cuidados pre y post-operatorios).

#### **Problemática espiritual:**

Actualmente no trabaja. Después de saber que tenía cáncer trata de llevar a cabo todas las indicaciones que le informan. No existe ningún problema durante el ejercicio de su sexualidad. Considera que la vida es muy importante y debe cuidarse. Procura conservar las tradiciones durante el año en compañía de sus familiares. Cree en Dios y confía en que no importa lo que pasará todo saldrá bien.

Por todo lo anterior expuesto, conviene estudiar el caso clínico de la señora Martha A. M. con base en el enfoque teórico de Virginia Henderson (que es el que se llevó a cabo en la mayoría de los semestres), orientado en las 14 necesidades del ser humano, gracias a la implementación de un Plan de Atención de Enfermería identificando el estado de salud de la paciente y sus problemas de salud reales y potenciales, para llevar a cabo Intervenciones de Enfermería específicas para satisfacer esas necesidades.

## 4.2. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

**Fecha:** 28 de Octubre del 2002

**Hora:** 17:30 horas

### A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Iniciales del cliente:** M. A. M. **Sexo:** Femenino **Edad:** 51 años  
**Fecha de nacimiento:** 17 de enero de 1951 **Lugar de Nacimiento:**  
Lagos de Moreno, Jalisco **Religión:** Católica **Ocupación:** Hogar  
**Estado civil:** Casada **Escolaridad:** Primaria **Lugar de Residencia:**  
México, D. F.

(Si se desean datos personales de la paciente acudir con la autora del trabajo).

### B. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

**Abuelo paterno** desconoce causa de su muerte.

**Tío paterno** fallecido a causa de tumor canceroso en la columna vertebral.

**Abuelos maternos** sin antecedentes de enfermedades aunque ya fallecieron.

**Madre** fallecida a causa de infarto.

**Padre** muerto a causa de un asesinato.

**Hermanos** en total son 9, todos aparentemente sanos.

Hijos en total son tres; 30, 28 y 18 años respectivamente, aparentemente sanos.

### **C. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

Nacida en Lagos de Moreno, Jalisco; radica en el Distrito Federal. Habita casa propia de concreto de dos pisos, cuenta con sala, comedor, cocina, dos baños, 3 recámaras. Iluminación y ventilación adecuados, contando con grandes ventanales. Tiene un cotorro, dos gorriones y bastantes peces.

Los servicios públicos con los que cuenta son: servicio de agua; lugar donde colocar la basura, la cual vienen a recoger a su domicilio con regularidad; las calles están pavimentadas y tienen alumbrado público; el lugar donde vive no está aislado ya que cuenta con teléfono, además está cerca la red de transporte público y existen diferentes rutas de transporte colectivo.

#### **Alimentación**

Dieta adecuada en cantidad y calidad. Acostumbrando comer los siguientes alimentos a la semana:

Leche 7 X 7 (2 vasos al día)	Verduras 7 X 7
Tortilla 7 X 7 (5 tortillas al día)	Pastas 3 X 7
Pan 7 X 7	Carne 7 X 7
Agua 7 X 7 (2 litros de agua al día)	Frutas 7 X 7
Cereales 6 X 7 (sólo durante la mañana)	Huevo 3 X 7

#### **Eliminación**

Intestinal: 2 veces al día, características normales.

Vesical: 3 a 4 veces, características normales.

### **Higiene y vestido**

Baño y cambio de ropa de vestir diario.

Aseo bucal 3 veces al día.

Uso de artículos personales (crema, jabón, desodorante y cosméticos)

Su ropa se encuentra limpia y acorde al lugar, condiciones del ambiente y circunstancias.

Utiliza un peluca la cual se encuentra en buenas condiciones.

### **Descanso y sueño**

Acostumbra dormir de 8 a 9 horas, sin tomar siestas vespertinas. Considera que la calidad del sueño es adecuada y al despertar no siente fatiga.

### **Comunicación y sexualidad**

Utiliza anteojos debido a que tiene miopía en ambos ojos.

No tiene problemas auditivos ni vocales que le impidan comunicarse.

Niega la presencia de problemas en su relación de pareja.

### **Creencias y valores**

Opina que la vida es algo importante que debe cuidarse.

Lo más importante para ella es Dios y su familia.

### **Trabajo, realización y recreación**

La paciente no trabaja, pero se dedica al hogar y su familia, deseando que después de cirugía todo salga bien.

No practica actividades deportivas, pero acostumbra ver la televisión, leer y salir a pasear o simplemente caminar.



## **D. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

### **Enfermedades pasadas (niñez y edad adulta):**

Ha padecido sarampión, paperas, varicela.

### **Inmunizaciones:**

Cuenta con inmunizaciones de la niñez contra tétanos, sarampión, poliomielitis.

La vacuna del tétanos hace 3 años que se la aplicó debido a que se picó con un alambre.

### **Cirugías:**

Ha estado hospitalizado hace 29 años por la apendicetomía durante la cual le hicieron también una resección de quistes en el ovario sin saber si fue derecho o izquierdo.

### **Alergias:**

Niega alergias a medicamentos y alimentos.

### **Transfusiones:**

Negadas

## **E. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS**

Menarca a los 12 años.

Ritmo: 28 X 3

Fecha de última menstruación a los 49 años

Inicio de vida sexual activa a los 20 años.

Tipo de relaciones: heterosexuales.

Número de parejas sexuales: 1.

Gestas: 3      Aborto: 0      Cesárea: 0      Para: 3

GESTA	AÑO	SEXO	PESO
Gesta I	1972	Masculino	3,800
Gesta II	1974	Masculino	3,700
Gesta III	1984	Masculino	3,300

Paridad inicial a los 21 años.

Lactancia positiva durante 6 meses aproximadamente por cada hijo.

Utilizó anticonceptivos hormonales durante año y medio.

Se realiza el Papanicolaou cada año con resultado negativo a cáncer.

#### F. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

Familia nuclear, compuesta de padre, madre y tres hijos de 30, 28 y 18 años respectivamente. Guillermo J. G. (esposo) tiene 61 años, es jubilado y recibe sólo la pensión otorgada de 2,300 pesos mensuales. Martha A. M. (esposa, paciente en cuestión), tiene 51 años de edad, no trabaja, dedicándose a las labores del hogar. Guillermo J. A. (hijo) de 30 años es electricista, gana aproximadamente 4,500 pesos mensuales. Rubén J. A. (hijo) de 28 años es cajero, gana aproximadamente 3,800 pesos mensuales. Jesús J. A. (hijo) de 18 años es estudiante de preparatoria.

## **G. PADECIMIENTO ACTUAL**

En el mes de julio del 2001 acudió a su unidad de medicina familiar, donde durante el examen mamario la doctora le detectó un nódulo en la mama izquierda de unos 3 cm, duro, no doloroso al tacto, debido a lo cual canalizó a este servicio. Posteriormente se le realizó una mamografía sin definir malignidad o benignidad del nódulo por lo que se realizó un biopsia de aspiración de aguja fina (B. A. A. F.) de la lesión, definiendo el carcinoma de glándula mamaria izquierda. Recibió 4 ciclos de quimioterapia en el Hospital Centro Médico Siglo XXI, desconociendo cuáles fueron los medicamentos utilizados. Después de los ciclos de quimioterapia se notificó al médico tratante (Dr. Vargas, Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala"), que el tumor se había reducido a un centímetro, por lo cual se programó para resección quirúrgica del tumor.

**Necesidades valoradas (con apoyo del Instrumento de Valoración de Enfermería) referentes a:**

### Respiración:

- ✓ La paciente aparentemente no tiene ninguna afección respiratoria.
- ✓ No existen animales domésticos que puedan producir alguna alergia.
- ✓ No hay personas fumadoras a su alrededor, tampoco fuma.

- ✓ Existe buena ventilación en su hogar.
- ✓ No practica ejercicio al aire libre.

#### Alimentación:

- ✓ La paciente consume una dieta variada y balanceada, los alimentos son principalmente: leche, tortillas, verduras, pastas pan, carne, frutas, huevo, agua cereales. Además considera que su alimentación es adecuada debido a que procura variar los alimentos y trata de no consumir muchas grasas, casi retirándolas por completo de sus alimentos.
- ✓ Consume los alimentos tres veces al día (8, 14 y 20 horas), aunque entre comidas ingiere algunos dulces.
- ✓ Su dentadura está completa y aparentemente en buenas condiciones.
- ✓ Durante los últimos meses su peso a aumentado lo cual atribuye a la preocupación por la enfermedad.
- ✓ Regularmente acostumbra comer en casa al lado de su familia.
- ✓ Para la paciente, el significado de comer es la necesidad que se tiene por parte del cuerpo para poder llevar a cabo las actividades diarias.

#### Eliminación:

- ✓ La paciente no presenta alguna afección intestinal y vesical.
- ✓ La orina y heces son macroscópicamente normales.

- ✓ La paciente ya no menstrua desde hace dos años (menopausia). La secreción vaginal que presenta es de color blancuzco, escasa, no fétida.
- ✓ Cantidad de orina entre 1300 a 1500 mililitros por día.
- ✓ Cantidad de heces fecales entre 300 a 400 gramos al día.

#### Movilidad y Postura

- ✓ La paciente no tiene ninguna limitación o enfermedad que dificulte su movilidad

#### Dormir y descansar:

- ✓ La paciente refiere dormir bien (8 a 9 horas).
- ✓ No acostumbra tomar siestas.
- ✓ Parece ser que desde que se enteró que tiene cáncer durante la noche lo reflexiona pero realmente no le ha afectado el sueño.

#### Vestido:

- ✓ El vestido de la paciente es acorde al lugar, condiciones del ambiente y circunstancias.
- ✓ A pesar de que la paciente ha recibido cuatro ciclos de quimioterapia y una de las consecuencias ha sido la pérdida del cabello, procura utilizar una peluca que vaya de acuerdo con su apariencia tratando de arreglarse lo mejor posible.
- ✓ La paciente utiliza una peluca que se encuentra en buenas condiciones.

### Temperatura:

- ✓ La temperatura de la paciente se encuentra dentro de parámetros normales (36.7° C)

### Higiene y protección de la piel:

- ✓ Lavado de manos, por lo regular después de realizar una actividad.
- ✓ El uso de su toalla de baño es personal.
- ✓ El cambio de ropas de cama lo realiza cada 8 días.
- ✓ Fue sometida a cuatro ciclos de quimioterapia por lo que tiene alopecia la cual oculta con una peluca que se encuentra en buenas condiciones.
- ✓ Buen aspecto personal.
- ✓ El cambio de ropa es diariamente y completo.
- ✓ Dientes completos, observándose discreta caries y todos los molares obturados.

### Evitar peligros:

- ✓ No existe ningún problema en los órganos de los sentidos que la puedan exponer.
- ✓ Las medidas de seguridad de las que tiene conocimiento son muy escasas
- ✓ Acata algunas normas viales (semáforos y pasos peatonales).

### Comunicación y sexualidad:

- ✓ La paciente utiliza lentes y no tiene problemas auditivos.

- ✓ No existe ningún problema vocal que le impida la comunicación.
- ✓ Vive con su esposo y sus tres hijos. Identificándose mejor con su esposo y su hijo menor.
- ✓ La paciente refiere no tener ningún problema para ejercer su sexualidad en relación con su pareja.
- ✓ Expresa su necesidad sexual a través de las caricias, considerando que sus necesidades están siendo satisfechas.
- ✓ No utiliza ningún método de control natal porque hace dos años que no menstrua.
- ✓ No sabe realizar la autoexploración mamaria. Se realiza el Papanicolaou cada año.

#### Creencias y valores:

- ✓ Considera que la vida es algo importante que debe cuidarse.
- ✓ Opina que la muerte puede llegar en cualquier momento cuando uno menos lo imagine.
- ✓ Las tradiciones que conserva durante el año son: Día de muertos, la Navidad, el Año Nuevo y el Día de Reyes.
- ✓ El Día 12 de diciembre es muy especial para la paciente.
- ✓ Lo más importante para la paciente es Dios y su familia.

#### Trabajo y realización:

- ✓ La paciente no trabaja, se dedica al hogar.
- ✓ Considera que su salud es buena y no le impide hacer actividades, lo que realmente se lo impide es la edad.

- ✓ Sus principales metas son mejorar y después poder viajar al lugar donde nació para descansar y olvidarse de preocupaciones.
- ✓ El rol que desempeña en la sociedad es ser madre y esposa.

#### Recreación:

- ✓ La paciente tiene bastante tiempo libre después de sus labores en el hogar.
- ✓ Ese tiempo lo dedica a atender a su familia, descansar y salir a pasear. Además ve la televisión, lee y a veces juega en su casa juegos de mesa.
- ✓ No practica deportes.
- ✓ En su comunidad existen lugares donde se puede divertir como cine, centros comerciales para curiosear y un parque.

#### Aprendizaje:

- ✓ La paciente conoce el motivo de su hospitalización.
- ✓ Dice no haber recibido información desde que está en el hospital acerca de la cirugía que le practicarán, y desconoce los tratamientos subsecuentes después de la misma.

## **H. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS**

**Aparato respiratorio:** Sin alteraciones aparentes.

**Sistema cardiovascular:** Sin alteraciones aparentes.



**Sistema vascular periférico:** Refiere presentar edema ligero durante las caminatas largas con discreto dolor que se alivia al reposar.

**Aparato digestivo:** Antecedentes de apendicectomía hace 29 años. En ocasiones tiende a padecer indigestión después de comer la cual cede con la ingestión de Pepto-Bismol.

**Aparato urinario:** Sin alteraciones aparentes.

**Aparato reproductor:** Antecedentes de resección de quiste de ovario hace 29 años. Esto ocurrió debido a que durante la apendicectomía, el doctor detectó los quistes y los extirpó, avisando posteriormente a la paciente.

Uso de anticonceptivos hormonales durante año y medio después del nacimiento de su segundo hijo, refiriendo que posteriormente utilizó el dispositivo intrauterino. Cáncer de mama izquierda.

**Sistema músculo esquelético:** Sin alteraciones aparentes.

**Sistema neurológico:** Sin alteraciones aparentes.

## I. EXPLORACIÓN FÍSICA

**Inspección general:** Paciente femenina, bien desarrollada, edad cronológica de acuerdo a la declarada. Postura erecta, marcha independiente, bipodálica. Alerta, cooperadora. Orientada en tiempo, lugar y persona. Buen arreglo personal con ausencia de olores corporales desagradables.

**Signos Vitales:** Temperatura: 36.7° C Pulso: 84x' Respiración: 19x' Tensión Arterial: 125/70 en brazo izquierdo; 120/70 en brazo derecho.

**Estado nutricional:** Estatura: 1.68 cm      Peso: 75 kilogramos

**Complexión:** Regular

**Estilo de vida:** Sedentario

**Estado mental:** Procesos mentales claros y lógicos, sin dificultad para recordar acontecimientos recientes o pasados.

**Piel:** Tono de piel claro. Zonas con ligera resequedad en codos, talones y plantas de los pies.

**Cabello:** Castaño claro, muy corto y escaso (cabello nuevo). Se notan zonas con alopecia.

**Cabeza:** Normocefálica, sin exostosis o endostosis; cejas simétricas escasas; pestañas escasas; pupilas isocóricas y normoreflexicas; orejas simétricas, conductos recubiertos con cerumen en poca cantidad; nariz sin lesiones; labios de tono rosado, encías rosas, 32 piezas dentales con obturaciones en todos los molares, caries de primer grado, lengua sin lesiones.

**Cuello:** Simétrico, cilíndrico; tráquea móvil, no dolorosa.

**Tórax y pulmones:** Respiración tranquila, sin dificultad; tórax normolíneo, expansión torácica simétrica; campos pulmonares bien ventilados.

**Corazón:** Ritmo regular con buena intensidad y frecuencia.

**Mamas y axilas:** Mamas redondas y simétricas. Presenta nódulo en nivel infero interno de mama izquierda de aproximadamente 2 cm a 5 cm del pezón, ligeramente dura, móvil, no dolorosa a la presión, sin observarse lesiones en la piel. Areolas y pezones simétricos sin secreciones. Axila izquierda con nódulo de aproximadamente 2 cm duro y móvil. Mama y axila derecha sin alteraciones aparentes.

**Abdomen:** Plano, depresible, peristaltismo presente; ombligo en línea media, sin estrías.

**Genitales:** Genitales externos femeninos sin secreción ni olor, vello púbico escaso.

**Miembros superiores:** Simétricos, cicatriz antigua en codo derecho, pulsos periféricos presentes.

**Miembros inferiores:** Simétricos, pulsos periféricos presentes. Marcha bipodálica.

## J. DATOS DE LABORATORIO

CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE
<b>*Química sanguínea:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucosa: 60-100 mg/100 ml</li> <li>• Urea: 16-36 mg/100 ml</li> <li>• Creatinina: 0.75 mg/100 ml</li> </ul>	<b>Química sanguínea:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucosa: 90 mg/100 ml</li> <li>• Urea: 31 mg/100 ml</li> <li>• Creatinina: 0.7 mg/dl</li> </ul>
<b>*Examen de orina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Densidad: 1 003 - 1 035</li> <li>• pH: 6</li> <li>• Glucosa: Negativa</li> <li>• Proteínas: Negativo</li> <li>• Hemoglobina: Negativa</li> </ul>	<b>Examen de orina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Densidad: 1 020</li> <li>• pH: 6</li> <li>• Glucosa: Negativa</li> <li>• Proteínas: Negativo</li> <li>• Hemoglobina: Negativa</li> </ul>
<b>*Biometría Hemática:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoglobina (Hb): 13 - 17 g/dl</li> <li>• Hematocrito (Hto): 45 - 55 %</li> </ul>	<b>Biometría Hemática:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoglobina: 14.5 g/dl</li> <li>• Hematocrito: 43 %</li> </ul>
<b>Grupo sanguíneo y Factor Rh:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo: A</li> <li>• Factor Rh: Positivo</li> </ul>	

(\*Valores tomados de MARTINEZ D; Salvador. Cirugía. Bases del conocimiento quirúrgico. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2ª ed. México, 1998. p. 97.)

No se registran alteraciones en los datos de laboratorio.

### 4.3. PLAN DE CUIDADOS EN EL PERÍODO PREOPERATORIO

#### A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Iniciales del cliente:** M. A. M. **Sexo:** Femenino **Edad:** 51 años  
**Fecha de nacimiento:** 17 de enero de 1951 **Lugar de Nacimiento:**  
Lagos de Moreno, Jalisco **Religión:** Católica **Ocupación:** Hogar  
**Estado civil:** Casada **Escolaridad:** Primaria **Lugar de Residencia:**  
México, D. F.

#### B. DIAGNÓSTICO MÉDICO

Cáncer de Mama Izquierda

#### C. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Ansiedad relacionada con el diagnóstico de cáncer.
2. Déficit de conocimiento de las medidas de autoexploración mamaria así como factores de riesgo en el cáncer de mama relacionadas con falta de información, costumbres y hábitos.
3. Déficit de conocimientos relacionados con el diagnóstico de cáncer de mama y opciones terapéuticas.
4. Ansiedad relacionada con la intervención quirúrgica.

**Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con el diagnóstico de cáncer manifestada con preocupación e inquietud**

**Objetivo:** Disminuir la ansiedad  
Proporcionar bienestar y seguridad a la paciente

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>28/10/02 Comunicación</p>	<p>1. Valorar el nivel de ansiedad de la paciente.</p> <p>2. Animar a la paciente a expresar sus preocupaciones y temores.</p> <p>3. Permanecer con la paciente estableciendo conversación amena para ella, esto a fin de transmitir empatía e interés.</p> <p>4. Iniciar diálogos sobre cuestiones relacionadas al diagnóstico de cáncer.</p>	<p>1. Los efectos de la ansiedad sobre las capacidades de una persona pueden ser leves, moderados o graves.</p> <p>2. Animar a la paciente a compartir sus preocupaciones permite a la enfermera identificar y corregir cualquier concepto erróneo que pueda mitigar el temor.</p> <p>3. Mientras más confianza y prestigio inspira una persona, más probable será que los demás acepten su comunicación como válida sin alteraciones.</p> <p>4. Un diálogo abierto y franco puede ayudar a transmitir una esperanza realista. Evitar el tema sólo proporciona sentimientos de desesperación y aislamiento.</p>	<p>29/10/02 La paciente puede conversar y expresar sus temores y preocupaciones relacionados con el cáncer. Afirma que el saber que una persona tiene cáncer el futuro tiende a ser incierto porque no se sabe lo que va a pasar. Su ansiedad aparentemente ha disminuido.</p>

**Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimiento de las medidas de autoexploración mamaria así como factores de riesgo en el cáncer de mama relacionadas con falta de información, costumbres y hábitos manifestada con dudas y preguntas en torno a estos temas**

**Objetivo:** Incrementar los conocimientos relacionados con la autoexploración mamaria y los factores de riesgo del cáncer de mama

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>28/10/02 Aprendizaje</p>	<p>1. Valorar las necesidades de aprendizaje, disposición para aprender y factores que influyen en el aprendizaje de la paciente.</p> <p>2. Desarrollar un plan de información sobre la técnica de exploración.</p> <p>3. Demostración de la técnica de autoexploración mamaria.</p> <p>4. Indicar la necesidad de continuar la práctica de la autoexploración mamaria con regularidad.</p>	<p>1. Una valoración previa a la enseñanza contribuirá a la eficacia, conveniencia y éxito del proceso enseñanza-aprendizaje.</p> <p>2. Permite mejorar los comportamientos sanitarios, incrementar las posibilidades de detección precoz y aumentar los conocimientos y la capacidad de toma de decisiones.</p> <p>3. La mayoría de las masas en la mama las descubren las propias pacientes.</p> <p>4. Las mujeres con antecedentes de cáncer mamario tienen mayor riesgo de presentarlo en la otra mama.</p>	<p>30/11/02 Se realizó la técnica de exploración mamaria y posteriormente se le pidió a la paciente que ella misma la ejecutara. La paciente al principio se mostró nerviosa, pero después ganó confianza y su nerviosismo disminuyó. Actualmente puede mencionar cuales son los factores de riesgo para el cáncer de mama y mencionar cuales son los principales en su caso.</p>

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	5. Enseñar a la paciente los factores de riesgo para cáncer de mama.	5. La valoración de los factores de riesgo, incluye la percepción de éstos y las creencias acerca de las causas.	

**Diagnóstico de Enfermería:** Déficit de conocimientos relacionados con el diagnóstico de cáncer de mama y opciones terapéuticas manifestado por dudas y preguntas en torno al cáncer de mama y algunas de las medidas a seguir

**Objetivo:** Incrementar los conocimientos relacionados con el diagnóstico de cáncer de mama y opciones terapéuticas

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
28/10/02 Aprendizaje	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayudar a la paciente a concentrarse en reunir información y tomar decisiones sobre una fase de tratamiento a la vez. (su tratamiento es quirúrgico: Cuadrantectomía y Disección axilar izquierda).</li> <li>2. Proporcionar opciones precisas y fácilmente comprensibles y dejar tiempo para la toma de decisiones.</li> <li>3. Estimular a la paciente a realizar preguntas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La toma de decisiones sobre una fase de tratamiento a la vez, minimiza la sobre carga de información y lo abrumador de sus sentimientos.</li> <li>2. Permitir que la paciente tome una decisión, confirmar la comprensión por parte de la paciente y proporcionar apoyo.</li> <li>3. Los conocimientos de salud adecuados aumentan la capacidad de la persona proteger su salud y evitar hacerse daño.</li> </ol>	30/10/02 La información proporcionada a la paciente de acuerdo al tratamiento recibido antes de la cirugía y después de la misma fue: quimioterapia y la cirugía misma (cuidados pre y post-operatorios), además de información acerca de radioterapia. Debido a esto la paciente conoce las opciones terapéuticas arriba mencionadas, así como sus inconvenientes.



**Diagnóstico de Enfermería:** Ansiedad relacionada con la intervención quirúrgica manifestada con inquietud y preocupación respecto a procedimientos y reacciones físicas antes y después de la cirugía

**Objetivo:** Disminuir la ansiedad

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>28/10/02 Comunicación y aprendizaje</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tranquilizar a la paciente.</li> <li>2. Valorar la experiencia quirúrgica previa de la paciente.</li> <li>3. Averiguar los conocimientos de la paciente sobre esta cirugía y la rutina pre y post-operatoria.</li> <li>4. Informar a la paciente y los familiares los cuidados pre y post-operatorios de rutina.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La identificación de actitudes positivas en los demás reduce el miedo y la ansiedad y favorece la comodidad.</li> <li>2. Conocer la experiencia quirúrgica de la paciente ayuda a comprender dudas y temores surgidos con anterioridad.</li> <li>3. Conocer los conocimientos sobre la rutina pre y post -operatoria ayuda a determinar donde existe falta de información.</li> <li>4. Comprender las rutinas favorece la cooperación y recuperación.</li> </ol>	<p>28/10/02 Debido a que la paciente había tenido la experiencia previa de tratamiento quirúrgico, no fue tan complicado que ella lograra comprender cómo sería esta nueva cirugía. Previamente informada, la paciente es capaz de explicar que tipo de intervención quirúrgica le van a realizar y cual es la rutina pre y post-operatoria que se llevará a cabo. La ansiedad de la paciente aparentemente ha disminuido y puede expresar sus principales dudas.</p>

#### 4.4. PLAN DE CUIDADOS EN EL PERÍODO POST-OPERATORIO

##### P. S. O. A. P.

**Fecha de elaboración:** 29 de Octubre del 2002

**Hora:** 16:00 p.m.

**Servicio:** Oncología

##### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Iniciales del cliente:** M. A. M.    **Sexo:** Femenino    **Edad:** 51 años

**Grupo y Rh:** "A" Positivo

##### P:

Paciente femenina cursando sus primeras horas de pos-operatorio mediato de una Cuadrantectomía y Disección Axilar Izquierda; porta apósito en mama izquierda fijado con vendaje elástico en tórax y drenovac a derivación del mismo lado.

##### S:

La paciente refiere debilidad, dificultad para respirar y dolor moderado en herida quirúrgica de mama izquierda. Manifiesta incomodidad en el brazo donde está colocada la venoclisis y dolor con dificultad a la movilización en el brazo izquierdo.

Demuestra inquietud en relación al tamaño de la herida y alteración en la mama causada por la cirugía. Refiere además buena movilización y sensibilidad en los miembros inferiores.

O:

Signos vitales:

- Temperatura: 36.6 °C
- Tensión arterial: 115/70
- Frecuencia cardiaca: 92 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 27 x minuto

Exploración física:

Paciente femenina con edad cronológica a la aparente. Conciente, cooperadora e inquieta, ligera palidez de tegumentos. Facias de dolor, narinas con puntas nasales a 4 litros por minuto, mucosa oral semihidratada. Tórax con movimientos respiratorios simétricos, rítmicos, rápidos y superficiales; campos pulmonares bien ventilados; latido cardiaco con buen ritmo pero ligeramente elevada su frecuencia. Porta apósito en mama izquierda fijada con vendaje elástico en tórax, observándose mancha hemática poco activa. En axila izquierda, lugar de inserción del drenovac cubierto con gasa con discreta mancha hemática no activa drenando líquido hemático en regular cantidad. Miembros superiores con pulsos periféricos presentes; venoclisis permeable en mano derecha con solución glucosada al 5% de 1000ml para 12 horas, faltando por pasar 550 ml; miembro superior izquierdo con movilidad disminuida. Abdomen plano, depresible, peristaltismo presente, genitales sin alteraciones.

Miembros inferiores con pulsos periféricos, movilidad y sensibilidad presentes.

**A:**

Diagnóstico médico: Cáncer de mama Izquierda

Cirugía realizada: Cuadrantectomía y Disección Axilar Izquierda

Sangrado trans-operatorio: 700 ml

Paciente femenina cursando su post-operatorio mediato, palidez de tegumentos, manifestando dolor en herida quirúrgica de cuadrante infero interno de mama izquierda, asimismo, dolor a la palpación y movilización del brazo izquierdo. Signos vitales con discreto aumento en sus valores comparados con los registrados antes de la cirugía. Apósito en mama izquierda con mancha hemática poco activa y drenovac a derivación drenando líquido hemático en regular cantidad.

**P:**

A continuación se mencionarán los Diagnósticos de Enfermería en el período post-operatorio y posteriormente se incluirá el Plan de Cuidados para cada uno de ellos.

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la cirugía
2. Déficit del volumen de líquidos relacionado con sangrado trans-operatorio y drenovac
3. Deterioro de la movilidad física relacionado con la disección de ganglios axilares
4. Alteración de la movilidad física relacionada con venoclisis en brazo derecho

5. Dolor relacionado con la intervención quirúrgica
6. Potencial riesgo de infección relacionado con incisión quirúrgica
7. Peligro de infección relacionado con la posibilidad de linfedema
8. Temor relacionado con la posibilidad de recurrencia del cáncer
9. Trastorno de la imagen corporal relacionada con la alteración de la mama
10. Déficit de conocimiento relacionado con el cuidado de la incisión y del drenovac

**Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la cirugía manifestado con dificultad para respirar y falta de aliento.**

**Objetivos:** Mantener un patrón respiratorio eficaz  
Conservar la vía aérea permeable

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>29/10/02 Respiración</p>	<p>1. Valorar y registrar la situación respiratoria del paciente. Incluyendo frecuencia y ritmo respiratorios; ruidos respiratorios; expansión del tórax; respiración con labios fruncidos; color de la piel.</p> <p>2. Aplicación de oxígeno a través de puntas nasales, 4 litros por minuto, verificando continuamente la adecuada colocación de las mismas y observando si la cantidad aplicada es suficiente.</p>	<p>1. La valoración del estado respiratorio proporciona datos basales para evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras.</p> <p>2. Administra oxígeno en baja concentración. Las concentraciones aproximadas de oxígeno que suministra la cánula basal en 4 litros es 36%. La oxigenación adecuada al paciente incrementa un intercambio gaseoso favorable, acelera la eliminación del anestésico e impide la atelectasia.</p>	<p>29/10/02 La respiración del paciente mejora. Las vías aéreas se encuentran permeables. Debido a esto, 4 horas después se retiraron las puntas nasales. Su frecuencia respiratoria es de 20 respiraciones por minuto, no se escuchan ruidos respiratorios y su color de piel es normal. La paciente puede realizar eficazmente los ejercicios de respiración, además de avisar en caso de que desee cambiar de posición (semifowler) para una mejor ventilación.</p>

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p><b>3. Verificar y registrar los signos vitales cada media hora en especial la frecuencia respiratoria.</b></p> <p><b>4. Colocar a la paciente en posición semifowler.</b></p> <p><b>5. Enseñar a la paciente a:</b></p> <p>a) Inhalar a través de la nariz.</p> <p>b) Respirar lentamente en forma rítmica y relajada.</p>	<p><b>3. La vigilancia constante de los signos vitales principalmente la respiración facilita la detección precoz de complicaciones.</b></p> <p><b>4. La posición semifowler favorece la circulación y el intercambio respiratorio.</b></p> <p><b>5.</b></p> <p>a) Permite filtrar y humectar el aire.</p> <p>b) De esta forma se logran espiración y vaciamiento pulmonar más completos y disminuye los requerimientos de oxígeno.</p>	

**Diagnóstico de Enfermería:** Déficit del volumen de líquidos relacionado con sangrado transoperatorio y drenovac manifestado con palidez de tegumentos, debilidad y sequedad de mucosa oral

**Objetivo:** Prevenir complicaciones secundarias a pérdidas de líquidos corporales (sangrado)

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>29/10/02 Hidratación</p>	<p>1. Valorar cantidad, color y olor del líquido del drenovac y registrarlo.</p> <p>2. Informar si el líquido drenado es francamente sanguinolento o muy abundante.</p> <p>3. Toma, registro y valoración de los signos vitales.</p>	<p>1. Los drenes pueden enroscarse u obstruirse, produciendo un absceso dentro de la herida o que el líquido se derrame del sitio de inserción.</p> <p>2. El drenaje de una herida es muy rojo al principio, más tarde cambia y pasa a tener un color más claro. El volumen disminuye después de 2-3 días y a medida que se reduce puede retirarse la totalidad del sistema. El drenaje abundante indica hemorragia.</p> <p>3. El control de las constantes vitales permite detectar alteraciones y tomar las precauciones necesarias para evitar complicaciones. Además permiten detectar hipotensión o taquicardia que indican déficit de líquidos.</p>	<p>7/11/02</p> <p>Se mantuvo al paciente en observación y no existió aumento de resequead, ni cambios en la piel de la paciente. Se insistió en la ingesta de líquidos, los cuales la paciente aceptaba con agrado durante los días de estancia hospitalaria y posteriormente en su domicilio. Inicialmente el líquido obtenido por el drenovac fue de regular cantidad y francamente hemático. Al cursar su segundo día de post-operada el líquido fue ligeramente serohemático y en menor cantidad que el día anterior. El día 6 de noviembre durante el baño, el</p>



NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p><b>4. Vigilar el estado de la piel (coloración, turgencia, hidratación) y mucosas.</b></p>	<p><b>4. La escasa turgencia cutánea y la sequedad puede indicar deshidratación. La sequedad de la mucosa en la unión de la mejilla y la encía, es un indicio importante de déficit de volumen. La presencia de pliegues longitudinales en la lengua indica un déficit de volumen de líquido.</b></p>	<p>drenovac se salió accidentalmente , la paciente acudió a su médico, pero como no existían datos de infección se le informó que tenía que seguir lavando el sitio de inserción del drenovac con agua limpia y jabón, después cubrirla con una gasa.</p>

**Diagnóstico de Enfermería:** Deterioro de la movilidad física relacionado con la disección de ganglios axilares manifestado con dificultad para mover el miembro superior izquierdo

**Objetivo:** Mejorar el movimiento de miembro superior izquierdo

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
29/10/02 Movilidad y postura	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar el brazo afectado sobre almohadas.</li> <li>2. Evitar la abducción y elevar el brazo por encima del nivel del hombro.</li> <li>3. Evitar tomar la presión arterial, muestras sanguíneas o aplicación de inyecciones en el brazo afectado .</li> <li>4. Explicar a la paciente la necesidad de mover el brazo, mencionando además las complicaciones de la inmovilidad.</li> <li>5. Administrar analgésico si está indicado por el</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La elevación aumenta la circulación y previene el edema.</li> <li>2. La abducción puede provocar la aparición de seroma.</li> <li>3. Se evita el riesgo de linfedema.</li> <li>4. Las explicaciones pueden ayudar a obtener la colaboración a pesar del dolor o temor a caerse. El uso temprano de músculos y articulaciones de la mano y el brazo impide la atrofia muscular y las contracturas, además de que favorece el retorno del líquido.</li> <li>5. El control del dolor permite la máxima participación en las</li> </ol>	4/11/02 Durante las primeras horas después de la cirugía, el brazo afectado se colocó en unas almohadas, evitando en lo posible todo movimiento debido a que la paciente manifestaba mucho dolor. Al día siguiente se le enseñaron los ejercicios que debía hacer, y cuales serían los cuidados para el brazo afectado, posteriormente se realizaron preguntas para reafirmar que la información aprendida era la correcta. Ese mismo día se iniciaron algunos de esos ejercicios dependiendo del estado físico de la paciente (presencia o

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>médico: ketorolaco 30 mg. I.V. cada 8 horas durante el tiempo que tenga la venoclisis (día y medio) Posteriormente Ketorolaco tabletas de 10 mg cada 8 horas en caso de dolor (un día). Finalmente la misma dosis pero sólo en caso de dolor.</p> <p>6. Indicar a la paciente que haga ejercicios manuales, como apretar una pelota, abrir y cerrar el puño y que también flexione y estire el brazo a la altura del codo varias veces al día.</p> <p>7. Promover el uso del brazo para lavarse la cara, peinarse, colocarse pintura de labios y cepillarse los dientes.</p> <p>8. Explicar el motivo de un equilibrio</p>	<p>actividades y una mayor eficacia. Los analgésicos deben administrarse a tiempo para prevenir el dolor intenso. El ketorolaco se absorbe por músculo, se metaboliza en el hígado y se excreta por orina y bilis. Esta indicado en el tratamiento de corta duración de dolor moderado a intenso.</p> <p>6. Estos ejercicios pueden aumentar la circulación y ayudan a conservar la función.</p> <p>7. Los movimientos frecuentes con el brazo evitan el linfedema y las contracturas.</p> <p>8. La presencia de un vendaje compresivo grande y el deterioro de</p>	<p>ausencia de dolor) y la capacidad para movilizar el brazo. Los días siguientes los ejercicios planeados fueron realizados debido a que el dolor disminuía progresivamente. Durante éstos días se le administró el analgésico indicado a fin de disminuir el dolor durante la realización de los ejercicios logrando la plena cooperación de la paciente. Debido a lo anteriormente realizado, la paciente tiene facilidad para movilizar el miembro superior izquierdo. Además puede decir las actividades para aumentar el rango de movimiento del brazo, cuáles son las complicaciones de la inmovilidad y que hay que evitar realizar y tomar en el brazo afectado.</p>

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>deficiente; acompañar a la paciente mientras camina.</p> <p><b>9.</b> Promover la posición erecta con los hombros echados hacia atrás y los brazos al caminar o estar de pie.</p>	<p>la movilidad del brazo pueden interferir con el equilibrio y aumentar el riesgo de caídas.</p> <p><b>9.</b> La tendencia es llevar el brazo flexionado en la cintura y encorvarse lo que provoca contracturas en el codo y del hombro.</p>	

**Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la movilidad física relacionada con venoclisis manifestada con dificultad para mover el miembro superior derecho**

**Objetivo:** Incrementar los movimientos posibles en el miembro superior derecho durante el tiempo que se tenga la venoclisis

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
29/10/02 Movilidad y postura	<p>1. Explicar la finalidad de la venoclisis.</p> <p>2. Enseñar al paciente los cuidados de la venoclisis.</p> <p>3. Vigilar y enseñar a la paciente los signos de flebitis.</p>	<p>1. Las explicaciones ayudan a obtener la colaboración de los pacientes. El objetivo de la administración de líquidos I.V. es corregir o prevenir los trastornos hidroelectrolíticos y vías alternas para administrar medicamentos.</p> <p>2. La enseñanza en los cuidados de la venoclisis evita infecciones, salida accidental del catéter y aumenta los conocimientos sobre los movimientos a realizar con el brazo afectado (canalizado).</p> <p>3. La detección temprana de la flebitis permite evitar mayor traumatismo a la vena y reiniciar la infusión en otra vena. Las características de la flebitis son: - Edema</p>	30/10/02 La paciente es capaz movilizar su miembro superior derecho pero cuidando que no salga el catéter. Además puede mencionar las características de la venoclisis y cuáles son los signos que indican la aparición de flebitis.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"><li>- Enrojecimiento de la piel</li><li>- Hipersensibilidad en un principio y después en el trayecto de la vena</li><li>- El lugar de inserción del catéter se encuentra más caliente que otras zonas distales en la periferia del catéter.</li></ul>	

**Diagnóstico de Enfermería:** Dolor relacionado con la intervención quirúrgica manifestado por muecas, aumento del pulso y las respiraciones y molestia en el sitio de la herida quirúrgica cuadrante inferior interno de la mama izquierda

**Objetivo:** Disminuir el dolor

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>29/10/02 Dormir y descansar</p>	<p>1. Establecer una relación enfermera-paciente.</p> <p>2. Valorar los signos vitales.</p> <p>3. Valorar y registrar la localización, la calidad y la duración del dolor mediante una escala de dolor del 0 (ausencia del dolor) al 10 (dolor intenso).</p> <p>4. Administrar y registrar analgésicos indicados: ketorolaco 30mg I.V. cada 8 horas durante el tiempo que se tenga la infusión I.V. (día y medio).</p>	<p>1. Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor.</p> <p>2. El desequilibrio físico o psicológico provoca alteración en los signos vitales.</p> <p>3. La intensidad del dolor puede determinarse usando escalas del dolor o escalas analógicas visuales; además de la descripción que el paciente pueda proporcionar.</p> <p>4. La administración de analgésicos debe responder a las necesidades de cada individuo y a la vida media del medicamento para lograr su absorción, distribución y eliminación. El ketorolaco se absorbe</p>	<p>29/10/02 La paciente expresa disminución del dolor después de la administración del analgésico indicado. Además puede manifestar su dolor en la escala de 0 al 10, siendo de escala 3, aclarando que es sólo debido a la movilización. Los signos vitales registrados fueron estables: T= 36.5° C F.R.=21 respiraciones por minuto T/A= 115/80 F. C.= 82 pulsaciones por minuto. La terapia no farmacológica no dio resultado durante el tiempo que la paciente permaneció en el hospital debido a que eran</p>

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>Posteriormente ketorolaco tabletas de 10 mg cada 8 horas (un día). Finalmente la misma dosis sólo en caso de dolor.</p> <p><b>5.</b> Aconsejar a la paciente que solicite la analgesia antes de que el dolor sea muy intenso.</p> <p><b>6.</b> Vigilar el dolor con regularidad y verificar su intensidad antes y después de administrar los medicamentos.</p> <p><b>7.</b> Proporcionar a la paciente tratamiento no farmacológico como: respiración dirigida, música y distracción (televisión).</p> <p><b>8.</b> Reducir los estímulos ambientales perturbadores como la iluminación, el ruido, la temperatura.</p>	<p>por músculo, se metaboliza en el hígado y se excreta por orina y bilis. Esta indicado en el tratamiento de corta duración de dolor moderado a intenso.</p> <p><b>5.</b> El dolor esperado en el sitio de la incisión se controla mejor si no se permite que llegue a niveles altos.</p> <p><b>6.</b> La tolerancia a los medicamentos es un fenómeno fisiológico que se produce cuando la dosis de un medicamento deja de ser eficaz debido a un uso repetido del mismo.</p> <p><b>7.</b> El uso de medidas de alivio no agresivas (relajación, masaje, distracción) pueden favorecer los efectos terapéuticos de las medicaciones que alivian el dolor.</p> <p><b>8.</b> La reducción de estímulos ambientales puede ayudar a disminuir el dolor.</p>	<p>demasiados estímulos externos (cambio de turno, muchos familiares de otros pacientes, llegada y salida de pacientes). Sin embargo, en su domicilio fueron buenos resultados por lo que se logró relajar a la paciente con lo ya mencionado y su esposo e hijos procuraron brindar un ambiente tranquilo para el descanso y reposo de la paciente.</p>



**Diagnóstico de Enfermería: Potencial riesgo de infección relacionado con incisión quirúrgica manifestado por herida en cuadrante inferior interno de mama izquierda cubierta con apósitos y vendaje elástico en tórax**

**Objetivos:** Disminuir la posibilidad de infección

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>29/10/02 Higiene y Protección de la piel.</p>	<p>1. Vigilar si aparecen datos de infección (fiebre, enrojecimiento en la zona quirúrgica, edema, secreción purulento y/o fétida).</p> <p>2. Vigilar y registrar los signos vitales especialmente la temperatura.</p> <p>3. Utilizar técnicas estériles durante la curación de la herida quirúrgica.</p> <p>4. Mantener la herida quirúrgica y los apósitos que la cubren limpios y</p>	<p>1. La vigilancia permite detectar y tratar los signos iniciales de infección especialmente después de la cirugía.</p> <p>2. Las manifestaciones clínicas de infección son además de las correspondientes al proceso inflamatorio, la formación de pus, hipotermia, taquicardia, taquipnea, anorexia, náuseas, vómito, cefalea.</p> <p>3. La utilización de técnicas asépticas ayuda a reducir la cantidad de microorganismos y a inhibir su crecimiento, especialmente si son patógenos.</p> <p>4. La humedad favorece el crecimiento bacteriano. Los apósitos secos inhiben la</p>	<p>31/10/02 La piel está limpia y seca. No existen datos de infección en la herida quirúrgica. Los signos vitales se encuentran dentro de parámetros normales. La temperatura es de 36.5 ° C. La curación de la herida quirúrgica se realizó diariamente y en caso de que el apósito estuviera muy húmedo se cambiaba de forma aséptica para evitar infecciones.</p>

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>secos.</p> <p>5. Explicar al paciente la importancia de la curación de la herida quirúrgica.</p> <p>6. Administrar y registra antibiótico indicado: Cefotaxima 1 gr I.V. cada 12 horas (durante el tiempo que se tuviera la infusión). Posteriormente Cefalexina cápsulas de 500 mg cada 8 horas.</p>	<p>multiplicación y el paso de los gérmenes.</p> <p>5. La comprensión del procedimiento favorece la cooperación del paciente.</p> <p>6. La cefotaxima es una cefalosporina de 3ª generación con acción bactericida. Indicada en infecciones de la piel y tejidos blandos. La cefalexina es una cefalosporina de la 1ª generación, se absorbe rápidamente por vía oral, está indicada en el tratamiento alternativo de infecciones producidas por el <i>Staphylococcus aureus</i></p>	

**Diagnóstico de Enfermería: Peligro de infección relacionado con la posibilidad de linfedema manifestado por la disección de ganglios axilares**

**Objetivos:** Disminuir la posibilidad de infección  
Evitar la aparición de linfedema

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
29/10/02 Evitar peligros	<p>1. No medir la presión arterial, extraer sangre, colocar sueros o inyectar medicamentos en el brazo afectado.</p> <p>2. Colocar el brazo afectado sobre almohada.</p> <p>3. Controlar las mediciones regulares de la circunferencia del brazo en busca de cambios.</p> <p>4. Enseñar a la paciente a evitar lo siguiente:</p> <p>a. Tomas de la presión arterial en el brazo afectado.</p> <p>b. Joyas y ropas que le compriman.</p> <p>c. Llevar bolso u objetos pesados en el brazo afectado.</p>	<p>1. Estas acciones disminuyen la posibilidad de infección.</p> <p>2. La elevación aumenta la circulación y previene el edema</p> <p>3. Las mediciones regulares pueden detectar un aumento de linfedema.</p> <p>4.</p> <p>a. y b. La constricción en el brazo puede exacerbar el linfedema.</p> <p>c. Los bolsos y los objetos pesados aumentan la presión en la articulación del hombro.</p>	22/11/02 La paciente no muestra signos de linfedema ni alguna complicación relacionada. La paciente comprende los cuidados del brazo intervenido y los realiza en todo momento. La paciente está al pendiente de la aparición de edema en el brazo afectado.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p><b>5. Enseñar a la paciente precauciones para impedir lesiones en el brazo afectado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar guantes de cocina con manga larga.</li> <li>- Evitar cortes y rasguños.</li> <li>- Evitar inyecciones y punciones venosas de cualquier tipo.</li> <li>- Evitar los detergentes fuertes u otras sustancias químicas.</li> </ul> <p><b>6. Decirle que limpie rápidamente las heridas que se haga en el brazo o la mano y que las observe atentamente en busca de signos precoces de infección (enrojecimiento y aumento de la temperatura).</b></p>	<p><b>5. La lesión tisular con peligro para el drenaje linfático exacerba el linfedema.</b></p> <p><b>6. La alteración del drenaje linfático pone en peligro las defensas del organismo contra la infección, siendo necesario poner más énfasis en la prevención de la infección</b></p>	

**Diagnóstico de Enfermería:** Temor relacionado con la posibilidad de recurrencia del cáncer manifestado por sentimientos de preocupación y aprensión

**Objetivo:** Disminuir el temor

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>30/10/02 Creencias y valores</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar información sobre los riesgos de recurrencia del cáncer.</li> <li>2. Tranquilizar a la mujer indicándole que es normal el temor, en especial antes de sus revisiones.</li> <li>3. Animar a la paciente a plantear sus dudas.</li> <li>4. Explicar la importancia de la autoexploración mensual.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El propósito de la mayoría de los cánceres de mama es más favorable cuando el cáncer se detecta a tiempo.</li> <li>2. La incertidumbre sobre el futuro conduce a inseguridad y regresión; puede obstruirse la libre expresión y la espontaneidad.</li> <li>3. Sea sensible a los cambios que está experimentando la paciente, anímela a expresar sus sentimientos, frustración, enfado y esperanza.</li> <li>4. Las mujeres que se realizan el autoexamen mamario acuden con tumores de menor tamaño y en etapas más tempranas, lo que mejora el pronóstico.</li> </ol>	<p>15/11/02 La paciente es creyente de Dios lo que en gran medida le ha ayudado a disminuir su temor y a no tener miedo a la muerte. Su esposo la ha apoyado bastante ayudándola a externar sus temores y expresar sus sentimientos a las demás personas. En caso de surgir dudas y preocupaciones puede plantearlas.</p>

**Diagnóstico de Enfermería:** Trastorno de la imagen corporal relacionada con la alteración de la mama manifestado por no mirar ni tocar la parte de la mama afectada

**Objetivo:** Ayudar a la paciente a aceptar el cambio físico

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>29/10/02 Trabajo y realización</p> <p>Comunicación y sexualidad</p>	<p>1. Brindar apoyo emocional a la paciente y animarla a expresar sus sentimientos.</p> <p>2. Animar a la paciente a mirar y tocar la parte de la mama alterada.</p> <p>3. Animar a la paciente a interesarse por su aspecto.</p> <p>4. Alentar a ambos miembros de la pareja a comentar sus preocupaciones.</p>	<p>1. Los sentimientos de sentirse aislada y sola durante esta experiencia pueden reducirse a través de la interacción con otras personas. La expresión verbal disminuye la necesidad y permite validar los sentimientos.</p> <p>2. Preparar a la mujer con anticipación con respecto a la apariencia de la incisión es útil, pero aún así necesita bastante apoyo cuando observe la herida y su nueva imagen.</p> <p>3. Facilita la incorporación de los cambios corporales al concepto que tiene de sí misma.</p> <p>4. La comodidad psicológica se favorece a través de un sentido de comunicación afectiva. El intercambio de problemas favorece la percepción realista,</p>	<p>8/11/02</p> <p>Al principio la paciente se sentía aislada y no deseaba ver ni tocar la herida quirúrgica por temor a que fuera muy grande y desfigurante, mucho menos a enseñársela a su esposo. Se le explicó las características de la herida y se le ayudó a observar la incisión. Posteriormente al observar que no era muy grande y no había alterado mucho la mama, la paciente y su esposo, habiendo establecido un vínculo de comunicación, fueron capaces de observar y tocar la incisión. Previamente, su esposo aclaró que aunque fuera una</p>

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>5. Describir el sitio de la incisión y su aspecto con la pareja antes de que la vea.</p> <p>6. Ayudar a la paciente y su pareja a observar la incisión una vez que estén listos.</p>	<p>la solución de problemas de la propia persona y su desarrollo y maduración.</p> <p>5. El compañero sabrá lo que se espera de manera de que no se sorprenda frente a la paciente.</p> <p>6. El saber que existe interés por los seres amados favorece el bienestar. El soporte de otros favorece los sentimientos de fuerza reduciendo el miedo y la ansiedad.</p>	<p>herida grande y deformante, no cambiaría sus sentimientos hacia su esposa.</p>

**Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimiento relacionado con el cuidado de la incisión y del drenovac manifestado con dudas en torno al cuidado de la incisión y del drenovac**

**Objetivo:** Incrementar los conocimientos y habilidades en el cuidado de la incisión quirúrgica y el drenovac

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
29/10/02 Aprendizaje	<p>1. Enseñar a la pareja cómo cuidar la herida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado diario de la herida con agua hervida y jabón, secado de la misma y cubrir con apósito estéril.</li> <li>- Vigilancia de datos de infección como: enrojecimiento, edema, dolor extremo, calor local, salida de líquido purulento o de mal olor.</li> <li>- Enseñarle a dar un masaje suave sobre la incisión cicatrizada.</li> </ul> <p>2. Enseñar a la pareja respecto a los cuidados del drenovac a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar la permeabilidad del drenaje, el color, cantidad y tipo de secreciones.</li> </ul>	<p>1. Son esenciales unos cuidados correctos de la herida para reducir el riesgo de infección. La detección oportuna y correcta de las manifestaciones clínicas permite la remisión del paciente a los profesionales de la salud indicados.</p> <p>2. El ofrecimiento de instrucciones adecuadas permite al cliente seguir de forma estricta el régimen domiciliario necesario. El drenaje purulento indica presencia de infección. El drenaje</p>	10/11/02 La pareja se muestra atenta a las indicaciones recibidas. Ambos conocen los principales cuidados a brindar respecto a la herida quirúrgica y el drenovac. La paciente y su esposo demuestran la comprensión de los conocimientos adquiridos a través de la realización de los cuidados. Las primeras curaciones y cuidados los realizó bajo supervisión. Debido a esto no se observan datos de infección. El día 6 de noviembre durante el baño, el drenovac se salió accidentalmente y la paciente acudió al médico, aún así



NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>- Limpiar zona de inserción del catéter, vaciar el dispositivo de la recogida , registrar, el color y el tipo de drenaje.</p> <p>- Asegurar el drenaje a la ropa constantemente.</p> <p><b>3. Indicar a la pareja que realice los cuidados de la incisión quirúrgica y del drenovac.</b></p> <p><b>4. Proporcionar información escrita respecto al cuidado de la herida quirúrgica y el drenovac.</b></p>	<p>inadecuado indica obstrucción.</p> <p><b>3. Mediante prueba, respuesta y demostración puede determinarse si se ha conseguido la enseñanza. Si la información y las habilidades no se han aprendido será necesario enseñarlas de nuevo.</b></p> <p><b>4. El reforzamiento por escrito aumenta el aprendizaje y la colaboración.</b></p>	<p>no se observaron complicaciones en la incisión del drenovac.</p>

#### 4.5. PLAN DE ALTA

**Fecha:** 31 de Octubre del 2002

**Hora:** 16:00 horas

**Iniciales de la Paciente:** M. A. M.

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 51 años

**Fecha de Ingreso:** 27 de Octubre del 2002

**Fecha de Egreso:** 31 de Octubre del 2002

**Fecha de próxima cita:** 7 de Noviembre del 2002 a las 8:00 a.m. en la Consulta Externa.

**Cirugía realizada:**

CUADRANTECTOMÍA Y DISECCIÓN AXILAR IZQUIERDA

**Puntos sobre enseñanza-aprendizaje para el Plan de Alta:**

***Cuidado del drenovac:***

La paciente egresa con un drenaje quirúrgico y las indicaciones para su cuidado son:

1. Enseñar la técnica de aseo y la importancia del lavado de manos antes y después del vaciado del drenaje.
2. Comentar la importancia de mantener asegurado el drenaje para evitar la caída accidental. El drenaje puede fijarse con un seguro a la ropa.
3. Demostrar cómo debe vaciarse y cerrarse el drenaje.

4. Indicar a la paciente que se debe medir y registrar el volumen del líquido drenado.
5. En caso de la caída accidental del drenovac, indicar a la paciente la colocación de una gasa estéril en el sitio de la herida y llamar o acudir al médico.

***Cuidado de la herida quirúrgica:***

1. Lavado de la herida diariamente con agua y jabón, posteriormente secar bien y cubrir con un apósito, colocando después un vendaje elástico en tórax.
2. No retirar suturas, indicando su asistencia el día del retiro de las mismas.
3. Evitar el usos de pomadas y cremas en la incisión y desodorante bajo el brazo debido a que la irritación química puede causar infección.
4. Estar al pendiente de la aparición de datos de infección como: fiebre, edema, enrojecimiento, prurito, dolor (el dolor debe disminuir en lugar de aumentar), salida de algún líquido purulento o con mal olor. Si aparece alguno de estos síntomas acudir con su médico lo más pronto posible.

***Cuidado del brazo afectado:***

1. Evitar las inyecciones y las muestras de sangre en el brazo afectado.
2. Evitar tomar la presión arterial en el brazo afectado.
3. Evitar las lesiones en el brazo afectado.
4. Usar ropas que no aprieten las axilas o las muñecas (evitar los puños elásticos).

5. Colocarse las pulseras y el reloj en el brazo no afectado.
6. Cargar el bolso y los artículos pesados en el brazo no afectado.
7. Utilizar guantes cuando se realicen los trabajos de jardinería o cuando se empleen detergentes fuertes.
8. Usar repelente de insectos para evitar las picaduras.
9. Evitar las quemaduras y las quemaduras de sol.
10. Consultar con el médico si se produce una infección o edema en el brazo afectado.

**Ejercicio y actividades:**

1. Fomentar el uso del brazo afectado en actividades de higiene personal como el cepillado de dientes, peinarse y vestirse.
2. Evitar cargar objetos pesados.
3. Insistir en realizar caminatas y evitar ejercicios o actividades deportivas agotadoras.
4. Comentar a la paciente la disminución de sus actividades domésticas para evitar molestias.

**Nutrición:**

1. Comentar la importancia de llevar una dieta bien equilibrada. Se puede recomendar:
  - a. Dieta rica en frutas y verduras.
  - b. Aumentar la ingestión de vitaminas A, C y E en los alimentos.
    - A: lentejas, melón, mango, zanahoria, camote, maíz, calabaza, frijol.
    - C: frutas cítricas, tomate, papas.

- E: legumbres, aceite vegetal, vegetales de hoja verde.
2. Reducir el consumo de grasas.
  3. Reducir al máximo el consumo de alimentos curados, en vinagre y ahumados.
  4. Ingerir alcohol en dosis moderadas.
  5. Evitar el tabaco.

**Aspecto emocional:**

Las preocupaciones sobre el aspecto después de la cirugía son comunes y suelen representar un riesgo para el autoconcepto como mujer. Se pueden recomendar las siguientes acciones para acentuar la autoimagen positiva:

1. Animar a la mujer a hablar con su pareja acerca de sus preocupaciones.
2. Ayudar a la mujer a superar los cambios en la imagen corporal y aumentar el concepto de sí misma.
3. Fomentar la comunicación abierta de la mujer con su familia.
4. Animar a la mujer a vestir ropa de calle y no pijamas.
5. Motivar a la mujer y su familia a participar de nuevo en actividades que antes disfrutaban.

**Medicamentos:**

1. Cefalexina (Paferxin), cápsulas de 500mg, tomar una cada 8 horas durante una semana (o más dependiendo de la evolución).
2. Ketorolaco (Torol), tabletas de 10mg, tomar una cada 8 horas durante 3 días y posteriormente sólo en caso de dolor.

## *5. CONCLUSIONES*

*Y*

## *SUGERENCIAS*

## 5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El caso clínico presentado permitió alcanzar los objetivos propuestos al inicio del mismo. Logrando seleccionar una mujer con cáncer de mama en el Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" e implementando un Proceso de Atención de Enfermería enfocado a conocer las principales necesidades de la paciente a través de una Historia Clínica y la aplicación de un Instrumento de Valoración. Con esto se elaboraron Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas, dando lugar a la aplicación de un Plan de Cuidados que tuvo como prioridad cubrir y/o eliminar las necesidades durante el periodo pre y post-operatorio y posteriormente durante el seguimiento domiciliario, a fin de evitar complicaciones en la salud de la mujer.

Además se logró la participación activa de la paciente y sus familiares durante la aplicación de los cuidados establecidos en el Plan de Atención.

La mayor satisfacción que se obtuvo ha sido que durante la aplicación y desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería no se observaron complicaciones en la salud de la mujer relacionadas con los aspectos biológico, psicológico y social.

Debido a que a la mujer elegida para el Proceso de Atención de Enfermería no requirió la extirpación completa de la mama (mastectomía radical clásica) durante la cirugía, y en consecuencia la reconstrucción de la mama con prótesis, se decidió no colocar en el

marco teórico la indicaciones y complicaciones de la reconstrucción mamaria.

Por otro lado, El Proceso de Atención de Enfermería es recomendable a los pasantes próximos a titularse debido a que permite aplicar eficazmente los conocimientos adquiridos durante la Licenciatura y por ende poder brindar una mejor atención a todo aquel individuo que lo requiera. Sugiero que debe existir un poco más de información en este modo de titulación por parte del personal encargado del mismo, no sólo al final de la carrera sino también a inicios de la misma.

Además la experiencia que se obtiene con las personas es muy enriquecedora ya que se pueden particularizar y aplicar los cuidados, siendo éstos con calidad y calidez que deben ser las características fundamentales de todo Licenciado en Enfermería y Obstetricia.



## 6. ANEXO

## 6. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

### DATOS GENERALES

Iniciales del cliente:

Sexo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Religión:

Ocupación:

Estado civil:

Escolaridad:

Lugar de residencia actual:

Persona a quien acudir (familiares o amigos) y relación con el paciente:

Teléfono:

Número del seguro social:

### RESPIRACIÓN

¿Tiene algún problema para respirar? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Le suele ocurrir lo siguiente:

¿Tose? Si \_\_\_ No \_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

¿Tiene secreciones? Si \_\_\_ No \_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

¿Expulsa sangre cuando tose? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Siente ahogo? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Tiene dolor al respirar? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Características del dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué medios utiliza para mejorar su respiración? (medicamentos, postura, oxígeno, otros) \_\_\_\_\_

¿Fuma usted? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuántos cigarrillos? \_\_\_\_\_

¿Hay fumadores en su entorno? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted animales en casa? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿De que tipo? \_\_\_\_\_ No \_\_\_

¿Su casa está bien ventilada? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_ No \_\_\_

¿Practica deportes al aire libre? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿El nerviosismo influye en su forma de respirar? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido de alguna enfermedad pulmonar? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### MIDA Y OBSERVE

Respiración: Frecuencia \_\_\_ Amplitud: buena \_\_\_ mediana \_\_\_ reducida \_\_\_

Ruidos respiratorios: \_\_\_\_\_

Coloración de la cara y lechos ungueales: \_\_\_\_\_

Requiere O<sub>2</sub> suplementario: No \_\_\_ Puntas nasales \_\_\_ Nebulizador \_\_\_ Otros \_\_\_

Tratamiento de apoyo: Fisioterapia pulmonar \_\_\_ Aspiración de secreciones \_\_\_

Medicamentos \_\_\_ Laboratorio y gabinete \_\_\_

Otras: (Especifique) \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

¿Tiene usted buen apetito? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

- ¿Sigue usted alguna dieta? Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 ¿Su horario de alimentos es? Desayuno: \_\_\_\_\_ Comida: \_\_\_\_\_ Cena: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene problemas para masticar? Si  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No   
 ¿Su dentadura natural está en buen estado? Si  No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted alguna o varias prótesis dentales? Si  No  ¿Tiene algún problema con ellas? Si  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 ¿Sabe usted de alguna alergia alimentaria? Si  ¿A qué alimento? \_\_\_\_\_  
 No   
 ¿Tiene dificultades para controlar su peso? Si  ¿Por qué? \_\_\_\_\_ No   
 ¿Toma usted agua? Si  ¿Cuántos vasos? \_\_\_\_\_ No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Come usted entre comidas? Si  ¿Qué tipo de alimentos? \_\_\_\_\_ No   
 ¿Tiene usted problemas digestivos? Si  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No   
 ¿Qué medios utiliza para aliviarlos? \_\_\_\_\_  
 Regularmente donde acostumbra comer? \_\_\_\_\_ ¿Con quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo dedica usted a cada alimento? Desayuno: \_\_\_\_\_ Comida: \_\_\_\_\_  
 Cena: \_\_\_\_\_  
 ¿Le prohíbe su religión algunos alimentos? Si  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ No   
 ¿Qué significa para usted comer? \_\_\_\_\_  
 ¿Considera que su alimentación es adecuada? Si  No  ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Esta necesidad la puede resolver usted solo? Si  No  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**MIDA Y OBSERVE**

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Mucosas: \_\_\_\_\_ Dientes: \_\_\_\_\_ Estado de la piel: \_\_\_\_\_ Formas de cubrir la necesidad: Oral  Enteral  Parenteral   
 Suplementos: \_\_\_\_\_ Destroxitx: \_\_\_\_\_ Estudios de laboratorio y gabinete: \_\_\_\_\_  
 Otras: (Especifique) \_\_\_\_\_

**ELIMINACIÓN**

- ¿Cuántas veces defeca en el día? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene algún problema? Hemorroides  Sangrado  Heces negras   
 Heces con alimentos  Incontinencia fecal  Dolor al evacuar  ¿Cómo lo soluciona? \_\_\_\_\_  
 Resuelve solo su necesidad de eliminación intestinal: Si  No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

- ¿Cuántas veces orina en el día? \_\_\_\_\_ ¿De qué color es su orina? \_\_\_\_\_  
 ¿Experimenta algún problema para orinar? Si  No  ¿Cuál? Ganas frecuentes de orinar  Dolor al orinar  Incontinencia urinaria   
 Esfuerzo al orinar  ¿Qué hace para remediar estos síntomas? \_\_\_\_\_  
 ¿Resuelve usted solo sus problemas de eliminación vesical? Si  No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**MIDA Y OBSERVE**

Diuresis: Cantidad \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_  
 Requiere algún sistema de control: Sonda foley  Sondeo intermitente   
 Preservativo  Pañal  Apósito especial  Otros (especifique): \_\_\_\_\_  
 Estudios de laboratorio y gabinete (especifique): \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Ostomías: nefrostomía \_\_\_ cistostomía \_\_\_  
 Estado de la piel (periestomal): \_\_\_\_\_  
 Heces fecales: Cantidad \_\_\_\_\_ Características \_\_\_\_\_  
 Estudios de laboratorio y gabinete (especifique): \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_ Ostomías: ileostomía \_\_\_ colostomía \_\_\_  
 Estado de la piel (periestomal): \_\_\_\_\_  
 Menstruación: Características \_\_\_\_\_  
 Secreciones vaginales características: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_ Otros (especifique): \_\_\_\_\_

### MOVILIDAD Y POSTURA

¿Actualmente es usted capaz de moverse y caminar con facilidad? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 ¿Cuál es su problema? \_\_\_\_\_  
 ¿Realiza ejercicio? Si \_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_ No \_\_\_  
 ¿Presenta dificultad para? Levantarse \_\_\_ Sentarse \_\_\_ Caminar \_\_\_  
 ¿Ha sufrido alguna lesión o fractura que le dificulte su movilidad? \_\_\_\_\_  
 ¿Sufre algún problema cardíaco? Si \_\_\_ Hipertensión arterial \_\_\_ Várices \_\_\_  
 No \_\_\_  
 ¿Resuelve usted solo su necesidad? Si \_\_\_ No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
**MIDA Y OBSERVE**  
 Pulso: Frecuencia \_\_\_\_\_ Ritmo: regular \_\_\_ irregular \_\_\_ Amplitud:  
 fuerte \_\_\_ débil \_\_\_ Tensión arterial: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento de apoyo: Fisioterapia \_\_\_ Colchón de agua \_\_\_ Tracción \_\_\_  
 Masaje \_\_\_ Fármacos \_\_\_  
 Estudios de laboratorio y gabinete: \_\_\_\_\_  
 Otros (especifique): \_\_\_\_\_

### DORMIR Y DESCANSAR

¿Duerme usted bien? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por qué no? \_\_\_\_\_  
 ¿El nerviosismo le impide dormir? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué hace para poder dormir? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas horas duerme? \_\_\_ ¿Duerme por la tarde? \_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_  
 ¿Algún problema le impide dormir por la noche? \_\_\_\_\_  
 ¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? Si \_\_\_ No, ¿Por qué? \_\_\_  
 ¿Por su trabajo duerme en otro horario? \_\_\_\_\_  
**OBSERVE**  
 Calidad del sueño: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento de apoyo: farmacológico \_\_\_ aromaterapia \_\_\_ otros \_\_\_\_\_

### VESTIDO

¿Qué importancia concede a su aspecto personal? Mucha \_\_\_ Regular \_\_\_  
 Poca \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_



¿En su casa hay algún problema que lo ponga en riesgo? Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

¿En su trabajo existe algún problema o condición física que lo ponga en peligro?  
 Si, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Conoce usted las medidas de protección en caso de incendio, temblores,  
 erupciones, etc.? Si, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad? Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Qué medidas lleva a cabo para controlarla? \_\_\_\_\_

¿Acata usted las normas viales? Si, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Al practicar usted algún deporte toma usted las medidas de seguridad  
 necesarias? Si, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cómo maneja usted su enojo, tristeza, estrés, etc? \_\_\_\_\_

## COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD

¿Su vista le permite leer con facilidad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Utiliza lentes? \_\_\_\_\_

¿Escucha bien? Si \_\_\_\_\_ No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún problema bucal, vocal que no le permita comunicarse? Si,  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien con quién se identifique más? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Establece usted fácilmente contacto con los demás? Si \_\_\_\_\_ No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún problema o síntoma en sus órganos genitales? Si,  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema para ejercer su sexualidad en su relación de pareja? Si,  
 describalo: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Siente usted que sus necesidades sexuales están siendo satisfechas? Si \_\_\_\_\_  
 No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo manifiesta su necesidad sexual? Comunicación verbal \_\_\_\_\_ Contacto  
 físico \_\_\_\_\_ Caricias \_\_\_\_\_ Masturbación \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿Sus necesidades coinciden con las de su pareja? Si \_\_\_\_\_ No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo negocia la diferencia en caso de existir? \_\_\_\_\_

¿Utiliza algún método de control natal? Si, ¿Cuál? Hormonas orales \_\_\_\_\_  
 Hormonas inyectables \_\_\_\_\_ Barrera \_\_\_\_\_ Definitivo \_\_\_\_\_ No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Quién lo utiliza? \_\_\_\_\_

En caso de ser mujer:

¿Sabe cómo explorar sus mamas? (explique): \_\_\_\_\_

¿Cómo son sus ciclos menstruales? \_\_\_\_\_

¿Cada cuándo se realiza su papanicolaou? \_\_\_\_\_

¿Cada cuando visita al ginecólogo? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES (Características del lenguaje verbal y no verbal, cambios de  
 expresión verbal, humos, apoyos, estado de conciencia, medicamentos, etc.)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CREENCIAS Y VALORES**

- ¿Qué sentido tiene para usted la vida? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué opina de la muerte? \_\_\_\_\_  
 ¿Usted conserva alguna tradición durante el año? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted un hábito religioso? \_\_\_\_\_  
 ¿En este momento tiene usted algún pendiente? Si, \_\_\_\_\_ ¿Cuál?  
 No \_\_\_\_\_  
 ¿Qué es lo más importante para usted en la vida? \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

**TRABAJO Y REALIZACIÓN**

- ¿Está usted contento con el trabajo que desempeña? Si \_\_\_\_\_ No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría? Si, ¿Por qué?  
 No \_\_\_\_\_  
 ¿Qué metas tiene en este momento? \_\_\_\_\_  
 ¿Pertenece usted a algún grupo de apoyo? Social \_\_\_\_\_ Cultural \_\_\_\_\_  
 Deportivo \_\_\_\_\_ Religioso \_\_\_\_\_  
 ¿Qué rol desempeña en la sociedad? \_\_\_\_\_  
 De ese rol ¿qué es lo que más le gusta? \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

**RECREACIÓN**

- ¿Cuenta con tiempo libre? Si, Cuánto? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿A que lo dedica? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se divierte? \_\_\_\_\_  
 ¿A que juega? \_\_\_\_\_  
 ¿Practica algún deporte? Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Qué actividades recreativas le gusta realizar? \_\_\_\_\_  
 ¿Su estado de salud ha modificado sus actividades anteriores? Si, ¿Por qué?  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se podrían suplir? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta usted en su comunidad con lugares donde pueda divertirse o practicar  
 algún deporte? Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Acude a estos lugares: Frecuentemente \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES (Cambios en el estado de ánimo, somatización, investigar  
 gustos e intereses del paciente, técnicas de apoyo, etc.) \_\_\_\_\_

**APRENDIZAJE**

- ¿Ha estado hospitalizada anteriormente? Si, ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_  
 Hábleme de su experiencia: \_\_\_\_\_

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra? \_\_\_\_\_

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido información sobre su problema de salud? Si \_\_\_\_\_

No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué sabe usted de los medicamentos que toma? \_\_\_\_\_

¿Qué sabe usted de los exámenes, de los tratamientos e intervenciones quirúrgicas (si ha de haberlas) a que va a ser sometido? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud? \_\_\_\_\_

**Impresiones generales:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# 7. VOCABULARIO

## 7. VOCABULARIO

### A

**Acino.** Estructura pequeña en forma de saco, en particular la que se encuentra en las glándulas.

**Acromión.** Saliente triangular externa de la espina de la escápula que forma la punta del hombro y se articula con la clavícula.

**Acromiotorácico.** Perteneciente al acromión y al tórax.

**Adenofibroma.** Tumor que consta de tejido conectivo con estructuras glandulares.

**Adenopatía.** Aumento de tamaño de las glándulas, en particular, de los ganglios linfáticos.

**Anastomosis.** 1. Comunicación entre vasos mediante conductos colaterales. 2. Formación quirúrgica, traumática o patológica de una comunicación entre dos espacios u órganos diferentes.

**Antígeno carcinoembrionario (ACE).** Antígeno glucoproteico específico del carcinoma del colon, también presente en muchos adenocarcinomas de origen endodérmico y en tejidos gastrointestinales normales del embrión humano.

**Apócrino.** Que muestra el tipo de secreción glandular en la que el extremo libre de la célula secretora es expulsada junto con los productos secretados acumulados en su interior.

**Aponeurosis.** Expansión tendinosa aplanada que sirve fundamentalmente para conectar un músculo a la parte que desplaza.

**Atelectasia.** Expansión incompleta de los pulmones en el momento del nacimiento, o colapso del pulmón del adulto.

**B**

**Biopsia.** Extirpación y examen, normalmente al microscopio, de tejidos del cuerpo vivo para establecer un diagnóstico preciso.

**C**

**Célula acinar.** Cualquiera de las células que forman los diminutos lóbulos de una glándulas compuesta o de una estructura similar en forma de saco.

**Compresión medular.** Trastorno con frecuencia grave provocado por presión sobre la médula espinal.

**Confusión.** Orientación perturbada respecto a tiempo, lugar o persona, que a veces se acompaña de trastorno de conciencia.

**Consanguinidad.** Parentesco hereditario o "sanguíneo" entre las personas, por un padre o antecesor común.

**Corión.** La dermis; la capa de la piel por debajo de la epidermis, que consiste en un lecho de tejido conectivo vascular que contiene los nervios y los órganos de los sentidos, las raíces de los pelos y las glándulas sebáceas y sudoríparas.

**D**

**Dermis.** La piel verdadera o corión.

**E**

**Eccema.** Proceso inflamatorio superficial que afecta principalmente a la epidermis, caracterizado por la aparición precoz de enrojecimiento,

prurito, pápulas y vesículas diminutas, exudación, costras, y más tarde, por cicatrización, liquenificación y a menudo pigmentación.

**Ectodermo.** La más externa de las tres capas germinativas primarias del embrión. De ella se forman la epidermis y los tejidos epidérmicos, p. Ej. Uñas, esmalte de los dientes, pelo y glándulas de la piel, sistema nervioso, órganos de los sentidos externos, y la mucosa de la boca y ano.

**Embriología.** Estudio del origen, crecimiento, desarrollo y función de un organismo, desde la fertilidad hasta el nacimiento.

**Esfacelo.** Tejido necrótico en proceso de separación de las partes viables del cuerpo.

**Estereotáctica.** 1. Caracterizado por un posicionamiento preciso en el espacio; dicese especialmente de áreas concretas del encéfalo que controlan funciones específicas. 2. Perteneciente o relativo a la cirugía estereotáctica .

**Estroma.** Tejido de sostén o matriz de un órgano.

**Estupor.** 1. Reducción del grado de conciencia. En psiquiatría, trastorno caracterizado por una disminución de la capacidad de respuesta.

**Eversión.** Versión hacia fuera. Acción de girar una parte hacia fuera.

## F

**Fascia.** Lámina o banda de tejido fibroso, como la situada en relación profunda a la piel o que forma un revestimiento para músculos o diversos órganos del cuerpo.

**Fibroadenoma.** Adenofibroma.

**Fibroquístico.** Caracterizado por la formación de espacios quísticos, especialmente en relación con algún conducto o glándula, acompañadas de crecimiento excesivo de tejido fibroso.

**Fosfatasa alcalina.** Enzima presente en el hueso, los riñones, el intestino, el plasma y los dientes. Pueden encontrarse niveles séricos elevados en algunas enfermedades óseas y hepáticas y en algunos otros trastornos.

## G

**Galactóforo.** Dícese de lo que lleva o transporta leche.

**Gammagrafía.** Producción de imágenes bidimensionales de la distribución de la radiactividad en los tejidos tras la administración interna de radionúclidos, utilizando una cámara de escintilación.

**Ganglio.** Nudo o masa nudosa; en anatomía, grupo de cuerpos o células nerviosas localizado fuera del sistema nervioso central; en ocasiones, se aplica a ciertos grupos nucleares dentro del cerebro o a la médula espinal, por ej., los ganglios basales.

**Ganglio linfático.** Cualquiera de los acumulos de tejido linfoide, organizados como órganos linfoides definidos, situados a lo largo de la trayectoria de los vasos linfáticos, y constituidos por una parte cortical exterior y una parte medular interior. Los ganglios linfáticos son la fuente principal de linfocitos de la sangre periférica y, como parte del sistema reticuloendotelial, actúan como mecanismo de defensa para eliminar los agentes nocivos como bacterias y toxinas, y probablemente desempeñen una función en la producción de anticuerpos.

**Glándula.** Agregación de células especializadas para segregar o excretar materiales no relacionados con sus necesidades metabólicas ordinarias.

## H

**Hematoma.** Colección localizada de sangre extravasada, generalmente coagulada, en un órgano, espacio o tejido.

**Hipercalcemia.** Concentración de calcio superior a lo normal en la sangre, a menudo resultado de una resorción ósea excesiva con la consiguiente liberación de calcio.

**Hipercromático.** Aumento de la capacidad de tinción.

**Hipofisectomía.** Extirpación quirúrgica de la hipófisis. Se puede realizar para enlentecer el crecimiento y la extensión de los tumores malignos hormonodependientes de la mama, de la próstata o para extirpar un tumor hipofisiario.

**Histología.** Rama de la anatomía que estudia la estructura microscópica, la composición y la función de los tejidos.

## I

**Incidencia.** Número de veces en que se produce un determinado evento.

**Inguinal.** Perteneciente o relativo a la ingle.

**Invagina.** Plegamiento de una parte dentro de otra parte de una estructura.

**Inversión.** Vuelta hacia dentro, de dentro hacia fuera, de arriba hacia abajo o cualquier otro cambio de la relación normal de una parte.

**Ipsilateral.** Situado en el mismo lado, relativo a este o que lo afecta.

## L

**Leucopenia.** Reducción del número de leucocitos de la sangre.

**Linfedema.** Tumefacción crónica de una parte debido a la acumulación de líquido intersticial (edema) secundaria a una obstrucción de los vasos linfáticos o de los ganglios linfáticos.

**Lisis.** Destrucción o disolución de una célula o molécula mediante la acción de un agente específico.

**Lóbulo.** Parte más o menos bien definida de un órgano o glándula.

## M

**Mamografía.** Radiografía de la glándula mamaria.

**Mesénquima.** Redecilla de tejido conjuntivo embrionario en el mesodermo, a partir de la que se forman los tejidos conjuntivos del cuerpo, y los vasos sanguíneos y linfáticos.

## N

**Necrosis.** Muerte tisular local que se produce en grupos de células como respuesta a enfermedades o lesiones.

**Nódulo.** Nudo o eminencia pequeña que es sólido y puede detectarse al tacto.

**Nuliparidad.** Mujer que no ha parido ningún feto viable.

## O

**Ooforectomía.** Extirpación de uno o varios ovarios.

**P**

**Papiloma intraductal.** Tumor en un conducto galactóforo, por lo general unido a la pared por un tallo; puede ser solitario a menudo con un derrame seroso o sanguíneo por el pezón, o múltiple.

**Parathormona.** Hormona paratiroidea.

**Parénquima.** Los elementos esenciales o funcionales de un órgano, a diferencia de su estroma o estructura.

**Pleura.** Membrana serosa que reviste los pulmones (pleura visceral) y cubre las paredes de la cavidad torácica(pleura parietal); ambas capas encierran un espacio potencial , la cavidad pleural.

**Plexo.** Redecilla o maraña, principalmente de vasos o nervios.

**Primigesta.** Mujer embarazada de primera vez.

**Prueba de función hepática.** Prueba para valorar diversas funciones del hígado; por ejemplo, metabolismo, almacenamiento, filtrado y excreción.

**Q**

**Quiste.** Saco cerrado o debajo de la piel revestido de epitelio y que contiene un material fluido o semisólido.

**R**

**Rad.** Acrónimo del término inglés radiation absorbed dose, dosis absorbida de radiación. Unidad de medida de la dosis absorbida de radiación ionizante, corresponde a una transferencia de energía de 100 ergios por gramo de cualquier materia absorbente.



**Radionúclido.** 1. Isótopo (o núclido) que sufre desintegración radiactiva. 2. Cualquiera de los isótopos radiactivos del cobalto, yodo, fósforo, estroncio y otros elementos utilizados en medicina nuclear para el tratamiento de tumores y cánceres y para la representación por imagen de estructuras corporales internas.

**Retracción.** Acción de tirar hacia atrás, estado producido por este fenómeno.

## S

**Seroma.** Acumulación de tipo tumoral de suero en los tejidos.

**Suprarrenalectomía.** Adrenalectomía; extirpación de una o ambas glándulas suprarrenales.

**Suprayacente.** Situado inmediatamente por encima.

## T

**Termografía.** Técnica en la que se emplea una cámara de rayos infrarrojos para registrar fotográficamente las temperaturas de la superficie del cuerpo; a veces se emplea como método para diagnosticar procesos patológicos subyacentes, como tumores mamarios.

**Termograma.** 1. Registro gráfico de las variaciones de temperatura (o calor). 2. Registro visual obtenido mediante termografía.

## U

**Úlcera.** Lesión abierta de la piel o mucosa acompañada de esfácelo de tejido necrótico inflamado.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Ed. Doyma. Barcelona, 1990. 182 p.p.

BARBER, Hugh. Manual de Oncología Ginecológica. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 2ª ed. México, 1992. 452 p.p.

BALSEIRO, Almarío Lasty. Investigación en Enfermería. Guía de elaboración de Tesis, Proceso de Atención de Enfermería y Trabajos Académicos para Titulación. Ed. Acuario. México, 1991. 225 p.p.

BOTERO U; Jaime y cols. Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado. Ed. Universidad de Antioquia. 6ª ed. Madrid, 1998. 670 p.p.

CARPENITO, J. Lynda. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. Madrid, 1996. 754 p.p.

CARPENITO, J. Lynda. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 3ª ed. Madrid, 1991. 969 p.p.

DE CHERNEY, Alan y Martín L. Pernoll. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. El Manual Moderno. México, 1997. 1535 p.p.

DE WITT, Susan C. Fundamentos de Enfermería Médico-Quirúrgica. Ed. Harcourt. 4ª ed. Madrid, 1999. 1125 p.p.

Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Ed. Harcourt. Madrid, 2000. 2029 p.p.

Diccionario Médico de Bolsillo. Dorland. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 25ª ed. Madrid, 1998. 771 p.p.

DIAZ, Rubio E. Revisiones en Cáncer. Vol. I. Ed. Aran Edes. Madrid 1990. 738 p.p.

EDGE, Valerie y Mindi Miller. Cuidados de Salud de la Mujer. Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid, 1995. 338 p.p.

ESTAPE, Jordi D. Enfermería y Cáncer. Ed. Doyma. Barcelona, 1992. 428 p.p.

FERNÁNDEZ F; Carmen y Gloria Novel M. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ed. Masson. Madrid, 1999. 115 p.p.

GAUNTTLET B; Patricia y Judith L. Myers. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. II. Ed. Harcourt. 3ª ed. Madrid, 2000. 1985 p.p.

GRIFFIN P; Anne y Patricia Potter A. Enfermería clínica. Técnicas y Procedimientos. Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1999. 1418 p.p.

HALABE, Cherem José y cols. El Internista. Medicina Interna para Internistas. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 1998. 1430 p.p.

IGNATAVICIUS, Donna D. y Marilyn Varner B. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. I y II. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 1995. 1246 p.p.

KOZIER, Bárbara y cols. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. Vol. I. Ed. Mc Graw Hill-Interamerica. 5ª ed. México, 1999. 848 p.p.

LONG, Bárbara C. y cols. Enfermería Médico Quirúrgica. Un enfoque del Proceso de Enfermería. Vol. II. Ed. Harcourt Brace. 3ª ed. Madrid, 1998. 1714 p.p.

LUCKMANN, Joan. Cuidados de Enfermería-Sauders. Vol. II. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 2000. 2005 p.p.

MARRINER T; Ann y Martha Raile A. Modelos y Teorías de Enfermería. Ed. Harcourt Brace. 4ª ed. Madrid, 1999. 555 p.p.

MARTÍNEZ D; Salvador. Cirugía. Bases del Conocimiento Quirúrgico. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 2ª ed. México, 1998. 364 p.p.

MONDRAGON, Castro Héctor. Ginecología Básica Ilustrada. Ed. Trillas. México, 1997. 560 p.p.

NETTINA, Sandra M. Enfermería Práctica de Lippincott. Vol. I. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 6ª ed. México, 1999. 750 p.p.

NORDMARK, Madelyn y Anne W. Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. Ed. La Prensa Mexicana. 2ª ed. México, 1980. 712 p.p.

OLDS, Sally B. y cols. Enfermería Materno Infantil. Un Concepto Integral y Familiar. Ed. Interamericana. 2ª ed. México, 1990. 1283 p.p.

OTTO, Shirley. Enfermería Oncológica. Ed. Mosby. 3ª ed. Madrid, 1999. 886 p.p.

PHANEUF, Margot. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Un Sistema Integrado y Personalizado. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 1997. 284 p.p.

REEDER, Sharon J. y cols. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 1997. 1421 p.p.

RIOPELLE, Lise y cols. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. Madrid, 1997. 352 p.p.

RODRÍGUEZ, Carranza. Vademécum Académico de Medicamentos. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 3ª ed. México, 1999. 1025 p.p.

SWEARINGEN, Pamela L. y Dennis G. Ross. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. Intervenciones Enfermeras y Tratamientos Interdisciplinarios. Ed. Mosby. 4ª ed. Madrid, 2000. 932 p.p.

Tabers. Diccionario Médico Enciclopédico. Ed. El Manual Moderno. México, 1997. 1727 p.p.

TORRENS S; Rosa María y Cristina Martínez B. Enfermería de la Mujer. Ed. DAE. Madrid, 2001. 525 p.p.

TUCKER, Martín y cols. Normas del Cuidado del Paciente. Guía de Planificación de la Práctica Asistencial Conjunta. Ed. Harcourt Brace. 6ª ed. Madrid, 1997. 1147 p.p.

WEISS, Geoffrey R. Oncología Clínica. Ed. Manual Moderno. México, 1997. 542 p.p.

WESLEY, Ruby L. Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 2ª ed. México, 1997. 179 p.p.