



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y**  
**OBSTETRICIA**

---

---

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO**  
**A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN DE LA**  
**IMAGEN CORPORAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y**  
**OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**ENF. IRENE HERNÁNDEZ ALVARADO**

**No. Cuenta: 401118087**

**DIRECTORA DE TESIS**

**MTRA. JUANA BAROJA CRUZ**



*Juana Baroja Cruz*  
Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
SERVICIOS ESCOLARES

m. 344143

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

### **Al Ser Supremo:**

*Por haberme dado la vida así como a mis padres.*

### **A mi Familia:**

*A mis hijas que son el tesoro más grande de mi vida, Gracias, Karlita y Gaby por su apoyo incondicional y por ser el impulso de mi vida.*

### **A todos mis profesores de la FEZ Zaragoza:**

*Por todos sus conocimientos enseñados.*

### **A los profesores de la ENEO:**

*Quienes también contribuyeron a mi formación.*

*Mi agradecimiento, admiración y respeto a la Mtra.: **Juanita Baroja Cruz**, quien dirigió mi tesis, por todo su apoyo así como el tiempo que me dedicó.*

# INDICE

## Introducción

## Objetivos

### CAPITULO I

#### UNA VISION SOBRE EL ORIGEN DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.

1.1.	Somera reseña sobre el origen de los cuidados de Enfermería	1
1.1.1.	Algunos aspectos históricos del cuidado	2
1.1.2.	Algunos aspectos que influyeron en la institucionalización de los cuidados	3
1.1.3.	Del cuidado habitual al cuidado de Enfermería	4
1.2.	Algunas reflexiones en torno a la filosofía del cuidado	7
1.3.	Somera reseña de lo que ha sido la Salud y Educación en Enfermería hasta la actualidad	9

### CAPITULO II

#### CONCEPTOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (METODO ENFERMERO).

2.1	Algunos antecedentes históricos del Proceso de Atención de Enfermería	12
2.2	Conceptualización del proceso enfermero	14
2.3	Importancia del proceso de Atención de Enfermería	16
2.4	Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	16
2.4.1.	Primera Etapa. VALORACIÓN	16
2.4.1.2.	Recopilación de datos	17
2.4.1.3.	Validación de datos	19
2.4.1.4.	Organización de los datos	19
2.4.1.5.	Comunicación y anotación de los datos	20
2.4.2.	Segunda Etapa. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	20
2.4.2.1.	Definiciones de: (Gordón, Moritz, Carpenito)	20
2.4.2.2.	Principios Fundamentales del Razonamiento Diagnóstico	21
2.4.2.3.	Clasificación de los diagnósticos (Real, Potencial, Posible y de bienestar)	22
2.4.2.4.	Formato PES.	23
2.4.2.5.	Recomendaciones para aprender a identificar Diagnósticos de Enfermería según la NANDA.	23

2.4.3. Tercera Etapa. PLANIFICACIÓN	24
2.4.3.1. Fijación de las prioridades	24
2.4.3.2. Establecimiento de objetivos y resultados esperados	24
2.4.3.3. Determinación de actividades de enfermería	25
2.4.3.4. Anotación del plan de cuidados	26
2.4.4. Cuarta Etapa. EJECUCIÓN	26
2.4.4.1. Recolección continúa de datos	27
2.4.4.2. Fijación de prioridades	27
2.4.4.3. Intervenciones de enfermería Independientes e Interdependientes y dependientes	27
2.4.4.4. Documentación de los cuidados de enfermería	29
2.4.4.5. Comunicación verbal de los informes de enfermería	29
2.4.4.6. Mantenimiento de un plan de cuidados actualizado	29
2.4.5. Quinta Etapa. EVALUACION	30
2.4.5.1. Establecimiento de criterios para la evaluación de los objetivos del paciente	30
2.4.5.2. Evaluación del logro de los objetivos del paciente	30
2.4.5.3. Identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos	30
2.4.5.4. Modificación del plan de cuidados	31
2.4.5.5. Fijación de los cuidados de enfermería	31
2.4.5.6. Control de calidad	31
<b>CAPITULO III</b>	
<b>MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.</b>	
3.1. Teoría sobre virginia Henderson	32
3.2. Reseña sobre la biografía de Virginia Henderson	33
3.3. Fuentes teóricas sobre el desarrollo de su teoría	34
3.4. Postulados y valores	35
3.5. Elementos fundamentales	35
3.6. El Metaparadigma según V. Henderson	36
3.7. Relación entre el modelo de Virginia Henderson y las etapas del proceso enfermero	39
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>CONTEXTO CASO CLINICO</b>	
4.1. Contexto en que se lleva el caso clínico	42
4.1.1. Breve reseña sobre los antecedentes históricos del Instituto de Seguridad Social Al Servicio de los Trabajadores del Estado	42
4.1.2. Identificación del servicio de cirugía	43
4.1.3. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Primera etapa: Valoración	45
4.1.4. Diagnósticos de Enfermería, Planeacion, Ejecución y Evaluación.	47

<b>CAPITULO V</b>	
<b>A MANERA DE REFLEXIÓN FINAL</b>	<b>60</b>
<b>CAPITULO VI</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍAS</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 1</b>	
<b>IMAGEN CORPORAL</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO 2</b>	
<b>CANCER DE MAMA</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO.3</b>	
<b>GUIA DE EJERCICIOS PARA LA PACIENTE MASTECTOMIZADA</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO.4</b>	
<b>INTRUMENTO DE VALORACION</b>	<b>86</b>

## INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería se centra precisamente en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de los individuos o grupos, a las alteraciones de salud reales o potenciales y sistematiza los cuidados de promoción, mantenimiento, recuperación o ayuda.

En la actualidad, el uso del proceso de enfermería como herramienta habitual en todas las actividades relacionadas a la enfermería se ha vuelto una preocupación importante en nuestra profesión.

El cuidado a la persona es complejo, requiere de la intervención de personal profesional que trabaje en equipo interdisciplinario. Sin embargo, no importa si el trabajo se realiza en equipo o en forma individual, la eficacia del resultado de las intervenciones responde a la capacidad de identificar los problemas, emitir un juicio sobre ellos, y a la posibilidad de prescribir y ejecutar las actividades adecuadas.

Desafortunadamente la aplicación del proceso de enfermería no siempre es la forma de trabajar de los profesionales de la salud y algunos no se han dado cuenta de su utilidad. Es por ello que se hace necesario hacer una pequeña reflexión acerca de determinados hechos históricos, el progreso y los avances que revisten un indudable interés al considerar el proceso de atención de enfermería como la base misma de la profesión.

Tenemos así que el trabajo se integró de la siguiente manera: en el capítulo I se retomaron aspectos como son: los orígenes de los cuidados de enfermería que nos permiten introducirnos a la historia y conocer el significado del concepto de ayuda en las sociedades, los cuidados de supervivencia, las prácticas de las mujeres cuidadoras, los cuidados domésticos y los esbozos de institucionalizar en las primeras civilizaciones que han sido uno de los sustentos de la práctica de los cuidados de enfermería.

Así mismo se describen las ideas de Marie Françoise Colliere que nos habla del origen de las prácticas de los cuidados, de cómo estas han influenciado en forma importante las prácticas de enfermería hasta nuestros tiempos, ya que se basan en una primera orientación que se inscribe en la historia de la humanidad "Asegurar la continuidad de la vida, del grupo y de la especie". Podemos darnos cuenta que la enfermería está anclada en la historia, una historia que ha moldeado su evolución según sus acontecimientos, esto nos ha llevado a preguntarnos qué es la Práctica de Enfermería; es por ello que desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su campo de aplicación. Se exponen así también algunas reflexiones en torno a la filosofía del cuidado para culminar con los conceptos básicos acerca del papel de la

enfermera en la época actual y su impacto en la salud y educación de enfermería.

En el capítulo II se mencionan algunos aspectos teóricos del Proceso Atención de Enfermeras así como su definición e importancia.

Enfermería brinda el cuidado, es decir la metodología, lo que constituye la escena del trabajo o el proceso Atención de Enfermería o método Enfermero que incluye la descripción de las diferentes etapas del proceso Atención Enfermería como son: Valoración, diagnóstico de Enfermería, Planificación de los cuidados, Ejecución, Evaluación.

Existe un gran grupo de Teorizadoras de Enfermería, sin embargo hablaremos específicamente en el capítulo III de Virginia Henderson, la cual reconoce varias influencias en su modelo que según su verosimilitud, se puede ver la influencia de Maslow, ya que Henderson presenta una lista de 14 necesidades fundamentales de la persona, que comprenden los componentes de los cuidados de enfermería; por lo que se tomara su modelo para la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería en una Paciente Adulta con Alteración en la imagen corporal, se toma el modelo de Virginia Henderson por que se sustenta en las necesidades básicas y esta basado en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

En el capítulo IV se encuentra la aplicación del método en un caso clínico presentando una breve contextualización de la persona valorada y el desglose de cada una de las etapas del proceso Atención Enfermería (de la paciente con la alteración de la imagen corporal).

En el capítulo V se presentan algunas reflexiones, del trabajo, brinda un broche de cierre el capítulo VI con la parte bibliográfica y otras referencias en este trabajo y por último van los anexos en los cuales se presentan desde el instrumento para la aplicación del proceso de Enfermería hasta los aspectos conceptuales de la patología del cáncer de mama, no sin antes pasar por una ejemplificación de ejercicios para la rehabilitación física de mujeres con este tipo de patología.



## **OBJETIVO GENERAL**

Brindar el cuidado de Enfermería a una persona con alteración de la imagen corporal relacionada con la pérdida de una mama y alopecia posterior a tratamiento invasivo; con base en la metodología del proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson.

# CAPITULO 1.- UNA VISIÓN SOBRE EL ORIGEN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

## 1.1. SOMERA RESEÑA SOBRE EL ORIGEN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

La idea de aplicar un punto de vista histórico a los orígenes de "La Actividad de Cuidar" supone, la necesaria elaboración de un "Esquema de Secuencias", que hunde sus raíces en un pasado, y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio, para intentar cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie. Las fuentes para argumentar estas hipótesis son los objetos exhumados de los yacimientos prehistóricos, refiriéndose a dos tipos de civilizaciones: la del Paleolítico y el Neolítico.

El Paleolítico, esencialmente, fue una época de cazadores que habitaban al aire libre, que consiguieron el dominio del fuego; y configuraron una organización social basada en: ideas mágico religiosas, prácticas alimentarias y conservación de la especie. Mientras que los hombres del Neolítico conocen la agricultura, la cerámica, y viven sedentariamente. Esta "Revolución Neolítica", caracterizada por el paso de la economía depredadora a la productora, nos describe el contexto prehistórico en que se inscriben las coordenadas que configuran el origen de las "Prácticas de los Cuidados", o de la "Actividad de Cuidar"<sup>1</sup>

Los etnólogos coinciden en representar al hombre primitivo como un ser social y no individualizado, es por ello que las "Prácticas de Cuidados" se configuran bajo el "Concepto de Ayuda".

Otro dato importante de mencionar es el proceso de Hominización ya que favoreció el surgimiento de especies capaces de ejercer mayor control del medio ambiente debido a su cerebración creciente, sin olvidar por supuesto el más importante descubrimiento: el Fuego. Dada la gran influencia que éste ejerció sobre los elementos básicos que constituyen "La Práctica de los Cuidados", ya que transformó las organizaciones sociales y mágico-religiosas y su uso modificó materias y alimentos, lo cual junto al calor y la luz, contribuyó inexorablemente a la conservación del grupo y de la especie, objeto también de "Las Actividades Cuidadoras". Pero más tarde a éstas prácticas se incorporaron elementos psicológicos y culturales, lo que supone, un aumento en la capacidad de aprendizaje y un mayor grado de variabilidad de comportamientos de la especie.<sup>2</sup>

Se podría afirmar, que en este periodo, los Cuidados comienzan a ejercerse bajo un plan, en el que queda incluida cierta individualización y previsión del futuro. Si

---

<sup>1</sup> Ibid. Pág.57

<sup>2</sup> Ibid. Pág. 58

la Práctica de los Cuidados, es analizada desde el aspecto de supervivencia en la que se desarrollaban los primeros hombres, en este sentido, se señala que las diferencias y peculiaridades biológicas determinaban la participación y el reparto de actividades, esto nos indica que la actividad de cuidar estaba ligada, en un principio, a las "características biológicas femeninas" relacionadas con la fecundidad, hasta concretarse en tareas asignadas por la comunidad.

Así las principales responsabilidades femeninas eran: el mantenimiento del fuego y sus secretos en la preparación de alimentos, el calor y las prácticas para procurar bienestar y alivio. El cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje de comportamientos que garantizaran la continuidad de la especie y de la vida. La recolección de vegetales, que implicaba la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionados con sus propiedades, así como su repercusión en las prácticas de cuidados.

De este modo, el saber empírico se va configurando mediante la praxis de las "Tareas Asignadas" y establece el "Valor Social" de los Cuidados de supervivencia. Si nos ponemos a reflexionar sobre este aspecto no estamos nada distante de lo que ahora realiza la mujer en la comunidad.<sup>3</sup>

### 1.1.1. ALGUNOS ASPECTOS HISTÓRICOS DEL CUIDADO

En Egipto existía una cultura del cuidado que consistía en una extrema amabilidad para con el ciego, el manco, el cojo, el loco, jamás se podía dejar a los pacientes sin ayuda, y nunca consideraron al enfermo, como en otras civilizaciones, impuro e intocable. Se poseen referencias en papiros de cuidados domésticos sobre administración de drogas, aplicación de ungüentos y goma, así como la hora de administración, toma de la temperatura y duración de ciertos remedios. Todas estas actividades eran efectuadas por sirvientes y esclavos organizados por la ama de casa.

En cuanto a los "Cuidados Institucionales" se desconoce bastante y solo se sabe que se otorgaban permisos laborales para atender a los parientes enfermos. Existía un sacerdote embalsamador que dominaba la técnica de vendaje, otros sacerdotes practicaban la circuncisión. "Según Colliere, los cuidados egipcios provienen del descubrimiento del cuerpo herido entre los cazadores de la prehistoria y de sus prácticas de cuidados".<sup>4</sup>

En la Grecia Antigua es importante recordar el paso del pensamiento mítico al pensamiento racional, o sea del mythos al logos. Un conocimiento de la physis de las cosas, que deja de ser mítico para desarrollarse conforme a la naturaleza y a la razón de las cosas. Sin embargo esto no sucedió con los cuidados practicados en la Grecia Clásica, ya que estos siguieron instalados en el mundo instintivo y

---

<sup>3</sup> Ibid. Pág. 58

<sup>4</sup> Ibid. Pág. 65

mágico-religioso, relegados al ámbito doméstico. Se menciona en los escritos hipocráticos, el asistente o servidor, figura históricamente institucionalizada que realizaba "prácticas enfermeras", actuando dentro de una doble filiación mágico-racional, pero el papel de la mujer continuaba siendo de tipo doméstico, por lo que en el terreno de los Cuidados, aparecen como amas de cría y parteras empíricas.

Esta concepción sobre el trabajo manual explica la escasa importancia social que para el Mundo Clásico tuvieron los Cuidados de Enfermería. Dicha situación socio-cultural, obstaculizó el estudio de los cuidados de enfermería aprendidos y desarrollados por mujeres y esclavos en un mundo que los excluía. No obstante, deberíamos lamentarnos que generaciones posteriores pasaran por alto ésta situación y honraran a los griegos sólo por sus teorizaciones apriorísticas.

En la Roma pagana los "nosocomi" o subalternos actuaban como enfermeros en los hospitales situados en los campos de batalla, actividades muy diferentes a las que realizaba una mujer, ya que los cuidados que proporcionaban estaban relacionados con la fuerza física y con las situaciones de enfrentamiento bélico. La mujer romana estaba presente en la vida pública, dentro de ésta intensa proyección. Cabe destacar un caso de interés excepcional, como hecho que manifiesta una clara institucionalización de los Cuidados que hasta el momento tan sólo poseía un carácter cuasi doméstico y se refiere a la fundación alimentaria de Fabia Hadrianilla en Hispalis quien dejó un legado de cincuenta mil sestercios para distribuirlos anualmente entre los más jóvenes de la ciudad correspondiendo una parte mayor a las niñas que a los niños. Mientras que para Quintiliano, la enfermera es la primera persona que escuchaba a los niños y atemperaba sus manifestaciones y necesidades, compartiendo su actividad, en el ámbito doméstico romano con la del educador.<sup>5</sup>

### **1.1.2. ALGUNOS ASPECTOS QUE INFLUYERON EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS**

Durante el transcurso de la historia siempre se le ha dado más valor a otras actividades relacionadas con la salud que a la actividad que miles de enfermeras realizan a diario. "El cuidado a las personas" concepto desarrollado durante la época del cristianismo no queda reflejado en texto alguno y todo parece girar, alrededor de objetivos espirituales por lo que fue considerado como el Instrumento de salvación para la vida eterna y no poseía objetivos que giren en torno a la constitución de un saber. Asimismo desde la Edad Media Baja, se dudaba de la profesionalidad o del carácter de oficio de la Enfermería, lo que hizo imposible, incluir los Cuidados dentro del contexto gremial de esa época, y otras actividades relacionadas como la de los barberos o los sangradores si estaban contempladas dentro del contexto de la atención a la salud. De esta manera, aparece en el Cristianismo incipiente una "Justificación Divina" de la riqueza, mientras que la pobreza debe ser aceptada socialmente. Esta idea lleva a muchos

---

<sup>5</sup> Ibid. Pág. 68-69

cristianos a dedicar su vida al Cuidado de los pobres y enfermos. Así "Los Cuidados de Enfermería" se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda que podríamos denominar "Vocacional-Cristiano-Caritativo", se institucionalizan para la salvación de almas, más no se toma en cuenta los objetivos propios de una profesión incipiente.

Se habla también de otra forma de Institucionalización de los cuidados en las leproserías, hospederías y hospitales, en donde se resalta el amor al prójimo, sin temor al contagio. Así queda reflejada la cristalización del concepto cristiano de ayuda.

La Institucionalización de "Los Cuidados de Enfermería" en la Zona Occidental Europea, se refugió en los monasterios rurales, casas de caridad y pequeñas hospederías. Posteriormente se construyeron hospitales, edificios destinados para epilépticos, ancianos y peregrinos, sujetos a la tradición filosófica y cultural del Imperio. La labor del Cuidado a los enfermos se vio recompensada económicamente y los cuidados que se proporcionaban consistían en alimentar a los enfermos y mantenerlos limpios, mientras que los cuidados terapéuticos de acuerdo a conocimientos científicos de la época, consistían en baños y sangrías.

Durante la época de las cruzadas se dividieron en: Caballeros, Sacerdotes y Hermanos Sirvientes, que eran quienes atendían y cuidaban, tanto a los peregrinos que viajaban a los Santos Lugares, como a los caballeros heridos durante el combate. Más tarde, el orden del los Teutónicos que además de los tres votos religiosos a los que se les obligaba, se obligó a un cuarto voto más, que consistía en el Cuidado a los enfermos.<sup>6</sup>

## **1.2. DEL CUIDADO HABITUAL AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.**

"Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que ésta pueda persistir". Durante miles de años los cuidados no fueron propios de un oficio, eran más bien los actos de cualquier persona que ayudara a otra a conservar su vida, para permitir que esta continuara y se desarrollara y así luchar contra la muerte.

Para Marie Françoise Colliere la historia de los cuidados se perfiló alrededor de dos orientaciones, ejes o pensamientos dialécticos llamados el Bien y el Mal. Entendiendo por el bien: asegurar la continuidad de la vida, del grupo, de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales, separándola del Mal que es lo que produce malestar. Estas dos orientaciones según Colliere coexisten, se complementan y se engendran mutuamente.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Ibid. Pág. 81,82

<sup>7</sup> Françoise. Colliere. Marie. Promover la vida. Editorial Interamericana Mc. Graw- Hill. 1997. p.5

Esta necesidad de asegurar el mantenimiento de las funciones vitales dio lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hicieron cargo hombres y mujeres que según sus recursos se esforzaron por atenderlas. Se organizaban de acuerdo a una serie de necesidades tales como: la protección del grupo, protegerse de la intemperie, de salvaguardar su territorio y recursos; lo que más tarde dio origen a la división sexual del trabajo "el lugar del hombre y la mujer en la vida social y económica".

"Asegurar la supervivencia era y seguirá siendo un hecho cotidiano, de ahí que una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo "Cuidar de" implicaba cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, pero también de los muertos". Actualmente esta expresión "Cuidar de", "Ocuparse de", transmite el sentido inicial y original de la palabra "Cuidado" Cuidar es por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos, para permitirles reproducirse y perpetuar la vida de grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados".<sup>8</sup>

Los cuidados que siguen la primera línea se construyen esencialmente alrededor de todo aquello que da vida, que es fecundable y que da luz. La base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad han sido los cuidados corporales y la experiencia con frecuencia secular de las prácticas alimentarias, desde el origen del descubrimiento de las propiedades de las plantas, siendo así hasta nuestros días.

A medida que los grupos fueron ratificando sus practicas de cuidados habituales en cosas permitidas y prohibidas, las erigieron en ritos y encargaron primero al chamán y luego al sacerdote, la misión de garantizar una mediación entre las fuerzas benéficas y maléficas, o sea que interpretaba lo que era bueno y lo que era malo. En cierta manera adquiere poco a poco el derecho de designar y eliminar del grupo a todo sospechoso de ser portador del mal ejemplo de ello: eran los leprosos, los gitanos, herejes, etc. Esto se ha transformado con el pasar del tiempo, pero se dice que en la actualidad los descriptores del mal son los médicos. Estos vieron crecer desmesuradamente su papel de mediadores, que lleva consigo el nacimiento de la clínica, convirtiendo cada vez más en campo de especialistas. Desafortunadamente para enfermería no sucedió nada, y parecía que todo estaba estático.<sup>9</sup>

Posteriormente, en lo que respecta a Enfermería, el intentar aprender la práctica de los cuidados exige volverlos a centrar respecto a su principal finalidad: Permitir que la vida continúe y se reproduzca. Las dos orientaciones anteriores de las que nos habla Marie Françoise Colliere al inicio del texto, han influido durante el pasar del tiempo en enfermería, pero también han dificultado la identificación de los cuidados. Los cuidados que seguían la primera línea se construyeron alrededor de

---

<sup>8</sup> Ibid. Pág. 8

<sup>9</sup> Ibid Pág. 11

todo aquello que da vida, que es fecundable y que da luz. Sin embargo ella nos menciona ¿Acaso dándoles la vida, no les comunican la muerte? “Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte”.

Algunos cuidados llevados a cabo por hombres darán cuidados a otras corrientes de influencia, a otras formas distintas de las propias de las mujeres. Así se constituyeron los cuerpos de enfermeros vinculados al ejército, como los esclavos en las legiones romanas o y más tarde en el seno de órdenes guerreras hospitalarias como los caballeros o como los que aparecían aun mas tarde en los hospitales de campaña militares.

Surgen otros grupos que se encargaban de apartar de la colectividad a los portadores de males o a los sospechosos. A mediados del siglo XIX, reciben ayuda en sus tareas y son desplazados por enfermeros laicos y se convertirán en enfermeros psiquiátricos. Posterior a la aparición de la quimioterapia se cuenta con mujeres dentro del personal de enfermería.

Los cuidados no han sido solo competencia de la actividad de los hombres o de mujeres comunes, parece importante tener en cuenta el papel predominante de los Padres de Iglesia que ponen las bases de la Doctrina Cristiana y orientan la vida monástica. Se dice que hasta ahora no ha habido gran inquietud como para comprender el origen y la evolución de estas prácticas, así como sus influencias recíprocas y su red de interacciones, siendo siempre prioritario de uno u otro sexo, o cuál es su concepto del mundo, del universo, de la vida o de la muerte, qué los mueve, qué creencias o qué ritos, por qué surgen otros en ciertas épocas de la historia, etc. Lo que si sabemos es que existe gente que se interesó por conocer y entender la finalidad de los cuidados que ofrece la enfermera.

Para comprender la historia de la práctica de la enfermería, parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la historia de la mujer sanadora y de su evolución. La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explican desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el sentido hospitalario no psiquiátrico y en los dispensarios de pueblos y barrios, pasando hoy a denominarse cuidados de enfermería.

Las etapas de estas distintas formas de identificación de las prácticas de cuidados aparecen del siguiente modo:

-Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la Edad Media, en la sociedad Occidental.

-Identificación de los cuidados de la mujer-consagrada, desde la Edad Media hasta finales del siglo XIX en Francia

-Identificación de los cuidados de la mujer- Enfermera auxiliar del médico, desde el principio del siglo XX hasta finales de los años sesenta”.

Es a principios del siglo XX en que una bifurcación del concepto de cuidados dirigida por una corriente médica, vino a impregnar el concepto transmitido por las mujeres consagradas y a remodelar su función.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Ibid. Pág. 8 -9

### 1.3. ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LA FILOSOFÍA DEL CUIDADO.

Para poder hablar de filosofía en enfermería será necesario empezar por conceptualizarla. La filosofía más que el amor por la sabiduría, es una actividad reflexiva destinada a dilucidar el sentido o sin sentido de ciertas proposiciones o una actividad reflexiva en la vida humana: También la filosofía aparece como un modo de ser de la existencia humana.

En un sentido estricto la filosofía constituye una ciencia en si misma, una ciencia de los seres en relación a sus causas últimas. El valor de la ciencia de filosofía radica en auxiliar al individuo a ordenar sus actividades de acuerdo con el conocimiento de la esencia, de su identidad y naturaleza. En este sentido, las enfermeras utilizan una base filosófica como orientación acerca del ser humano y del universo en el que algunas personas, los pacientes, pueden requerir la asistencia de otras, que pueden ser enfermeras.

*"Algunos filósofos como Dickoff y James, comentan que lo que las enfermeras tienden a denominar filosofía del cuidado, ellos la consideran como una religión de la asistencia, cada enfermera posee una serie de valores propios referidos a sus creencias acerca del hombre, de sus objetivos de la vida, y de su destino".<sup>11</sup>*

Estas creencias orientan la manera en que las personas se relacionan entre sí, trabajan en equipo y prestan sus cuidados a aquellos que lo necesitan para beneficiarse. La concienciación y comprensión de la filosofía y valores de uno mismo y la expresión deliberada de las propias creencias acerca del hombre permitirán las bases para una práctica más eficaz. Es por ello que se hace necesario la revisión de algunas reflexiones o filosofías del cuidado:

La primera autora es Florence Nightingale quien reflejaba la preocupación predominante de finales del siglo XIX, cuando el saneamiento era el principal problema de salud. Según Nightingale, los **cuidados enfermeros** "están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecerle o preservarle su salud". La preocupación de la enfermera que se encuentra al lado de la persona enferma o sana consiste en proporcionar el mejor **entorno** posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. Nightingale considera a la **persona** según sus componentes: físico, intelectual, emocional, ó espiritual; así como su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente, ya que la **salud** no solo es lo opuesto a la enfermedad. Este concepto significa igualmente "la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos".

Para Virginia Henderson, el **cuidado** "Es la asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por *falta de fuerza de voluntad o de conocimientos*, con el fin de conservar o de restablecer su

---

<sup>11</sup> Suzanne Kérouac, M. N. El pensamiento Enfermero. Editorial. Masson, S.A. p.15



independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales” (**salud**). Es por ello que la función específica de la enfermera consiste en suplir, en la persona, lo que le falta para ser completa, entera o independiente, los modos de intervención serán: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar, aumentar la fuerza, la voluntad o los conocimientos de la persona. Ya que para ella la **persona** es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales con dimensiones de orden biofisiológico, psico-sociocultural. No define salud y entorno, sin embargo, se ha podido deducir que, el **entorno** es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona y así su salud es la capacidad que posee una persona de satisfacer sus catorce necesidades fundamentales.

Los escritos de Orem son otra filosofía más de ver el cuidado: Menciona que el acto del **cuidado**, “representa un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos, porque está centrado sobre las personas que tiene incapacidades para ejercer su autocuidado. Para Orem la **persona** es un todo integral que funciona biológica, simbólica y socialmente, por lo que al referirse a la salud y al entorno, ella comenta que la **salud** es un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano, lo que permitirá que el **entorno** o sea el conjunto de los factores externos influyan sobre la decisión de la persona para emprender los auto cuidados o sobre su capacidad de ejercerlos, y que pasa a ser una parte integrante de la persona.”<sup>12</sup>

Estos son algunos escritos que han llevado a plantear “Teorías y Modelos de Enfermería” porque tratan de concebir la Disciplina de Enfermería como ciencia con sustentos filosóficos, donde se concibe al cuidado como una acción humanística y no mecánica. “El acto del cuidado une el qué del cuidado y el cómo de la interacción persona-enfermera; el designar como va a proporcionar el cuidado permite crear un cuidado con diversos procesos, tales como: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición. Se trata de un cuidado innovador que reúne la ciencia y el arte de enfermería que se centra en la persona humana, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud”. Esta es la aplicación de una filosofía en el cuidado de enfermería. Por lo tanto el atender el cuerpo, mente, espíritu y entorno de una persona, es más que brindar cuidados. Esto conlleva a que “la práctica de enfermería sea más que el cumplimiento de múltiples tareas, requiere de una agudeza intelectual considerable que, vista desde el exterior, parece indicar “intuición”, ya que se trata de “acertar” a escoger una acción pensada y reflexionada, que responda a las necesidades de la persona humana”<sup>13</sup>

Pero para cuidar, es decir, para conocer más a la persona, y su entorno, necesitamos tiempo (Masón 1985). Un tiempo demasiado corto, significa un

---

<sup>12</sup> Ibid. Pág. 18-19

<sup>13</sup> Ibid. Pág. 22

cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirían tareas rutinarias, pero se sacrifica una parte importante del cuidado, el que exige reflexión, el que apoya y refuerza nuestra filosofía.

La revisión histórica, nos ha permitido ver que la enfermería, no solo debe basarse en el uso de técnicas, procedimientos y destrezas manuales, sino también es importante escuchar activamente y establecer una relación de ayuda y estimular los propios recursos de la persona. Por lo tanto, si retomamos ésta responsabilidad, de tal manera que se haga habitual y sencilla, se logrará una mejor y más rápida satisfacción de las necesidades del individuo.<sup>14</sup>

#### **1.4. SOMERA RESEÑA DE LO QUE HA SIDO LA SALUD Y EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA HASTA LA ACTUALIDAD.**

Después de ver visto lo anterior, es importante hacer una somera revisión de lo que hasta ahora ha sido la salud, la educación y enfermería; la problemática a la que se ha enfrentado durante muchos años y lo que se espera que se haga, para lograr realmente un reconocimiento como profesional de la salud.

“En sus lúcidas reflexiones sobre la Educación, Kant constata el hecho de que la educación nos viene siempre de otros seres humanos (“Hay que hacer notar que el hombre sólo es educado por hombres y por hombres que a su vez fueron educados”) y señala las limitaciones que derivan de tal magisterio: las carencias de los que instruyen reducen las posibilidades de perfectibilidad por vía educativa de sus alumnos. (“Si por una vez un ser de naturaleza superior se encargase de nuestra educación -suspira Kant- se vería por fin lo que se puede hacer del hombre”).”

Hasta finales del siglo XIX la enfermería evolucionó a partir de antecedentes religiosos, militares y sociales. Pero desde principios del siglo, quien más influyó en la formación de las enfermeras fue Florence Nightingale. Pensó que debían crearse escuelas para formar enfermeras, dotándolas de experiencia práctica y de un gran acervo de conocimientos, debían estar cerca de hospitales que pudieran servir de talleres o lugares de formación; por lo que la formación de enfermeras se desarrolló en numerosos países en el contexto hospitalario, considerando a la escuela como Institución Independiente, con financiamiento y órganos rectores propios. Sin embargo, por disposiciones financieras inadecuadas esto no fue posible. Hoy en día se tiene presente este principio.<sup>15</sup>

“En 1978 la iniciativa de la OMS “Salud para Todos”, insiste en la necesidad de que las enfermeras trabajen fuera de los contextos hospitalarios tradicionales y, como señaló: Se necesitan enfermeras capaces de diagnosticar los problemas de salud de la comunidad y de aplicar medidas de prevención, fomento y vigilancia de la salud del conjunto de las poblaciones, enfermeras capaces de cuidar a los

---

<sup>14</sup> Ibid. Pág. 23

<sup>15</sup> Ibid. Pág. 35

enfermos o discapacitados, enfermeras capaces de enseñar a las personas a cuidarse a si mismas” En respuesta a esto, las enfermeras formadoras de recursos debían reorientar planes de estudio para incluir conceptos de Atención Primaria. Sin embargo hasta este momento no se ha logrado nada, ya que se sigue preparando dentro del ámbito de lo curativo.

En 1985 se volvió a realizar un nuevo llamado, por la OMS. Así el CIE sugirió que los planes de estudio se preparasen no solo para satisfacer las demandas de las competencias requeridas sino también para formar actitudes de Conciencia Social.

Desde 1974 un comité de expertos de la OMS propuso cambios en la práctica de enfermería, y por supuesto una formación que reconociera lo siguiente:

- Un sistema de salud para la totalidad de la población y no centrado en grupos limitados.
- A la comunidad como principal determinante de la atención de la salud.
- La posibilidad de tratar la salud de la comunidad de otro modo.
- El desarrollo de la enfermería como sistema de cuidados, con interacción y colaboración constante.
- Un modo de pensar según el modo de pensar de la comunidad.
- Que los programas de formación de enfermería deberían de abarcar todos los aspectos de la vida humana y estar estrechamente relacionados con las necesidades de la comunidad y la práctica de la atención de salud.<sup>16</sup>

La Declaración de Alma Ata reforzó estas propuestas y animó a la enfermería a pasar a la práctica en comunidad, interesarse por el medio ambiente, la equidad y el cambio de las necesidades de salud. El movimiento de salud para todos tuvo dos grandes consecuencias:

1. Dio una nueva importancia a la enfermera comunitaria.
2. Ponderó la necesidad de mejorar la calidad de los cuidados.

El desarrollo de sistemas de cuidados de salud basados en la atención primaria de salud exigía que el centro de interés pasase de lo métodos curativos a los preventivos. Lamentablemente en un informe de la OMS, el 80 % del personal de salud esta dedicado a dispensar servicios curativos, limitando así su participación en los trabajos preventivos, de promoción y protección de la salud. “Dicho de otro modo la enfermería estaba respondiendo a una tecnología médica compleja, pero no hacia avanzar su función en la atención primaria de salud aumentando sus conocimientos y capacidades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud”.

---

<sup>16</sup> CIE. Tendencias Actuales y Futuras. P.6

Desafortunadamente el personal de enfermería siempre ha sido preparado en hospitales, orientados al tratamiento, para desempeñar funciones clínicas especializadas, sus experiencias de aprendizaje son propias de un hospital, así adquieren su experiencia práctica, son supervisados por los mismos profesionales de la salud, aunado a esto muchos profesores de enfermería carecen de calificación docente, sus principales métodos didácticos son la clase teórica, con lecciones aprendidas de memoria, bajos recursos financieros y el controversial asunto de la profesionalización, pero a la vez la continua formación de personal técnico.

Como bien sabemos, "otros cambios que ejercen presión sobre los sistemas frágiles de cuidados de la salud son la evolución demográfica, las pautas cambiantes de las enfermedades y afecciones, las enfermedades nuevas, el rápido crecimiento tecnológico, y el aumento de las demandas de los consumidores.

Los roles de la enfermería están pasando a ser los de capacitador, facilitador y gestor de los cuidados. Sin embargo, al mismo tiempo la tecnología médica compleja pide más especialización de las enfermeras".

Una de las estrategias que se deberá seguir para lograr avances en el plano teórico consistirá en "reorientar considerablemente los programas de enseñanza de enfermería", ya que no han sido acordes con las necesidades de salud de la población a la que se atiende; esto nos lleva a reflexionar sobre si es una de las razones por las cuales enfermería no ha encontrado respuesta a su quehacer profesional, a lograr su autonomía, capacidad crítica, trabajo en equipo, etc.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Ibid. Pág. 8

## CAPITULO II CONCEPTOS TEORICOS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (M E T O D O E N F E R M E R O)

### 2.1 ALGUNOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Lidia, Hall, (1955) Introduce el término de: proceso de enfermería, pronuncio una conferencia en Nueva Jersey llegando a la afirmación básica de "La asistencia Sanitaria es un Proceso".
- Kreuter, F. R., (1959). Describe las fases del proceso como coordinación, planificación y evaluación de enfermería como cuidadores, considerando como un fenómeno de la calidad de la practica profesional.
- Johnson, D. E. (1959). Describe el proceso como valoración de las situaciones, toma de decisiones, ejecución de acciones designadas para resolver los problemas de enfermería, y evaluación.
- Orlando, I. J (1961). Fue una de las primeras autoras que utiliza el término de Proceso de la Asistencia Sanitaria, especificando que el componente central es la relación dinámica enfermera-paciente, lo que atrajo de inmediato la atención de las enfermeras. A pesar de este esfuerzo innovador el termino no se adoptó inmediatamente. Según Orlando este proceso puede componerse de tres elementos: a) componentes del paciente, b) reacción de la enfermera, c) actuación sanitaria orientada hacia el beneficio del paciente.
- Henderson, V. (1965). Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con el desarrollo optimo de su independencia.
- Lois Knowles (1966). Presentó un modelo de las actividades que constituyen el cometido de las enfermeras como son: Descubrir, Investigar, Decidir, Actuar y Discriminar. Estas cinco fases sugieren otra forma de abordar la asistencia del paciente.

En 1967 definió el proceso de asistencia como la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente, incluyendo esquemas de comportamiento y acción de ambos. Las fases del proceso son: Percepción, Comunicación, Interpretación, Intervención y Evaluación.

- Heidgerken, L. (1965). Considera que las fases del cuidado profesional de enfermería son: evaluación del comportamiento y la situación, identificación de los sistemas físicos, diagnóstico, planificación e identificación de las necesidades y coordinación del régimen a través de todos los estadios del cuidado.
- MC Cain, R. A (1965) Introduce el termino valoración, por primera vez, en un artículo publicado en 1965. Para valor utilizó como marco las capacidades funcionales del cliente. Recogió y registró datos objetivos y subjetivos.
- Knowies, L. (1967). Describió la actividad de enfermería como descubrir, investigar, decidir, hacer. Las enfermeras recogen datos durante las dos primeras fases.
- Wiche (Western interstate Commission on Higher Education) (1969). Enumeró las etapas del proceso de enfermería como percepción, comunicación, interpretación, intervención y discriminación.
- Catholic University of América, (1967). Propuso cuatro componentes del proceso de enfermería; apreciación, planificación, intervención y evaluación.
- Orem, D (1971) Expuso que existían tres etapas en el cuidado de enfermería: a) determinación inicial y continuada de la necesidad del cuidado de enfermería; b) diseño de las acciones de enfermería que contribuyan a alcanzar las metas de salud del cliente, c) la iniciación, dirección y control de las acciones de asistencia.
- Ana Standards of Nursings (1973). Se refirió a cinco etapas del proceso; apreciación, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.
- Bloch, D (1974). Sugirió un proceso de cinco etapas que era asimilar al modelo de cuatro etapas: recolección de datos, planificación, intervención y valoración de la intervención.
- Gebbie, K. y Javin. M. A (1975). Organizó la primera conferencia nacional sobre la clasificación del diagnóstico de enfermería. En 1973 se basó en el uso del modelo de proceso de enfermería con cinco etapas: apreciación, diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y valoración.
- Roy, Sor Callista (1976). Utilizó un proceso de seis etapas: apreciación de las conductas del cliente, identificación del problema, establecimiento de las metas, intervención, selección del enfoque y evaluación. Abogó por el uso del término diagnóstico de enfermería.

Durante las dos últimas décadas, la enfermería ha experimentado un giro de ciento ochenta grados, tanto en sus responsabilidades como en su centro de atención. Antes de los años setenta, las enfermeras eran responsables de valorar a los pacientes, pero no se les permitía emitir juicios. No obstante, el papel de las enfermeras ha empezado a desarrollarse, y la American Nurses Association reconoció la necesidad de publicar nuevos estándares para la práctica de la enfermería, que establece que la enfermería "Es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales y su centro de atención se traspasó al tratamiento de la persona en su totalidad no solo la enfermedad".

En los últimos 10 años, el proceso de atención de enfermería ha sido considerado como una herramienta puente entre la práctica y la teoría. En 1973 un grupo formado por Teóricas, Docentes, Gestoras y Asistentes se reúnen para formar la National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnoses, como resultado de su trabajo, se desarrolló una lista de diagnósticos que fueron aceptados para su estudio y validación clínica. Este grupo se ha convertido en la North American Nursing Diagnosis Association NANDA, que hasta el momento mantiene sus reuniones cada dos años.<sup>18</sup>

## **2.2. CONCEPTUALIZACION DEL PROCESO ENFERMERO.**

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos, y a las alteraciones reales o potenciales.

La división del proceso en fases constituye una separación artificial de acciones que en la práctica real no tiene solución de continuidad. Sin embargo, con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del proceso es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que la enfermera se esfuerce en definir cada acción en términos de la fase que este realizando.

La iniciación del proceso requiere considerar tanto la situación de la enfermera como la del paciente; por ejemplo, la enfermera puede formularse preguntas tales como:

- ¿Cuál será la mejor forma de abordar el caso de ésta persona?
- ¿Cuál será la forma más eficaz y efectiva de establecer el marco para proporcionar el cuidado?
- ¿Qué tipo de ayuda precisaré, y de quién, para mejor atender al paciente?

---

<sup>18</sup> Alfaro. Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería. Editorial Doyma. p.60

De ésta manera la enfermera se anticipa a la iniciación del proceso y se prepara para un encuentro positivo con el paciente, esto le permitirá lograr los siguientes objetivos:

1. Establecer una atmósfera de confianza entre el paciente y la enfermera.
2. Definir el papel que la enfermera jugará en el proceso.
3. Brindar al paciente la oportunidad de expresar sus temores inmediatos, formular cuestiones que le preocupan y de empezar a sentir un cierto grado de bienestar en su papel de paciente.
4. Crear un medio ambiente positivo que pueda permitir el desarrollo eficaz del proceso.

Consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es Terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posibles.<sup>19</sup>

"El método enfermero es un sistema de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente"

El proceso de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros, así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.<sup>20</sup>

Según Yuca y Walsh, el proceso tiene características como:

- **Sistemático.**- Porque permite la organización del trabajo y así brindar cuidados al logro de objetivos.
- **Dinámico.**- Porque evoluciona según respuesta del paciente, lo que amerita un cambio continuo e interactivo y a su vez se enfatiza en la relación enfermera paciente.
- **Flexible.**- Porque se puede adaptar al ejercicio de la enfermera o en cualquiera que trate con individuos, grupo o comunidades.

---

<sup>19</sup> H. Yura, M. B. Walsh Ciencias de Enfermería Editorial Alambra. 1982. p.25

<sup>20</sup> Alfaro Levefre R Aplicación del proceso de Enfermería.3ª,Ed. Edit. Mosby Doyma. 1999 Pág. 4.



- El propio proceso exige una fundamentación teórica que parte de numerosos conocimientos y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.
- Por último su finalidad es desarrollar los códigos del ejercicio de la enfermería y realizar estudios sobre el quehacer, comparar resultados y monitorear cuidados y pautas terapéuticas.<sup>21</sup>

### **2.3. IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede: a) Asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, la familia y la comunidad. b) Proporcionar la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. c) Asegurar la atención individualizada; ofrece ventajas para el profesional que presta atención y para quien la recibe; permite evaluar el impacto de la intervención de la enfermería.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, así como la profesionalidad. Para el cliente: la Participación en su propio cuidado, Continuidad de la atención, mejora la calidad de la atención. Para la enfermera: se convierte en experta, satisfacción en el trabajo, crecimiento laboral.<sup>22</sup>

### **2.4. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA**

#### **2.4.1. PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN**

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente, esta formada por una serie de actos sistemáticos, organizados y deliberados.

La Valoración es la primera etapa del proceso de enfermería, y el primer paso consiste en la recopilación de datos, en la que se reúnen todas las piezas del rompecabezas, para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente y su segunda gran etapa es la elaboración de los diagnósticos de enfermería. Sin embargo para su mejor estudio se verán por separado. Las etapas de la valoración son:

A) Recopilación de datos.

<sup>21</sup> Silvia Oregón S. Método de trabajo en el quehacer del profesional de enfermería: Reflexiones acerca del proceso. Medellín (2). Septiembre de 1999.

<sup>22</sup> Atkinson L., Murria ME proceso de atención de enfermería 2ª Ed. México. El manual Moderno 1983. Pág. 7

- B) Validación de los datos.
- C) Organización de los datos.
- D) Comunicación y anotación de los datos.<sup>23</sup>

**2.4.1.2. Recopilación de datos:** Inicia con el primer contacto del paciente, desde su ingreso y se continua durante toda su estancia hospitalaria, a medida que se producen cambios o aparece nueva información. Las fuentes principales para la obtención de los datos son:

- El paciente, familia u otras personas significativas.
- Registros de enfermería.
- Expediente clínico (registros médicos).
- Consultas verbales o escritas con otros profesionales del cuidado de la salud.
- La entrevista.
- Exploración física del paciente.
- Registros de los estudios diagnósticos (laboratorio y gabinete).
- Bibliografía relevante.
- Observación directa.

Existen diversos tipos de valoraciones de enfermería:

**a) Valoración de los datos:** Se conoce también como base de datos de referencia: Nos dice como está el paciente hoy, y antes de iniciar la intervención, nos proporcionan datos de cuáles serán las bases para la identificación de las capacidades y problemas. Puede emplearse un formato impreso para el registro, de acuerdo a un modelo de enfermería, o desde un punto de vista holístico, para evitar omitir datos, ya que pueden ser cruciales a considerar más tarde, cuando se identifiquen los diagnósticos de enfermería.

**b) Valoración focalizada:** Se usa para reunir información específica a fin de determinar el estado de un problema real o potencial. Esta valoración centra su atención en los problemas reales o potenciales, es el principal método de valoración continuada. Para su realización se recomienda hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Hay signos y síntomas observables?
- ¿Hay factores contribuyentes?
- ¿Qué siente la persona sobre el manejo y prevención?
- ¿Hay factores contribuyentes a los problemas que pueden reducirse, controlarlos o eliminarlos.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Alfaro Rosalinda. Editorial Doyma. Op. Cit p. 19

<sup>24</sup> Ibid. Pág. 42

**c) Entrevista:** Se dice que tanto la entrevista como el examen físico van de la mano, ya que cada una complementa y clarifica a la otra. Para favorecer ese encuentro enfermera-paciente, que es la entrevista, pueden seguirse ciertas guías:

***Establecer una relación de confianza:***

- Asegure la intimidad.
- Use su nombre propio.
- Explíquelo el propósito.
- Mantenga un buen contacto ocular.
- No tenga prisa.

***Como observar:***

- Emplee sus sentidos.
- Fijese en el aspecto general.
- Preste atención al lenguaje corporal.
- Fijese en los patrones de interacción.

***Cómo formular preguntas:***

- Cuál es el principal problema de la persona.
- Use términos que la persona comprenda.
- Use preguntas abiertas.
- Emplee la reflexión.
- No empiece con preguntas delicadas o personales
- Aplaze las preguntas que no son pertinentes.
- Emplee un formulario organizado, para evitar omisiones.

***Cómo escuchar:***

- Sea un oyente activo.
- Permita al paciente acabar las frases.
- Tenga paciencia.
- Préstele toda su atención.
- Con propósitos de clarificación, resume y reformule lo que se ha dicho<sup>25</sup>.

**d) La valoración física de enfermería:** Esta se consigue mediante un examen completo y sistemático del paciente. Incluye las siguientes actividades:

- Inspección. (observación cuidadosa y crítica).
- Auscultación (examen mediante la escucha).
- Palpación (tacto y sensación).
- Percusión (examen mediante tacto, golpeteo suave y escucha).

---

<sup>25</sup> Ibid. Pág. 42

Al realizar la valoración física se requiere que se favorezca siempre la comunicación, no fiarse de la memoria y elegir un método para organizar la valoración.<sup>26</sup>

**e) Identificación de los datos objetivos y subjetivos:** Los datos objetivos son: información concreta y observable, como los signos vitales, los estudios de laboratorio, y los cambios en el aspecto físico o comportamiento.

Los datos subjetivos: son los que el paciente expresa, son sentimientos y percepciones y síntomas también.

Los datos subjetivos y objetivos que usted identifica actúan como claves. Las claves son indicaciones o recordatorios que le impulsan a emitir un juicio o inferencia.

**2.4.1.3 Validación de los Datos:** Se centra en asegurarse de que los datos que posee son reales. Esto significa que debe asegurarse de que las claves son correctas así como sus inferencias e interpretaciones. La validación de los datos ayuda a evitar omisiones de información pertinente, malas interpretaciones de situaciones y precipitarse en conclusiones o centrar la atención de una manera equivocada.

Guías para la validación de datos.

- Existen escalas exactas de medición.
- Comprobar sus propios datos.
- Buscar factores temporales que puedan alterar la exactitud de los datos.
- Pedir a otra persona ayuda.
- Comprobar por partida doble los datos que son extremadamente anormales.
- Comprobar datos objetivos y subjetivos.
- Clarificar las afirmaciones del paciente, familia y verificar sus inferencias.

**2.4.1.4. Organización de los Datos:** Tras haber reunido y validado los datos del paciente, la forma en que organice los datos dependerá de sus conocimientos, habilidades y preferencias. Existen diversos tipos de organización, hay quien lo agrupa de acuerdo a las necesidades humanas de Maslow, otros de acuerdo a patrones funcionales de salud (Gordón), y sistemas funcionales, o en relación a los nueve patrones de respuesta humana de la persona individualizada.<sup>27</sup>

**2.4.1.5. Comunicación y Anotación de los Datos:** Casi todos los centros de cuidados cuentan con formularios para la anotación de los datos.

---

<sup>26</sup> Ibid. Pág. 42

<sup>27</sup> Ibid. P. 43-44

Puede usar ciertas guías como son:

- Use tinta y escriba con letra legible y clara.
- Siga estrictamente políticas y procedimientos del hospital o siga el método organizado para la anotación de los datos.
- Sea clara cuando anote lo que observa.
- Escriba las afirmaciones del paciente, usando sus propias palabras.
- Anote a quien notificó los datos, si es aplicable.
- Anote primero los datos más críticos.<sup>28</sup>

## 2.4.2. SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

### 2.4.2.1. DEFINICIONES

**Diagnóstico Enfermero:** Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales y potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable. Los diagnósticos enfermeros reciben con frecuencia el nombre de respuesta humana, por nosotras, como enfermeras, centramos nuestra atención en como responden las personas a los cambios en su salud o en circunstancias vitales.

**Gordón:** Describe que un diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar.

**Moritz:** Los diagnósticos de enfermería son respuestas a problemas de salud que las enfermeras son capaces de tratar y están autorizadas y son legalmente responsables de hacerlo.

**Carpenito:** El diagnóstico de enfermería es una formulación que describe la respuesta humana de un individuo o grupo, que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud, o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.<sup>29</sup>

Durante la valoración, se reúnen y examinan los datos, se empiezan a detectar patrones de salud y enfermedad. Ahora durante esta etapa de diagnóstico, se acabará de ordenar todo, para identificar los problemas (que serán la base del plan de cuidados) y capacidades (que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente).

---

<sup>28</sup> Ibid. Pág. 44

<sup>29</sup> Ibid. Pág. 71

La enfermera será capaz de realizar diagnósticos y tratamiento de las respuestas humanas a problemas reales y potenciales. Esto ha permitido a la enfermera centrar su cuidado de la persona en su totalidad y no sólo de la enfermedad.

El proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico, o el método de pensamiento que hace uso de la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud del individuo, se denomina Razonamiento Diagnóstico.<sup>30</sup>

#### **2.4.2.2. LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO:**

- Identificación de problemas, el cual se inicia pidiendo al paciente que describa cualquier cosa que pueda causarle problemas.
- Habilidad y competencia para diagnosticar problemas de salud.
- Ser concientes de cualidades y limitaciones, por lo que puede consultar un recurso apropiado.
- Identificar datos normales y anormales.
- Comprender los términos: signo, síntoma, características definitorias y claves.
- Llevar consigo una relación o relaciones que puedan proporcionarle ésta información.
- Identificar correctamente los diagnósticos.
- Puede usarse la intuición para acelerar la identificación de los problemas.
- Factores etiológicos o contribuyentes. Identificar aquellos factores situacionales, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema”.<sup>31</sup>

La NANDA en la década de los años 70 y la American Nursing Association (ANA), reconocen oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen en los Estándares de la Práctica de Enfermería (1973). Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería y significa una referencia a la calidad de la práctica, a la par, conlleva a la necesidad de estructurar y regular el tema. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país. Este hecho dio origen en 1973 a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

A partir de ésta conferencia, se estructura el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. En 1982, durante la V Conferencia, se crea la

---

<sup>30</sup> Rosalinda Alfaro Procesó Enfermero. Edit. Doyma 1999 Pág.81.

<sup>31</sup> Ibid. P. 75

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería. Las categorías diagnósticas, tal como actualmente las conocemos, surgen al inicio de la década de los años 70, con una estructura insuficiente y a pesar de numerosas discusiones no se llega a acuerdos sobre la mejor forma de clasificarlos, por lo que se decide organizarlas en orden alfabético. La NANDA considera insuficiente el criterio alfabético; por ello inicia los trabajos para elaborar un marco de referencia, que proporcione las bases conceptuales, y así establecer los criterios de clasificación taxonómica.

Ha sido extremadamente útil la lista de diagnósticos aceptados y publicados por la NANDA, (North American Nursing Association), la cual publica cada dos años etiquetas diagnosticas, que han sido aceptadas para su comprobación clínica. "Cada una de las etiquetas de las categorías diagnósticas consta de tres componentes:

- Título o etiqueta. Ofrece una descripción concisa del problema de salud.
- Características definitorias. Grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.
- Factores etiológicos o contribuyentes. Identificar aquellos factores situacionales, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema.<sup>32</sup>

#### **2.4.2.3. CLASIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: REAL, POTENCIAL (ALTO RIESGO), PROBABLE Y DE BIENESTAR.**

##### **Tipos de diagnósticos:**

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

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordón 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.<sup>33</sup>
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en

<sup>32</sup> Ibid. P. 75

<sup>33</sup> El Proceso de Atención de Enfermería. Microsoft Internet Explorer.

situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- **Posible:** contiene sólo la denominación, no contiene factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir ésta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.<sup>34</sup>

#### **2.4.2.4. FORMATO PES**

**Existe el formato PES para validar diagnósticos de enfermería. En el que cada una de las letras tiene un significado:**

- P: Problema.
- E: Etiología o factores relacionados.
- S: Signos y síntomas.

#### **2.4.2.5 RECOMENDACIONES PARA APRENDER A IDENTIFICAR DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA SEGÚN LA NANDA:**

1. Trate de familiarizarse con la lista de diagnósticos.
2. No crea que debe utilizar todos los diagnósticos de la lista.
3. Organice la lista.
4. Practique el uso de instrumentos de valoración focalizada.
5. Reúna e interprete, y agrupe los signos y síntomas.
6. Tenga en cuenta diagnósticos médicos.
7. Estudie los signos y síntomas que ha agrupado y elija la etiqueta diagnóstica.
8. Use adjetivos calificativos o cuantitativos.
9. Especifique el área en que se produce el problema.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> El Proceso de Atención de Enfermería. Microsoft Internet Explorer.

<sup>35</sup> Rosalinda Alfaro Procesó Enfermero. Edit. Doyma 1999 Pág.85



### 2.4.3. TERCERA ETAPA: PLANIFICACIÓN

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería se está preparado para iniciar el tercer paso del proceso de enfermería: **la planificación**. Es el momento en que se determinará cómo brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos."La planificación implicará lo siguiente:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del paciente/ resultados esperados.
- Determinación de las acciones/ actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados de enfermería".<sup>36</sup>

**2.4.3.1. FIJACIÓN DE PRIORIDADES:** Se deberán fijar prioridades para establecer un buen plan de cuidados, dado que las enfermeras actualmente cuidan a un mayor número de pacientes, y cada vez más graves, esto les ha permitido adquirir habilidad para ver más allá de los problemas individuales inmediatos. Debe adquirir la capacidad de valorar el conjunto de todos los problemas que se le plantean, y cómo éstos afectan a los individuos implicados. Para una mejor priorización se requiere:

- Determinar los problemas que requieren atención inmediata, es decir, problemas amenazadores para la vida, y emprender de inmediato las acciones indicadas.
- Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordarán en el plan de cuidados de enfermería.
- Determinar los problemas interdependientes que requieren de órdenes médicas para la solución del problema.

#### ***Principios básicos para la fijación de prioridades:***

- La asignación de prioridades estará influida por la percepción de prioridades del propio cliente, por el estado general del cliente, por el plan general de tratamiento y por la presencia de problemas potenciales.
- Las enfermeras deberán elegir un método. Algunas enfermeras emplean la jerarquización de necesidades de Maslow y otras de acuerdo al problema que requiera atención inmediata

### 2.4.3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS:

De acuerdo a las siguientes razones:

- Los objetivos son los pilares del plan de cuidados

---

<sup>36</sup> Ibid. P. 101.

- Los objetivos dirigen las actuaciones
- Los objetivos son los factores de motivación.

La administración de cuidados de acuerdo a los objetivos incluye el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los que se deben conseguir de forma relativamente rápida, con frecuencia en menos de una semana, mientras que los de largo plazo van de semanas a meses.

Cuando se establecen objetivos es necesario aplicar estándares aceptados para los cuidados de enfermería. Estos estarán determinados por lo siguiente:

- La ley.
- La American Nurse Association (ANA).
- La intuición. (que revelan los valores y creencias del sistema).

Siempre para cada diagnóstico que identifique en el plan de cuidados, debe identificar un objetivo centrado en el paciente que demuestre una mejora o resolución del diagnóstico de enfermería. Es importante que por lo menos uno de los objetivos demuestre la resolución directa o la mejora del diagnóstico de enfermería.

#### **Componentes de los objetivos:**

- **Sujeto:** ¿Quién es la persona que se espera que logre el objetivo?
- **Verba:** ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?
- **Condición:** ¿Bajo qué circunstancias tiene que realizar la persona, las acciones?<sup>37</sup>
- **Momentos específicos:** ¿Cuándo se espera que la persona realice la acción?

#### **2.4.3.3. DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:**

Las actividades de enfermería son actividades o acciones específicas de enfermería que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual; promover, mantener y restaurar la salud.

**Es importante que la enfermera tenga en mente lo siguiente:**

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas y determinar el estado de los ya existentes.

---

<sup>37</sup> Ibid. Pág. 143

- Realizar la educación sanitaria del paciente para ayudar a los pacientes a adquirir nuevos conocimientos respecto al cuidado de su propia salud.
- Asesorar a los pacientes en la toma de decisiones respecto al cuidado de su propia salud.
- Consultar con otros profesionales del cuidado de la salud y derivar a los clientes a ellos para que obtengan las directrices adecuadas.
- Realizar acciones específicas de tratamiento para eliminar, reducir o resolver los problemas de salud.
- Asistir a los clientes a realizar actividades por sí mismos.
- Consideremos el rol de la enfermera de valorar, enseñar, aconsejar y asesorar cuando proporciona cuidados al paciente.<sup>38</sup>

#### **2.4.3.4. ANOTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:**

Recordar que el producto final (el plan de cuidados) servirá a tres propósitos:

1. Dirigirá los cuidados de enfermería.
2. Dirigirá las anotaciones.
3. Servirá como único registro que pruebe que se ha confeccionado un plan de cuidados minucioso e individualizado.

**Para cumplir estos propósitos el plan de cuidados debe incluir lo siguiente:**

1. Un breve perfil del cliente.
2. Objetivo a largo plazo para el alta.
3. Diagnósticos de enfermería y sus correspondientes resultados esperados.
4. Órdenes específicas de enfermería.
5. Un espacio para comentarios de evaluación.

Los impresos y métodos de anotación de los planes de cuidados varían de una institución a otra ya que deben adaptarse para cubrir las necesidades específicas de las enfermeras y de los pacientes de cada centro de cuidados.

#### **2.4.4. CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN.**

La ejecución es la iniciación y conclusión de las acciones necesarias para alcanzar objetivos definidos. Es la etapa donde la enfermera asume la responsabilidad de la asistencia directa al paciente y de la coordinación de los esfuerzos y actividades del personal sanitario.

La ejecución es una fase del proceso de la asistencia sanitaria orientada hacia la acción directa, en la cual la enfermera es responsable de la puesta en práctica del

---

<sup>38</sup> Ibid. Pág. 144

plan de cuidados que se elaboró previamente. Durante esta fase la enfermera debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los diferentes miembros del equipo, prestar cuidados directos al paciente, delegar responsabilidades de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada miembro.

Una vez identificado los problemas y las capacidades se determina el plan de acción individualizado y orientado al logro de los objetivos. Ahora está a punto para la ejecución. Por lo que debe de tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. Recolección y valoración continuada de los datos.
2. Establecimiento de prioridades diarias.
3. Realización de las intervenciones de enfermería.
4. Documentación de los cuidados de enfermería.
5. Comunicación verbal.
6. Mantenimiento del plan de cuidados actualizado.

La planificación y la ejecución están estrechamente relacionadas ya que durante la planificación se determinan las órdenes de enfermería para dirigir las actuaciones y durante la ejecución llevar a cabo dichas órdenes.<sup>39</sup>

#### **2.4.4.1. RECOLECCIÓN CONTINUA DE DATOS:**

"Proporciona la información necesaria para tomar decisiones sobre si el plan prescrito es o no apropiado" también puede proporcionar información clave sobre la adecuación de los diagnósticos de enfermería del paciente.

#### **2.4.4.2. FIJACIÓN DE PRIORIDADES:**

Esta es la clave para la ejecución del plan de cuidados. Se tendrá que aprender a valorar las situaciones día a día y ser flexible. La habilidad para fijar prioridades dependerá de sus conocimientos y experiencia.<sup>40</sup>

#### **2.4.4.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES, DEPENDIENTES E INTERDEPENDIENTES:**

Toda ésta interacción de la práctica de enfermería se ha descrito en tres dimensiones, las cuales ayudan a entender y aplicar los diagnósticos de enfermería, que son: dependientes, interdependientes e independientes.

El cuidado **dependiente** incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico, el término que se utiliza para describirlos es problema *clínico-médico*. La responsabilidad de los profesionales de enfermería es administrar el

<sup>39</sup> H. Yura Ciencias de la Enfermería. Editorial Alambra. 1982. p.29

<sup>40</sup> Alfaro. Rosalinda. Editorial Doyma. FP. Cit p.151

tratamiento médico prescrito. Esta dimensión representa intervenciones que la enfermera no puede prescribir legalmente.

El cuidado **interdependiente** se refiere a aquellos problemas o situaciones clínicas en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras/os y otros profesionales de la salud, normalmente médicos. Esta se describe como *problemas clínicos de enfermería*.

El cuidado **interdependiente**, incluye aquellas situaciones clínicas o problemas que son responsabilidad directa de la enfermera y que le permiten seleccionar las acciones que debe seguir para prevenir, reducir o aliviar el problema. Estas intervenciones pueden ser legalmente ordenadas de forma independiente por la enfermera. El término para describirlos es *diagnóstico de enfermería* y se define como el enunciado que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo o espiritual).

"La ejecución de las intervenciones incluye lo siguiente:

- Realizar directamente una actividad para el paciente.
- Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al paciente o familia mientras realiza una actividad por sí mismo.
- Enseñar al paciente y familia sobre cuidados de salud.
- Asesorar al paciente en las elecciones que debe hacer en la búsqueda y utilización de los recursos de salud adecuados.
- Valorar al paciente para detectar complicaciones o nuevos problemas".<sup>41</sup>

La puesta en práctica de las intervenciones de enfermería puede variar de simples a complejas. Existen algunas actividades que son comunes en todas las intervenciones y para ello se hecha mano del siguiente acrónimo CLIPVE, para ayudar a recordar y quiere decir:

- C. Controlar las órdenes y el equipo.
- L. Lavarse las manos.
- I. Identificar al paciente.
- P. Proporcionar seguridad e intimidad.
- V. Valorar el problema.
- E. Explicar o enseñar a la persona lo que le va a hacer.

---

<sup>41</sup> Ibid. Pág. 153

## **Recomendaciones:**

- No realice nunca una intervención, si no conoce la razón, el efecto esperado de la misma, efectos secundarios o posibles efectos adversos.
- Se deberá volver a valorar al paciente para determinar el estado del problema.
- Las actividades no deben ser repetitivas o mecánicas.
- Incluir en las actividades al paciente y familia.
- Contar con un entorno seguro y terapéutico.
- Conocer protocolos y procedimientos de la Institución.

### **2.4.4.4. DOCUMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

El registró o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas de cuidados de salud, debe aprender a hacer anotaciones, y hacerlas bien. Recuerde que estas anotaciones serán la comunicación escrita más actual de lo que le ha sucedido al paciente durante el curso del día.

### **2.4.4.5. COMUNICACIÓN VERBAL DE LOS INFORMES DE ENFERMERÍA:**

“Los informes de enfermería verbales que dé sobre su paciente pueden tener una gran influencia sobre los cuidados generales de salud que el paciente recibe”. Siga las recomendaciones siguientes:

- Dé información básica del paciente.
- Informe general de lo ocurrido en el día.
- No sea vaga en la información.
- Use el proceso y describa cada etapa.
- Si hace inferencias, identifíquelas como tal.
- Describa la presencia de todos los tratamientos.
- Acentúe los hallazgos anormales.
- Remarque las variaciones de la rutina.
- Describa las acciones de enfermería independiente e interdependiente<sup>42</sup>

### **2.4.4.6. MANTENIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ACTUALIZADOS:**

Incluso antes de llegar a la etapa de evaluación, se deben realizar evaluaciones periódicas de las actividades de enfermería, se deben evaluar los progresos diarios de cada paciente, ya que si no progresa, deberá examinar los factores que lo impiden, incluso puede darse cuenta, si algún problema que había detectado ha desaparecido o cambiado. La revisión del plan de cuidados deberá incluir el registro, para comprobar la actualización de diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería, objetivos, etc.

---

<sup>42</sup> Ibid. Pág. 164

## **2.4.5. QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN**

La evaluación es la apreciación de los cambios experimentados por el paciente como resultado de la actuación de la enfermera. Una vez que se han determinado los logros conseguidos al término del plan, la enfermera y el paciente podrán determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente.

La evaluación se requiere para hacer cambios o finalizar la actuación, se puede decir que se inicia desde la planificación misma. Sin embargo es durante ésta etapa cuando se debe completar una evaluación detallada de todo el plan de cuidados, por lo que se requiere de las siguientes actividades:

- Establecimiento de criterios para la evaluación.
- Evaluación del logro de objetivos.
- Valoración de las variables que afectan el logro de los objetivos.
- Modificación del plan de cuidados y finalización.<sup>43</sup>

### **2.4.5.1. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PACIENTE:**

Estos deben ser los mismos que los objetivos o criterios de resultados que ha identificado en el plan de cuidados.

### **2.4.5.2. EVALUACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS DEL PACIENTE:**

Esto significa que tendrá que examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado actual de salud.

### **2.4.5.3. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES QUE AFECTAN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS:**

Se tendrá que examinar lo que sucedió durante la etapa de planificación y ejecución y responder a las siguientes preguntas:

- ¿Los objetivos e intervenciones fueron realistas para el paciente?
- ¿Se realizaron las intervenciones coherentemente, tal como se prescribieron?
- ¿Los nuevos problemas, se detectaron a tiempo para ser corregidos?

Si el paciente es inasequible o no puede comunicarse, sólo los registros clínicos de enfermería, serán el método para determinar lo que sucedió día a día.

---

<sup>43</sup> Ibid. P 167

Otras personas claves para valorar el cumplimiento de objetivos son la familia o allegados. Usted tendrá que aplicar sus conocimientos teóricos o prácticos para identificar los factores que han dificultado el cumplimiento de objetivos.<sup>44</sup>

#### **2.4.5.4. MODIFICACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:**

Una vez que se determina qué afectó el logro de los objetivos, se está a punto de modificar el plan de cuidados, se puede establecer nuevos objetivos, identificar nuevas intervenciones, o cambiar el entorno o momento de éstas. Su habilidad para hacer los cambios pertinentes, será la clave para lograr un plan de cuidados eficaz, eficiente, e individualizado.<sup>45</sup>

#### **2.4.5.5. FIJACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

Si se han logrado todos los objetivos establecidos, y no se ha identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito final del plan de cuidados. Durante todo el proceso se debe estar informando tanto al paciente, como a la familia, los cuidados que se estarán proporcionando aún estando dado de alta. La terminación de los cuidados implica valorar planes dirigidos a su propia salud., darle instrucciones verbales y escritas de tratamientos, medicamentos, actividades que debe realizar en su domicilio, identificación de signos y síntomas de alarma, y a donde puede acudir. También debe discutirse sobre números de teléfono y servicios importantes de los que puede disponer.

#### **2.4.5.6. CONTROL DE CALIDAD:**

La evaluación es el factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudarán a las enfermeras a proporcionar cuidados de enfermería de calidad.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Ibid. P.177

<sup>45</sup> Ibid. P 177

<sup>46</sup> Ibid. P 178



## CAPITULO III MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Como sabemos, la Enfermería se redefine continuamente, y se adapta, respondiendo a las exigencias de nuestro mundo cambiante. Constatar que existe un área distintiva de enfermería en los cuidados de la salud, implica por otro lado, un alto grado de complejidad y especialización que exige, más que nunca, comprender e identificar los elementos de Enfermería, los sustentos de la misma, como son las Teorías y Modelos. Estas son muchas, pero hablaremos, solo por el momento de una teórica, Virginia Henderson.

### 3.1 LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

#### LA RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE:

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la practica independiente: 1) la enfermera como una sustituta del paciente, 2) la enfermera como auxiliar del paciente y 3) la enfermera como una compañera del paciente

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser "completo", "íntegro" o "independiente" debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Henderson reflexionó este punto de vista al declarar que la enfermera " es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiados débiles o privados del habla, etc.

Durante los estados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera su independencia, Henderson afirmó que "Independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana no una dependencia enferma".<sup>47</sup>

#### LA RELACIÓN ENFERMERA-MEDICO

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico preescrito por el medico, ya que "Cuestionaba la filosofía de que los médicos den ordenes a los pacientes y a los empleados sanitarios". Yendo mas allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone del medico.

<sup>47</sup> Ann Marriner Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. (4ª Edición). Edit. Harcourt Brace.1999.Madrid España. Pág. 103

## **LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO SANITARIO.**

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas. Henderson recordaba que "ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada"<sup>48</sup>.

### **3.2. RESEÑA SOBRE LA BIOGRAFÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. Era la quinta de ocho hermanos, vivió su infancia en Virginia. Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D. C., graduándose en 1921 aceptando un puesto de plantilla en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Ya para 1922 enseñaba enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde entró en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde consecutivamente obtuvo los títulos de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en Docencia en Enfermería.

En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester. Nueva York. Posteriormente regresó al Teacher's College como miembro del profesorado hasta 1948.

En 1930 como miembro del profesorado impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948. Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora investigadora.

Ha sido la autora y coautora de otros trabajos importantes. Su folleto Basic Principales of Nursing Care fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960 y traducido a más de veinte idiomas. En uno de sus libros que publicó en 1966 describe su concepto original y primordial de la Enfermería.

En la década de los 80 Henderson permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale.<sup>49</sup>

Henderson afirma que la única función de la enfermera es la de prestar asistencia a la persona enferma o sana, es la realización de actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que podría ayudar, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, siempre con el objeto de ayudar a alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible. Señala también las 14 necesidades que comprenden: Respirar, Beber y Comer, Evacuación, Movimiento, Reposo y Sueño, Vestido Adecuado, Temperatura Corporal, Limpieza

---

<sup>48</sup> Ibid. Pág. 98

<sup>49</sup> Ann Marriner Tomey. Op. cit. Pág. 99-100

del Cuerpo, Tegumentos Protector, Entorno Seguro, Comunicación, Culto, Trabajo, Ocio y Aprendizaje.

Identifica tres niveles de relación con el paciente en que la enfermera:

- Sustituye a alguien para cuidar al paciente.
- Lo ayuda y lo acompaña.
- Defiende la comprensión empática y afirma que las enfermeras deben meterse en la piel de cada paciente para saber lo que necesita.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de enfermería de todo el mundo.<sup>50</sup>

### 3.3. FUENTES TEÓRICAS SOBRE EL DESARROLLO DE SU TEORIA.

Tres hechos principales influyeron en la decisión de Henderson de sintetizar su propia definición de Enfermería. El primero fue la revisión del Textbook of Principles and Practice of Nursing en 1939, en donde identifica su trabajo, lo que le permite darse cuenta de "la necesidad de claridad sobre la función de las enfermeras". Un segundo hecho fue la participación en una conferencia regional del Consejo Nacional de Enfermería en 1946, lo que le permitió la inclusión de su trabajo en el Nursing for the future; y por último, la investigación de la American Nurses' Association (ANA), acerca de la función de la enfermera.

Henderson calificó su trabajo como la definición, más no de teoría por que ésta no estaba en boga en aquel periodo. Describe su interpretación como la "síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas", entre las que se mencionan: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, D. George Deaver, Berta Harmer y por último Ida Orlando.

El modelo de Virginia Henderson, está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y ha sido incluido dentro de la Escuela de las Necesidades, por lo que comparte las siguientes características:

Su primera característica está basada en la teoría de las necesidades según Maslow y del desarrollo humano según Erikson, J. Piaget., lo que le permite conceptuar a la persona, y su segunda característica es la de clarificar la función propia de las enfermeras. Éstas "Con su trabajo intentaron responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras? y mostrar en que se diferencia su

---

<sup>50</sup> Ibid. Pág. 105

aportación de los otros profesionales de la salud, diseñar un currículo académico que les permitiera responder a esas expectativas”<sup>51</sup>

### 3.4. POSTULADOS Y VALORES:

Sus postulados son básicamente tres y se refieren únicamente al concepto de persona:

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. Quiere decir que el individuo y sus catorce necesidades forman un todo.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Lo que significa, que el individuo tiende hacia la independencia.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo. El ser humano es completo, entero o independiente si hay satisfacción en sus necesidades.

**Los valores son tres y se refieren principalmente al rol profesional de la enfermera, y estos son:**

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede darle. “Su función es propia de la enfermera”<sup>52</sup>

### 3.5. ELEMENTOS FUNDAMENTALES:

Los elementos fundamentales representan el ¿Qué? del modelo, por lo que la autora conceptualiza lo siguiente:

**A) Objetivo de los cuidados:** consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades.

**B) Usuario del servicio:** Es la persona que presenta el déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades.

**C) Rol profesional:** Consiste en suplir la autonomía o ayudar a lograr la independencia, desarrollando su fuerza, voluntad o conocimientos para que utilice en forma óptima sus recursos internos y externos.

**D) Fuente de dificultad (área de dependencia):** Alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades.

---

<sup>51</sup> Fernández Ferrín, ct. Al. De la teoría a la práctica. “El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial Masson 1998. P. 39

<sup>52</sup> Ibid. Pág. 40

1. De Conocimiento: saber que acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y cómo llevarlas a la práctica, es decir, saber "qué" hacer y "cómo" hacerlo.
2. La Fuerza: ésta puede ser física o psíquica y se refiere a los aspectos relacionados con el "poder hacer" capacidad psicomotriz; y la fuerza psíquica alude al cambio de valores y actitudes, esto es a saber "porqué" y "para qué" actuar.
3. La Voluntad: implica comprometerse a hacer las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades básicas durante el tiempo, frecuencia e intensidad necesarias o sea "querer hacer".<sup>53</sup>

Esto es importante que lo tome en cuenta la enfermera, ya que le permitirá identificar claramente el área o áreas de dependencia, y así poder dirigir un plan de cuidados acorde a cada individuo y a cada necesidad.

### **La intervención de enfermería incluye dos elementos:**

1. Centro de la intervención: son áreas de dependencia de la persona, es decir, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (porqué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlos). Incluye las tres fuentes de dificultad.
2. Modos de la intervención: éstas se dirigen a aumentar, completar, reforzar, o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, teniendo en cuenta que no todos esos modos son aplicables a todas las áreas de dependencia. Por tal motivo la consecuencia de la intervención será la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

### **3.6. EL METAPARADIGMA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON**

El metaparadigma es un diagrama conceptual, una amplia estructura en torno a lo cual se articula su teoría, es una forma de ver al mundo. Son compuestos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno (cuidado) con el fin de organizar y estructurar todos los conocimientos que cimientan a la enfermería, reuniendo los propósitos teóricos, prácticos e intelectuales de la disciplina.<sup>54</sup>

Es importante mencionar que no existen explícitamente algunos conceptos, que a continuación se mencionaran, solo se han deducido del mismo:

Virginia Henderson define la **Enfermería** en términos funcionales: La función propia de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de

---

<sup>53</sup> Ibid. Pág. 42

<sup>54</sup> Modelos y teorías en enfermería. Marrier.Tomey Ann, Edit Harcourt Brace, Madrid. España.1999 (4ª Edición). P 95-100.

aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

**Salud.** Henderson considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de enfermería.

**Entorno.** Una vez más Henderson no da su propia definición. Hace uso del Webster's New Collegiate Dictionary en donde se define como el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

**Persona.** Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia, o la muerte pacífica.<sup>55</sup>

### **Otros conceptos que utiliza Virginia Henderson en su modelo**

**Cuidados Básicos:** son el conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía y ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad.

**Independencia:** se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida que se refiere al "aquí y ahora".

**Dependencia:** se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

**Autonomía:** es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

**Agente de autonomía asistida:** se designa así al familiar o persona allegada que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades de cierto grado de suplencia.

**Manifestaciones de independencia:** conductas o indicadores de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida.

**Manifestaciones de dependencia:** son conductas o indicadores de la persona que resultan incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer necesidades básicas ahora o en el futuro, de acuerdo a su situación de vida. Entendiéndose como conducta incorrecta si resulta perjudicial para la salud, y conducta inadecuada aquella que es perjudicial o contraproducente, pero que puede no

---

<sup>55</sup>Phaneuf, Margot. Op cit, Pág. 112-114

serlo para otros. Finalmente una conducta insuficiente es la que, siendo adecuada, no alcanza el grado deseado.

**Datos que deben considerarse:** son relevantes y necesarios para planificar los cuidados, porque pueden incidir en la satisfacción de las necesidades, incluyendo gustos y preferencias, recursos personales, familiares o comunitarios, pero también limitaciones o características personales.

**Necesidad** la cual para Henderson no tiene significado de carencia o problema, ella lo considera como *requisito*. Requisito fundamental e indispensable para mantener la integridad o armonía de todos los aspectos del ser humano.

Al verla como requisito y elemento integrador, las clasifica como Universales y Específicas:

Universales en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y Específicas porque se manifiestan y se satisfacen de manera distinta en cada persona.

La satisfacción de cada una de las necesidades esta condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Las necesidades básicas según el Modelo de V. Henderson:<sup>56</sup>

- |  |  |
|--|--|
| 1 Respirar normalmente.  | 9 Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.  |
| 2 Comer y beber adecuadamente.   |  |
| 3 Eliminar por todas las vías corporales.  | 10 Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades recreativas, temores u opiniones.                     |
| 4 Moverse y mantener postura adecuada.   | 11 Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.   |
| 5 Dormir y descansar.  | 12 Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga el sentido de realización.                                       |
| 6 Escoger ropa adecuada vestirse y desvestirse.  | 13 Participar en actividades recreativas.  |
| 7 Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente | 14 Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar recursos disponibles. |
| 8 Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.   |  |

---

<sup>56</sup> Phaneuf, Margot. Op cit, Pág. 118

### 3.7. RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y LAS ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO.

Toda adopción, de cualquier modelo, en este caso el Modelo de Virginia Henderson, influirá en forma importante en cada etapa del mismo, por lo que haremos la siguiente revisión:

**VALORACIÓN.** Normalmente en esta etapa se comprende los siguientes pasos como son:

**A) Recopilación de datos:** se realiza la valoración de las 14 necesidades básicas, para determinar si los comportamientos anteriores o actuales de la persona con objeto de satisfacer las necesidades son adecuados y suficientes de acuerdo a su situación de vida.

**B) Validación, organización y registro de datos:** una vez asegurada su validez, suficiencia y exactitud, se clasifican en apartados de acuerdo a manifestaciones de independencia, manifestaciones de dependencia o datos que se han de considerar.

#### **Recomendaciones:**

1. Preguntarse si el dato de que se trata, es una conducta o un indicador de una conducta.
2. Determinar si la conducta es apropiada, esto es, si promueve y mantiene la integridad o totalidad de la persona, de acuerdo con su situación de vida.
3. Considerar si la conducta inapropiada se debe total o parcialmente a una falta de fuerza, de conocimiento o de voluntad.<sup>57</sup>

### **DIAGNÓSTICO**

En el modelo de Virginia Henderson, se menciona: en ésta etapa se "incluyen los pasos de análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis, y la formulación de problemas detectados. La enfermera ayuda a la persona a identificar el problema que tiene, no decide que ése es el problema". Éste no es un proceso sencillo y, para llevarlo a cabo con éxito se requiere:

1. Tener conocimientos tanto de enfermería, como de otras disciplinas relacionadas.
2. Desarrollar las habilidades intelectuales que favorecen el pensamiento analítico.
3. Mantener en todo momento una actitud crítica ante uno mismo que permita percibir los errores y omisiones cometidos, aceptarlos y aprender de ellos.

También se recomienda que para llevar a cabo un proceder de forma ordenada y metódica en el análisis de los datos y favorecer la obtención de conclusiones correctas se sugiera:

---

<sup>57</sup> Phaneuf, Margot. Op cit, Pág.,146



1. Agrupar los datos biológicos del usuario, incluyendo la situación de salud desde la perspectiva médica.
2. Agrupar los indicadores de no haber logrado la satisfacción de una o más necesidades y que apuntan a la presencia de problemas de autonomía.
3. Agrupar el resto de las claves de que disponemos, establecer conexiones lógicas, extraer conclusiones e identificar los problemas de independencia.
4. Una vez perfilada la respuesta de la persona en relación con la satisfacción de las necesidades, se identificarán manifestaciones de independencia y los datos a considerar como: recursos para resolver, controlar o reducir el problema.<sup>58</sup>

**A) Formulación de problemas.** Viendo a la enfermería desde el punto de vista de que su papel es suplementario- complementario, los problemas son de dos tipos: problemas de autonomía y los problemas de independencia.

**B) Problemas de autonomía:** "estos reflejan una falta total o parcial, temporal o permanente, de capacidad física o psíquica del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas con objeto de satisfacer las necesidades básicas, y la carencia de un agente de autonomía asistida capacitado".<sup>59</sup> La enfermera debe tener en mente que la falta de autonomía no quiere decir falta de independencia, es por ello que su función será suplir o capacitar al paciente para satisfacer algunas necesidades básicas.

Fernández Ferrín y colaboradores, sugieren, en estos casos, no emplear los diagnósticos de la NANDA por lo que proponen la siguiente nomenclatura:

1. Alimentación (suplencia total o parcial).
2. Eliminación fecal-urinaria (suplencia parcial o total).
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura (suplencia parcial o total).
4. Vestido y arreglo personal (suplencia parcial o total).
5. Mantenimiento de la temperatura corporal (suplencia parcial o total).
6. Higiene o cuidado de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial o total).
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno (suplencia parcial o total).

Mientras que para los **Problemas de independencia** que se entienden como: "Una respuesta real o potencial de la persona ante una situación de vida resulta apropiada pero mejorable, apropiada ahora pero no en el futuro, o inapropiada en este momento". Aquí sí se tendrán que utilizar la taxonomía de la NANDA para formularlos, sin olvidar, que una vez que se adopta el modelo de Virginia Henderson, a la causa o causas identificadas, debe sumarse el área de

---

<sup>58</sup> Ibid. P.147

<sup>59</sup> Ibid. P. 148

dependencia que las genera, esto es, la falta de fuerza física o psíquica, de conocimientos, o de voluntad.<sup>60</sup>

**PLANIFICACIÓN.** Los pasos que se siguen en la planificación son los mismos como: fijación de prioridades, formulación de objetivos, determinación de intervenciones y actividades y registro del plan.

**A) Fijación de prioridades:** En cuanto a esto, el modelo de Virginia Henderson no proporciona criterios específicos, aunque estén enumeradas las necesidades, no quiere decir con ello que una sea más importante que otra, ya que todas son igualmente esenciales para mantener la integridad. "Se recomienda seguir los siguientes criterios:

1. Problemas que amenacen la vida de la persona.
2. Problemas que para el personal o familiares son prioritarios.
3. Problemas que contribuyen a la aparición o permanencia de otros.
4. Problemas que, por tener la misma causa, puedan abordarse conjuntamente.
5. Problemas que tengan una solución sencilla."

**B) Formulación de objetivos y determinación de actividades o intervenciones:** Variarán de acuerdo al tipo de problema, ya sea de autonomía o de independencia del que se trate, al igual que, la determinación de intervenciones o actividades, ya que estarán en función del tipo de problema, no debemos perder de vista, que el primer paso consistirá en cerciorarse de la capacidad física e intelectual del paciente a fin de participar en sus propios cuidados, así como de las actividades planificadas mantengan la autonomía o independencia, se determinará quien llevará a cabo la suplencia (total o parcial), acordar el mejor momento, determinar conjuntamente los recursos y efectuar un seguimiento.

**C) Registro del plan:** No existe ninguna modificación en el registro del plan de cuidados, se podrá emplear algún formato ya establecido o de acuerdo a normas indicadas.

**EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.** Se pondrán en práctica las intervenciones planificadas, para lograr los resultados propuestos.

En cuanto a la evaluación, recordar que la evaluación estará implícita en cada una de las etapas y al verla como la última etapa del proceso de enfermería (la evaluación formal) esta consta de tres pasos:

- a) Valoración de la situación actual del usuario.
- b) Comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio.
- c) Mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Ibid. P. 149

<sup>61</sup> Ibid. P. 155

## **CAPITULO IV. CONTEXTO DEL CASO CLÍNICO**

### **4.1 CONTEXTO EN QUE SE LLEVA A CABO EL CASO CLÍNICO.**

Se llevó a cabo el proceso Atención Enfermería en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE. Este Hospital tiene una clasificación de tercer nivel de alta especialidad incluyendo entre éstas el servicio de Oncología del cual fue tomado el caso clínico de la paciente con Cáncer de Mama.

En el servicio de Cirugía General llevo laborando 3 años y durante este tiempo tengo contacto directo con pacientes con cáncer que van a ser programada para cirugía.

De los pacientes oncológicos que se internan en el 9º piso el 30% son mujeres con cáncer de mama y de estas el 80% ingresan para tratamiento quirúrgico. El resto son pacientes en quimioterapia o en tratamiento de las complicaciones de las metástasis. Es política del servicio de Oncología no ingresar a hospital pacientes en etapa terminal.

#### **4.1.1. BREVE RESEÑA SOBRE LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ISSSTE.**

En 1959 el Licenciado Adolfo López Mateos Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daba origen al instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado. Su aprobación fue publicada en el diario oficial de la Federación el 30 de Diciembre y que para el 1º de Enero de 1960 la nueva institución comenzó a laborar.

El ISSSTE, de acuerdo a su ley, amplió las áreas de sus servicios, cubriendo tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas y extendiendo estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el instituto comprenden a trabajadores al servicio de la federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos públicos que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como los pensionados de dichos Organismos.<sup>62</sup>

#### **ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"**

1977. Fue inaugurado el 17 de septiembre iniciando sus actividades como unidad de primer nivel (clínica oriente) fungiendo como director el Dr. Tirzo Cascajares Heredo y como jefe de enfermeras la enfermera Aida Trejo Gonzáles.

<sup>62</sup> Fuente: Archivo Histórico del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE, 1980, Mexico D, F.

1978. El primero de abril inició el programa de citas programadas por teléfono. El 3 de octubre el Licenciado José López Portillo, Presidente de la República, inauguró el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

1999. En marzo se lleva a cabo la primera verbena de la salud, para la promoción de los servicios de salud y sociales que el hospital brinda, se ofreció orientación a la población asistente en tópicos como: planificación familiar, detección de cáncer Cervico uterino y mamario, sida, lactancia materna, hidratación oral, higiene personal, de la vivienda y ambiental, detección y prevención de enfermedades crónico degenerativas y adicciones, estimulación temprana etc.

2000. Este año marca una etapa muy importante para el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ya que en septiembre de cada año se obtiene la certificación como hospital de calidad, con la más alta puntuación de la Republica Mexicana, por lo que se certifica con grado de excelencia. El 25 de octubre se evalúan los 28 pasos del programa del hospital Amigo del niño y la madre, obteniendo la recertificación con grado de excelencia. Cabe mencionar que la primera certificación fue a través de la evaluación de los 10 pasos.

2001. Continúa como director del Hospital el Doctor Enrique Granjas Posada, la licenciada Rosa Leiva como Subdirectora Administrativa y como coordinadora de los servicios de enfermería continúa la enfermera Eva León Allende. La licenciada enfermera Lourdes Ramos Hernández es designada coordinadora hospitalaria en trasplantes, y en este mismo mes se inicia el programa de donación de órganos y tejidos. En agosto se lleva a cabo la remodelación de la unidad de terapia intensiva de adultos e inhaló-terapia, terminando los trabajos en octubre.

2002. Se establece el modelo familiar preventivo, el sistema quirúrgico de resolución rápida a través de cirugía ambulatoria sin hospitalización. Se crean polos de especialidad para garantizar la accesibilidad, la equidad, oportunidad, eficiencia y calidad de la atención, se fortalecen los servicios de urgencias, se instaura el sistema para el control y regulación del abasto de medicamentos e insumos para la atención de la salud (SICORA). Se continúa con el programa de estímulos a la productividad y calidad a favor del personal de enfermería, así como a las 28 acciones que componen el programa, "Hospital Amigo del niño y de la Madre". El 8 de noviembre se efectúa el primer trasplante de corneas.<sup>63</sup>

#### **4.1.2. IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA DE CIRUGÍA GENERAL**

El servicio de Cirugía General se encuentra ubicado en el 9º piso de la torre de hospitalización y se encuentra distribuido de la siguiente manera:

Cuenta con 42 camas censables, 15 cuartos de hospitalización, 12 cuartos con tres camas cada uno y 3 cuartos con dos camas cada uno y que estos se ocupan para

---

<sup>63</sup> Fuente: Archivo Histórico del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE, 1980, Mexico D, F.

aislamientos. El personal de ésta área es auxiliar de enfermería, enfermeras generales y las jefes de servicio de cada turno.

Las causas de morbilidad son:

Colecistectomías, hipertrofia prostática, apendicetomía, laparotomías exploradoras, cáncer de mama, hernias inguinales, Síndrome doloroso abdominal, pancreatitis, policontundidos.

Las causas de mortalidad:

Cáncer de mama, ovario, de colon y recto, de próstata, hepático, broncogénico, de esófago, de páncreas y gástrico, hepatitis, pos quirúrgicos con complicaciones de diabetes.

El servicio de Cirugía General, en el turno vespertino tiene carencias de médicos adscritos de las diferentes especialidades de cirugía así como mínima cantidad de residentes lo que en algunas ocasiones llega a repercutir en la pronta atención al derechohabiente. En lo que respecta al personal de enfermería la atención al paciente es aproximadamente de 1 enfermera por cada 7 pacientes y en ocasiones llega a ser de hasta 10 pacientes por cada enfermera lo que trae como consecuencia una disminución en la calidad y calidez de la atención.

Por el lado de los recursos materiales, se tienen faltantes de monitores, bombas de infusión, tripies, computadoras para enfermería entre otros.

En lo que respecta a la ropa (sábanas y batas) la dotación es insuficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes hospitalizados. En cuanto a la iluminación de pasillos y cubículos ésta es deficiente puesto que existen lámparas fundidas, y su reposición es tardía por lo cual afecta la atención a los pacientes.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Diagnostico Situacional 2004, ISSSTE Zaragoza. Cirugía General

### 4.1.3. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PRIMERA ETAPA **VALORACIÓN**

#### **IDENTIFICACIÓN:**

NOMBRE: Blanca S. R.

EDAD: 40 años.

SEXO: Femenino

PESO: 56 Kg.

TALLA: 1.55

FECHA DE NACIMIENTO: 20-08-1964

OCUPACIÓN: Secretaria.

ESTADO CIVIL: Casada.

ESCOLARIDAD: Nivel técnico secretarial.

ADMISIÓN: 02-12-2004.Hora:17 HRS

HIJOS: No tiene

TRABAJO: G. D. F con aportación económica del 50%.

PROCEDENCIA: Originaria y residente del Distrito Federal vive con su esposo.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Paciente y familiares.

#### **1.- Oxigenación.**

Respiración de 18 X min., Tensión Arterial 110/70, Frecuencia Cardiaca 78 X min. (Parámetro normales). Campos pulmonares limpios y bien ventilados.

#### **2.- Nutrición e Hidratación**

Ha presentado náusea y vómito después de la cirugía, lo que le ha impedido comer adecuadamente. Refiere tener poca aceptación de la comida hospitalaria por la falta de sazón, además refiere que se encuentra deprimida por la pérdida de la mama y del pelo, presenta mucosas orales bien hidratadas, así como la piel.

#### **3.- Eliminación:**

Realiza de 4 a 6 micciones en 24 hrs en el sanitario con características y cantidad normal, así de igual forma las evacuaciones son una al día de características normales.

Tiene un drenaje (drenovack) en la incisión el cual drena 120 a 200 ml en 24 hrs al principio drenó líquido hemático y posteriormente se fue haciendo serohemático y tiende a disminuir por lo que programan retirárselo para cuando drene menos de 90 ml.

#### **4.- Moverse y mantener una buena postura:**

Existe imposibilidad para la movilización del brazo derecho por la herida quirúrgica y por la presencia de dolor, por lo que permanece la mayor parte del tiempo en decúbito lateral izquierdo, requiere de la ayuda para la movilización, su capacidad muscular se encuentra disminuida, refiere fatiga al menor esfuerzo y recibe ayuda de sus familiares para la deambulación.

#### **5.- Descanso y sueño:**

Tiene insomnio, no puede dormir adecuadamente ya que la mayor parte del tiempo tiene dolor. Se encuentra angustiada por el impacto que tiene el no tener pelo y ahora ver afectada su imagen corporal por la falta del seno.

**6.- Usar prendas de vestir adecuadas:**

Usa bata institucional y no la acepta de forma adecuada así también esta pensando en comprar su prótesis de gel y su brasier especial.

**7.- Termorregulación:**

Se encontró al segundo día de postoperada con temperatura de 37.5° C. Se descubre y se adapta fácilmente a la temperatura, es congruente su ropa con la temperatura.

**8.- Higiene y protección de la piel:**

Existe perdida de continuidad a nivel de región de cara anterior de hemitorax derecho y presencia de tubos de drenaje conectados a un drenovack y por el momento sin datos de infección. Refiere tener cierto rechazo al no querer ver la herida por lo que recibe ayuda del esposo y sus familiares mujeres para poder realizarse el baño.

**9.- Evitar peligros:**

Existen antecedentes de cáncer de mama de abuela materna y tía ya finadas. La paciente se encuentra en etapa de negación pero le conforta que su esposo y su familia la aceptan con su problema de enfermedad así también comenta que por los antecedentes familiares del cáncer ella no sabe como cuidarse, pero sabe que tan importante es el que tiene que llevar a cabo su control médico y estar en vigilancia estrecha por el Oncólogo.

**10.- Comunicarse:**

Esta casada desde hace 11 años y no ha podido tener hijos. Desempeña el rol de esposa y trabajadora y comparte con su pareja la mayor parte de su tiempo libre por las tardes y fines de semana. Refiere que tienen buena comunicación y que por parte del esposo recibe todo el apoyo emocional y él le ha comunicado que tiene fe que ella se cure ya que hay adelantos en la ciencia de la medicina. Sin embargo, ha observado que no se ha acercado a ella cuando requiere ayuda para bañarse y hasta el momento ha rehuido platicar nuevamente sobre el tema del cáncer. El esposo tiene problemas de infertilidad y después de un largo periodo de tiempo lo han aceptado y están de acuerdo en ya no intentar tener hijos ya que ella tiene 40 años por lo que han decidido ir pensando en una posible adopción.

**11.- Vivir según sus creencias y valores:**

Es católica y cree que ella no morirá de cáncer. Tiene fe que su dios la dejara vivir por muchos años. Es afecta a leer la Biblia y refiere tener pena e incomodidad por tener pensamientos que la hacen sentirse víctima y que no merece ese castigo tan grande. En ocasiones ha pensado en no continuar con sus tratamientos y dejar que el cáncer avance hasta morirlo que la hace arrepentirse de sus ideas y

sentirse culpable de no creer en Dios. Acepta parcialmente la idea del designio divino en relación a la muerte.

**12.- Trabajar y realizarse:**

Desde que se enteró de su diagnóstico su vida ha cambiado de forma importante lo que la ha hecho pedir permisos y busca la manera de estar incapacitada para no ir a trabajar con el fin de no dar explicaciones a sus compañeros de trabajo. Ha dejado pasar oportunidades para continuar preparándose. Refiere que esperará a que pase este momento crítico de su enfermedad para que vuelva a ser como antes.

**13.- Jugar, participar en actividades recreativas:**

Refiere que salía con cierta frecuencia con su pareja y participar en algunas actividades recreativas pero desde que se quedó sin pelo disminuyeron sus salidas ya que no tolera que la gente siempre la vea con cierto morbo y le preocupa su imagen corporal.

**14.- Aprendizaje:**

Ella se considera una mujer que le gusta estar capacitándose y creciendo en su trabajo así como en su vida privada. Tenía conocimiento sobre algunos aspectos del cáncer por la experiencia de sus familiares, pero una vez que se supo enferma dejó de informarse y suspendió todas aquellas lecturas que estuvieran relacionadas con la palabra cáncer. Actualmente se observa orientada en tiempo, espacio y persona y pretende conocer los adelantos de la ciencia sobre el cáncer así como utilizar algunas otras estrategias de tratamiento de la medicina alternativa.



#### 4.1.4 ETAPAS: PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

**Nutrición e hidratación** Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración de la nutrición relacionado con depresión, náuseas y vomito post mastectomía.

**Objetivo:** Minimizar la alteración del patrón nutricional.

Intervenciones Independientes	Justificación Científica	Intervenciones Interdependientes	Evaluación
<p>-Vigilar que la dieta sea de calidad y cantidad, hipercalórica e hiperproteica.</p> <p>-Vigilar el estado emocional y la presencia de vomito y reportar sus características y frecuencia.</p> <p>-Invitarla a que consuma trozos de hielo.</p> <p>- invitarla a que Ingiera dulce de menta.</p> <p>-Fortalecer ejercicios respiratorios.</p> <p>-Llevar a cabo técnicas de distracción.</p> <p>-Mantener un entorno limpio para prevenir las náuseas.</p> <p>-Estimular a la paciente para que coma lentamente y mastique bien y tenga mejor digestión.</p> <p>-Ayudar a la paciente a que adopte una postura cómoda durante la ingestión de alimentos.</p>	<p>- Toda célula del organismo necesita una cantidad de nutrientes esenciales, para funcionar adecuadamente. Los requerimientos nutricionales aumentan después de la cirugía o cuando hay tensión emocional y así también para una reparación tisular extensa y la falta de esto puede retardar la cicatrización.</p> <p>-El centro del vomito se localiza en el bulbo raquídeo y puede estar estimulado por: reacciones emocionales fuertes como depresión.</p> <p>-El hielo y el dulce neutralizan los sabores indeseables de la boca.</p> <p>-Las técnicas de distracción disminuyen el estrés y la ansiedad.</p> <p>-La presencia de estímulos ambientales como olores desagradables disminuye el apetito.</p> <p>-Una buena masticación aumenta la digestión y disminuye la distensión gástrica que es una condición de la náusea y el vomito.</p> <p>-Una adecuada postura disminuye la presión intra abdominal lo que disminuye las náuseas y el vomito.</p>	<p>-Dieta hipercalórica e hiperproteica de 2200 calorías libre en líquidos.</p> <p>-Administración de antiemético como metoclopramida 10 mg I.V. cada 8 horas.</p> <p>-Zofran 8 mg I.V. cada 12 horas.</p>	<p>-El plan de atención ha funcionado ya que la paciente refiere que disminuyeron las náuseas y el vomito e intenta ingerir alimentos, aparentemente sin problemas.</p> <p>-Los familiares participan y para que la paciente tome su dieta.</p> <p>-La paciente se mantiene estable en su peso, recibe algunos alimentos, solicitados al servicio de dietología, y recibe visita por la dietóloga.</p> <p>-La paciente refiere que el psicólogo la escucha y denota interés en su problema así tan bien recibe visita por su médico oncólogo.</p>

**Higiene y protección de la piel** Diagnóstico de enfermería: Riesgo de proceso infeccioso relacionado con déficit para llevar a cabo un aseo eficaz de la herida quirúrgica (mastectomía), manifestado por expresión oral.

**Objetivo:** Disminuir los factores que condicionan un proceso infeccioso, y favorecer la cicatrización.

Intervenciones Independientes	Justificación Científica	Intervenciones Interdependientes	Evaluación
<p>-Ayudar a la paciente en el cuidado de su higiene y herida quirúrgica.</p> <p>-Enseñar a la paciente y a los familiares a que aprendan a valorar los signos y síntomas de infección de la herida.</p> <p>-Animar a la paciente para que utilice un espejo para inspeccionar la herida quirúrgica.</p> <p>-Prohibir el uso de sustancias irritantes y pegamentos para la piel así como desodorantes.</p> <p>-Realizar cambios frecuentes del apósito de la herida quirúrgica.</p> <p>-Aliviar el dolor para que pueda tener capacidad de bañarse por sí sola.</p>	<p>-El baño se realiza con agua y jabón neutro y esto evita la proliferación de bacterias.</p> <p>-El conocimiento del manejo de la herida puede detectar oportunamente y disminuir el proceso infeccioso que lesiona la piel y retrasa el proceso de cicatrización.</p> <p>-La paciente deberá poner en práctica nuevos mecanismos de afrontamiento y demostrar que acepta su imagen corporal.</p> <p>-Los irritantes producen inflamación en la piel lo cual condiciona pérdida de las defensas locales e inicio de infección.</p> <p>-Una herida seca favorece un proceso de cicatrización eficiente y rápida.</p> <p>-La reducción del dolor motiva a la realización de las actividades como el baño.</p>	<p>-Apoyo del esposo.</p> <p>-Apoyo de madre y hermanas.</p> <p>-Ministración de analgésico dipirona I.V. cada 8 horas.</p>	<p>-La paciente recibe el apoyo por parte de la enfermera y sus familiares para el cuidado de su higiene. La paciente comenta que la herida quirúrgica es de gran dimensión y además tiene un drenaje, así como soluciones parenterales lo que limita a que sola realice este procedimiento, aunque refiere que los primeros días va a recibir apoyo y espera posteriormente hacerlo de manera propia.</p>

**Termorregulación** Diagnóstico de enfermería: Alto riesgo de proceso infeccioso relacionado con intervención quirúrgica y herida reciente.

**Objetivo:** Evitar la alteración del patrón de termorregulación previniendo el proceso infeccioso.

Intervenciones Independientes	Justificación Científica	Intervenciones Interdependientes	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aplicar medios físicos y explicar a la paciente que la fiebre disminuye con estas medidas aplicadas.</li> <li>-Ingerir líquidos y sugerir reposo.</li> <li>-Ministrar antipiréticos con horario indicado.</li> <li>-Ministración de antibiótico con horario indicado.</li> <li>-Vigilar características de la herida quirúrgica y realizar curación.</li> <li>-Proporcionar un entorno aireado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La temperatura corporal se pierde por conducción y los medios físicos actúan en esta forma.</li> <li>-El volumen de agua del organismo se mantiene en equilibrio entre la ingesta y excreción y mantiene los equilibrios hídricos del organismo.</li> <li>-Los medicamentos antipiréticos producen un efecto específico en los centros termorreguladores y disminuyen la temperatura.</li> <li>-El antibiótico es un antimicrobiano que inhibe el crecimiento de los microorganismos patógenos.</li> <li>-La curación diaria ayuda a promover la cicatrización de la herida e inhibe el crecimiento y la actividad de los microorganismos patógenos.</li> <li>- Un entorno ventilado impide la acumulación de bacterias patógenas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ministración de antipirético, como paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas.</li> <li>-Metamizol 1 gr I.V. cada 8 horas.</li> <li>-Ministración de antibiótico Ceftriaxona I.V. cada 8 horas por diez días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cursó con febrícula las primeras 24 horas después de la cirugía, la cual cede posterior a la ministración de antipiréticos y colocación de medios físicos, el resto de los días cursó eutémica.</li> </ul>

**Comunicación Diagnóstico de enfermería:** Alteración del pensamiento respecto a su imagen como mujer relacionado con tratamiento mutilante (mastectomía) manifestado por angustia, ansiedad y temor, así como la alteración de la imagen corporal.

**Objetivo:** Minimizar la alteración del pensamiento e incrementar la autoestima disminuir la ansiedad, angustia y temor.

Intervenciones Independientes	Justificación Científica	Intervenciones Interdependientes	Evaluación
<p>-Permitir a la paciente expresar sus necesidades, sus sentimientos, ideas y sus deseos y percepción del cambio de imagen corporal y la amenaza que esto constituye para si misma.</p> <p>-Ayudar a la paciente a identificar sus posibilidades de escucha y de comunicación con los demás y de crear lazos afectivos.</p> <p>-La intervención de enfermería con la comunicación debe de estar dirigida a reducir la tensión y transmitir que comprende la dificultad que puede entrañar la situación de la paciente.</p> <p>-Hacerla participar en diversas actividades, animar a la familia a compartir sus sentimientos frente a la paciente.</p> <p>-Sugerir asistencia al grupo RETO (mujeres mastectomizadas).</p> <p>-Animar a la paciente a que solicite información sobre su problema de salud, tratamiento y evolución así como pronostico y que estén involucrados los familiares.</p> <p>-Mejorar la autoestima e invitar a la paciente a que comparta sus preocupaciones con otras personas que han tenido un problema o experiencia igual.</p>	<p>-La comunicación eficaz es un proceso interactivo que compete al cambio de ideas, sentimientos y percepciones entre dos o más personas.</p> <p>-La comunicación proporciona una sensación de seguridad a los pacientes por que les confirma que no están solos y que hay personas que les escuchan y les dan su apoyo.</p> <p>-Los métodos de comunicación alternativos pueden ayudar a disminuir la ansiedad y los sentimientos de aislamiento y alineación, y favorecer la sensación de control sobre la situación y de seguridad.</p> <p>-Las palabras son el método fundamental por el que los seres humanos expresan sus necesidades, deseos y sentimientos.</p> <p>-El grupo RETO se encarga de la recuperación total de las mujeres mastectomizadas y se toma a la paciente como un ser holístico.</p> <p>-Una información adecuada disminuye la ansiedad y aclara los pensamientos.</p> <p>-La autoestima aumenta la confianza y coloca a la paciente en un estado mental positivo lo que influye en la aceptación de su medio y disminuye la depresión la ansiedad y mejora su estado anímico.</p>	<p>-Favorecer una comunicación con su esposo y familiares.</p> <p>-Fomentar la comunicación con el médico oncólogo para disipar dudas acerca de la patología.</p> <p>-Propiciar una comunicación con grupos de apoyo (RETO) en donde recibirá apoyo psicológico y prótesis.</p> <p>-Solicitar apoyo espiritual basado principalmente en su religión (católica).</p>	<p>-La paciente refiere que ella mantenía una buena comunicación con su esposo, pero que a medida que los cambios físicos como la alopecia y la mastectomía el no quiere platicar del tema y ella refiere que ha disminuido la afectividad por parte de él.</p> <p>-La paciente sugiere que el esposo debiera asistir a grupos de ayuda.</p>

**Continúa:**

**Comunicación** Diagnostico de enfermería: Duelo relacionado con la pérdida de la integridad física (mastectomía), con las pérdidas subjetivas, en el estilo de vida asociadas con el cáncer manifestada por llanto, negación, ira y depresión.

**Objetivo:** Propiciar un manejo efectivo de las emociones

<b>Intervenciones independientes</b>	<b>Justificación Científica</b>	<b>Intervenciones dependientes</b>	<b>Evaluación</b>
<p>-Establecer una relación de confianza:</p> <p>.Fomentar la autoestima a través de sesiones individuales y con la familia.</p> <p>.Comentar los sentimientos.</p> <p>.Comunicarse de forma clara, sencilla y directa nunca tratar de minimizar la pérdida.</p> <p>.Ofrecer apoyo y tranquilidad.</p> <p>.Crear un entorno tranquilo.</p> <p>.Establecer un ambiente sólido, seguro y privado.</p> <p>.Nuestra presencia puede servir de compañía.</p> <p>-Identificar la etapa de duelo en que se encuentra la paciente.</p> <p>-Dar a conocer las diferentes etapas del duelo.</p>	<p>-La enfermera propicia un dialogo abierto y sincero, e indica a la paciente y los familiares que el proceso de duelo es importante que lo vivan para que se pueda llegar a una aceptación de la pérdida.</p> <p>-Las conversaciones francas y sinceras pueden ayudar ala paciente y a los miembros de la familia a aceptar y afrontar la situación y su reacción ante el problema.</p> <p>-Los mecanismos de defensa que se utilizan ante la pérdida de una parte del cuerpo son la conducta, facilitan la expresión de los sentimientos negativos y ayudan al cliente a aceptar la pérdida.</p> <p>-El trastorno de la autoestima puede ser un hecho transitorio o un problema crónico de allí la importancia de recibir apoyo.</p> <p>-La baja autoestima es el estado en que la persona que tenia previamente una autoestima positiva, experimenta sentimientos negativos hacia si misma como respuesta a un acontecimiento como la pérdida de la glándula mamaria.</p> <p>-La exploración de los sentimientos negativos acerca de si misma e identificar las cualidades positivas que nos lleva a elevar la autoestima y lograr la autonomía.</p>	<p>- Apoyo del psicólogo y que no falte a sus sesiones.</p> <p>-Apoyo de los familiares como el esposo y los hermanos y la madre.</p> <p>-Motivar a la paciente a que acuda a sus sesiones con el psicólogo.</p>	<p>- la paciente refiere de manera realista el cambio efectuado en su imagen corporal y que no es fácil aceptarlo ya que ahora se siente poco atractiva y creé que le espere un futuro incierto con la relación con su esposo ya que le va a costar mucho trabajo aceptar su nueva imagen y enfrentarse a su nuevo autoconcepto.</p>

**Moverse y mantener buena postura** Diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad física relacionada con herida quirúrgica en tórax anterior derecho (mastectomía) manifestada por la incapacidad de movimiento y expresión oral de dolor.

**Objetivo:** Maximizar la tolerancia a la actividad minimizando el dolor y favoreciendo una gradual movilización.

Intervenciones Independientes	Justificación Científica	Intervenciones Interdependientes	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminuir el dolor con ministración de analgésico con horario.</li> <li>-Disminuir la ansiedad invitando a la paciente a que deambule.</li> <li>-Elevar el brazo derecho sobre una almohada para reducir o evitar el edema.</li> <li>-Dar seguridad a la paciente en su estado actual.</li> <li>-Enseñar a la paciente los cuidados necesarios al brazo de la mastectomía.</li> <li>-Enseñarle a la paciente después de 24 horas de la mastectomía, los ejercicios físicos activos y pasivos.</li> <li>-Valorar la tolerancia a la actividad.</li> <li>-Iniciar a la paciente en el manejo del drenovack, para la deambulación.</li> <li>-Favorecer una circulación sanguínea adecuada, invitando a la paciente a usar ropa adecuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La reducción del dolor motiva para la realización de la deambulación y la ejecución de ejercicios específicos para el brazo.</li> <li>-Cuando se eleva el brazo del lado de la mastectomía, por la fuerza de gravedad se elimina el líquido por las vías linfáticas y venosas, dicha posición es útil para evitar el linferema que puede ser una complicación postoperatoria.</li> <li>-El brazo del lado de la mastectomía no debe de ser utilizado para realizar ningún procedimiento y esto evitara complicaciones.</li> <li>-Los ejercicios aumentan la circulación sanguínea y ayudan a conservar la función del cuerpo.</li> <li>-El conocimiento del manejo del drenovack, dará a la paciente seguridad y comodidad para la deambulación y movimiento.</li> <li>- La vestimenta justa bloquea la circulación sanguínea e impide la cicatrización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ministración de analgésicos ketorolaco I.V. 30 mg cada 8 horas.</li> <li>-Diclofenaco I.V. 75 mg. Cada 12 horas.</li> <li>-Verificar apoyo de los familiares para la deambulación.</li> <li>-Indicación directa por parte del médico a la paciente, para la deambulación.</li> <li>-Confirmar las indicaciones para la movilización de la paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La paciente da resultados satisfactorios, realizando la deambulación con apoyo de los familiares, así como también refiere que el dolor ha disminuido considerablemente.</li> <li>-La paciente se manifiesta optimista para la realización de movimientos con el brazo correspondiente del lado de la mastectomía, refiriendo las primeras 48 horas dolor moderado, y para las 72 horas del postoperatorio refiere que el dolor ha disminuido.</li> <li>-A partir de la mastectomía ya no se toma la presión arterial ni la aplicación del suero para evitar alguna complicación.</li> </ul>

**Necesidad de aprender** Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimiento relativo al tratamiento o régimen terapéutico relacionado con conocimiento deficiente en este saber (mastectomía) y sus cuidados.

**Objetivo:** Aumentar los conocimientos de la paciente y poder entender su enfermedad así como su tratamiento.

Intervenciones Independientes	Justificación Científica	Intervenciones Interdependientes	Evaluación
<p>-Proporcionar información acerca del cáncer y su manejo por medio de folletos, citas de Internet, película, libros y establezca la identificación de su patología con el fin de interactuar con las decisiones de su médico.</p> <p>-Se le orienta a que asista al Grupo RETO en donde recibirá apoyo de mujeres mastectomizadas en donde comparten preocupaciones de la misma índole y donde han dado soluciones a sus problemas.</p> <p>-Enseñar a cuidar el Drenovack y su manejo ya que estará con este un promedio de 6 días</p>	<p>-El conocimiento valida la verdad identifica la problemática y permite establecer un vínculo médico paciente en un plano de confianza.</p> <p>-El grupo RETO se encarga de dar ayuda a la paciente mastectomizada y apoyo psicológico.</p> <p>-Para la enfermera es importante que la paciente refiera las características, la cantidad del material drenado y de ello depende el tiempo que dure colocado.</p>	<p>-Solicitar apoyo médico del oncólogo para aclarar las dudas y se le invita a que no falte a sus citas.</p> <p>-Solicitar apoyo de otros profesionistas para mejorar el conocimiento que la paciente y familiares se interesan por recibir.</p>	<p>- la paciente muestra cierta simpatía por la enfermera y acepta la información dada, aunque refiere si vale la pena todo lo que esta haciendo.</p> <p>-La paciente refiere que sus familiares les interesan aprender el manejo del drenovack.</p> <p>-La paciente recibió visita médica de los especialistas (oncólogo y psicólogo), lo que le permitió aclarar sus dudas</p> <p>- la paciente y los familiares se interesan en aprender como manejar el drenovack.</p>

**Descanso y sueño** Diagnóstico de enfermería: Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés y enfermedad, manifestada por periodos de vigilia constantes en momentos de sueño.

**Objetivo:** Minimizar la alteración del patrón del sueño.

<b>Intervenciones Independientes</b>	<b>Justificación Científica</b>	<b>Intervenciones Interdependientes</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Permitir a la paciente que exprese sus emociones y sus sentimientos.</li> <li>-Identificar con la paciente las causas de su enojo.</li> <li>-Permitir que la paciente exprese sus necesidades.</li> <li>-Disminuir el dolor.</li> <li>-Fomentar el sueño.</li> <li>-Enseñarle técnicas de relajación, manejo de respiración (respiración lenta y profunda).</li> <li>-Música terapia.</li> <li>-Propiciar un ambiente sedante</li> <li>-Proporcionar medidas de confort: reposo en decúbito lateral izquierdo, colocación de cojines, evitar ruidos excesivos, bajar a reposit.</li> <li>-Controlar los factores ambientales como el ruido, la temperatura e iluminación en la medida de lo posible.</li> <li>-Informar a la paciente acerca de la importancia de mantener un ambiente terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las personas de apoyo y los mecanismos de afrontamiento son herramientas importantes para disminuir la ansiedad.</li> <li>-El dialogo franco y sincero y directo puede ayudar a iniciar una solución constructiva de los problemas y puede infundir esperanza.</li> <li>-Las técnicas de respiración reducen la percepción del dolor y mejoran la oxigenación.</li> <li>-El empleo de medidas de confort (por ej, el masaje en la espalda, sábanas limpias), facilitan el sueño y favorecen la capacidad para hacer frente al problema de la autoestima.</li> <li>-La distracción a través del uso de estímulos auditivos por ejemplo escuchar música disminuye el dolor por que hay una relajación.</li> <li>-Los factores ambientales pueden exacerbar el dolor, el ruido constante irritable puede causar aumento en la tensión muscular e irritabilidad.</li> <li>- Un ambiente terapéutico disminuye la ansiedad y favorece la autoconfianza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Administración de analgésico con horario.</li> <li>-Apoyo psicológico</li> <li>-apoyo por parte de familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-la paciente logra conciliar el sueño por un periodo de 4 a 6 horas diarias durante la noche, se muestra satisfecha al inicio del día.</li> <li>-Resultados satisfechos en el control del dolor, la paciente expresa confort y alivio después de la aplicación del analgésico y concilia el sueño.</li> <li>-La paciente manifiesta que las medidas de confort implementadas por la enfermera y sus familiares le ayudan a relajarse.</li> </ul>



**Necesidad de trabajar y realizarse** Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración del rol de mujer, relacionada con la pérdida de la mama y el pelo.  
**Objetivo:** Ayudar al proceso de aceptación y elevar su autoestima.

Intervenciones Independientes	Justificación Científica	Intervenciones Interdependientes	Evaluación
<p>-Ayudar a la paciente a expresar sus sensaciones en especial lo que siente o ve de su propia persona.</p> <p>-Admitir los sentimientos de hostilidad, pena temor y dependencia y enseñar métodos para afrontar las emociones.</p> <p>-Animar a la paciente a que pregunte sobre su problema de salud de salud, tratamiento, evolución y pronóstico.</p> <p>-Evitar críticas negativas.</p> <p>-Proporcionar intimidad y un ambiente agradable.</p> <p>-Animar a entrar a grupos colectivos (RETO), aceptar la ayuda de los demás así como compartir experiencias con otras personas que viven una situación parecida.</p> <p>-Ayudar en la resolución de una alternativa de la imagen corporal por la mastectomía y la alopecia: se le sugiere sustituir la parte perdida tan pronto como sea posible, se anima a la paciente a tocar la zona operada y a verse en un espejo, se comienza a involucrar a la paciente en el cuidado de la herida, se le orienta en el uso de una peluca o bien se le aconseja la utilización de pañuelos o turbantes cuando no use la peluca.</p>	<p>- El hecho de expresar los sentimientos percepciones favorece la conciencia que la paciente tiene de si misma y ayuda a la enfermera a planificar intervenciones eficaces para satisfacer sus necesidades. Identificando las cualidades y las capacidades personales se puede conseguir que la paciente centre su atención en las características positivas que contribuyen al concepto global de si misma, y no solamente en el cambio de la imagen corporal.</p> <p>-Al reforzar la enfermera los aspectos positivos animara al cliente a reincorporarse a su nuevo autoconcepto.</p> <p>-la interacción social con personas de mucho apego afectivo favorece la autoestima de la persona.</p>	<p>-Apoyo de familiares y amigos y compañeros del trabajo.</p> <p>-Apoyo psicológico.</p> <p>-Apoyo del grupo (RETO).</p>	<p>-Después de varias entrevistas la paciente acepta el uso de una peluca cuyo color vaya acorde con sus gustos. Aun es renuente para aceptar la idea de la prótesis mamaria por miedo al como se vera, sin embargo si le gustaría aceptar alguna alternativa que restituya su imagen corporal.</p> <p>-Se aprecia un rechazo inconsciente del esposo hacia la mujer por sus actitudes pasivas.</p>

**Creencias y valores** Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sufrimiento espiritual, relacionado con conflictos emocionales, centrados en el sentido de la duda, el cáncer las creencias y la muerte.

**Objetivo:** Encausar sus creencias y fe hacia una nueva aceptación.

<b>Intervenciones Independientes</b>	<b>Justificación Científica</b>	<b>Intervenciones Interdependientes</b>	<b>Evaluación</b>
<p>-La enfermera debera actuar como consejera reconocida y respetar las necesidades espirituales de la persona.</p> <p>-Escuchar activamente los sentimientos y temores de la persona.</p> <p>-Respetar las creencias de la paciente cuando se le ayude a satisfacer sus necesidades espirituales.</p> <p>-Facilitar la expresión de emociones.</p>	<p>-El crecimiento espiritual es un proceso dinámico en el que una persona va adquiriendo cada vez mas conciencia del sentido el propósito y los valores de la vida.</p> <p>-La fe y la esperanza son necesarias para el crecimiento espiritual especialmente con la relación con el ser supremo.</p> <p>La religión influye en las actitudes y las conductas relacionadas con el bien y el mal.</p>	<p>-Solicito el apoyo del sacerdote (católico), para dar gracias de que la cirugía salió bien.</p> <p>-Solicito la Biblia y que se la leyeran los familiares.</p> <p>-Los familiares hacen oración con ella.</p>	<p>-La paciente expresa un aumento de la armonía y la integridad espiritual, después de haber recibido la comunión y el apoyo del sacerdote. Refiere que le cuesta aceptar su enfermedad pero que tratara de entender su designio.</p>

**Necesidad de vestirse y desvestirse** Diagnóstico de enfermería: Dificultad en la capacidad de vestirse y desvestirse, relacionada con herida en tórax, manifestada por limitación de movimiento del miembro superior derecho.

**Objetivo:** Ayudar a recuperar su autonomía para la realización de sus actividades.

Intervenciones Independientes	Justificación Científica	Intervenciones Interdependientes	Evaluación
<p>-Ayudar a la paciente a vestirse y desvestirse por parte de la enfermera y de los familiares, respetando su intimidad.</p> <p>-Proporcionar apoyo emocional y animar a la paciente a que comparta su experiencia esto le permitirá aclarar sus miedos y le dará a la enfermera la oportunidad de proporcionarle tranquilidad a la paciente.</p> <p>-Se le informa a la paciente cuales son las alternativas para la rehabilitación y posteriormente el uso de prótesis para la mama así como el uso de pelucas.</p>	<p>-El apoyo es de suma importancia para lograr su autonomía.</p> <p>-La rehabilitación y el apoyo psicológico son de suma importancia para la recuperación de la paciente mastectomizada.</p>	<p>-Ministración de analgésico indicado con horario.</p> <p>-Fomentar el apoyo de familiares para realizar esta actividad.</p> <p>-Invitación a grupos de ayuda (RETO).</p>	<p>-La paciente muestra interés para realizar sus actividades de vestirse y desvestirse, manifiesta que al principio le fue muy doloroso intentar hacerlo pero para el tercer día refiere tener menos dolor y mas seguridad para hacerlo de forma autónoma.</p> <p>-Asi también manifiesta que le es difícil aceptarse el no tener el pecho y que se siente mutilada y que ya no va a ser aceptada por el marido aunque este le dice que la quiere y le reitera que si la acepta y que siempre la querrá.</p>

**Necesidad de Recreación** Diagnostico de enfermería: Incapacidad de recrearse relacionada con la baja autoestima manifestada por sentimiento de desaliento disminución de los centros de interés e incapacidad para realizar actividades recreativas por si sola.

**Objetivo:** planificar intervenciones recreativas que desvían su atención en el problema hacia actividades más recreativas que disminuyan su ansiedad y logren su autonomía.

<b>Intervenciones Independientes</b>	<b>Justificación Científica</b>	<b>Intervenciones interdependientes</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Invitar a la paciente a participar en actividades recreativas, como leer libros, revistas, oír música y ver televisión.</li> <li>-Disminuir la ansiedad invitando a la paciente para que exteriorice sus emociones y sentimientos.</li> <li>-Favorecer el descanso y el sueño enseñar a la paciente técnicas de relajación y de respiración.</li> <li>-Mejorar la condición física de la paciente, planificando actividades físicas e iniciando ejercicios de rehabilitación de forma pasiva y activa.</li> <li>-Llevar a cabo técnicas de distracción.</li> <li>-Permitir la expresión de sus temores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las actividades recreativas disminuyen la ansiedad.</li> <li>- La ansiedad afecta el temor, afecta el núcleo de la personalidad, desgasta los sentimientos de autoestima y de valía personal.</li> <li>-La actividad física incrementa la oxigenación de los tejidos mejorando la vascularidad con lo cual se favorece la circulación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyo de familiares proporcionando libros, revistas, C,D, televisión.</li> <li>-Apoyo de familiares para la recreación.</li> </ul>	<p>La paciente acepta realizar actividad física de deambulacion al segundo día así como iniciar sus ejercicios del brazo derecho, lo que le permite prontamente tener movilidad y valerse por si misma, da inicio a la socialización con otros pacientes y posteriormente se recrea con revistas, el televisor refiriendo que esto la hace sentirse mejor.</p>

## CAPITULO V A MANERA DE REFLEXIÓN FINAL

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos sociales y las corrientes del pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha condicionado situaciones de cambio dentro de esta ciencia. El conocimiento del proceso histórico establece la presencia de paradigmas y de concepciones que han ido configurando su identidad y desarrollo. Es por eso importante que las enfermeras comprendan los cambios que están surgiendo tanto profesional como socialmente.

El proceso enfermero requiere de un conocimiento amplio y disciplinado para justificar el quehacer de enfermería, sin embargo esto demanda invertir una cantidad de tiempo suficiente tanto vertical como horizontal.

El método tiene gran trascendencia, importancia y magnitud en su aplicación ya que la planificación de los cuidados de enfermería constituyen un gran avance para la profesión, establece diagnósticos enfermeros que designan respuestas que la enfermera identifica y trata, proporcionando un marco común de referencia, lo que supone un profundo cambio en la cultura de la enfermera, lo que cobra mayor importancia al incorporar el uso de métodos aplicativos informativos. Todo ello implica, en muchos casos, e incluso obliga a un replanteamiento de la forma de trabajo de cada uno del personal.

El personal de enfermería actualmente pretende dejar de trabajar en función de un esquema biomédico y de basarse exclusivamente en diagnósticos enfermeros en donde aborda al paciente de forma integral y desde un punto de vista enfermero, valorando al paciente en su globalidad, detectando problemas de salud y establecer planes de cuidados con objetivos concretos, que permitan revalorar el proceso en todo momento y proporcionando documentos registrados de nuestras actividades propias de la enfermera.

Por los resultados obtenidos se concluye que la metodología del proceso enfermero, es un sistema de trabajo que representa beneficios significativos para eficientar la atención del paciente hospitalizado y para el desarrollo profesional de la enfermera, por lo que este trabajo me dejó una experiencia que si es aplicativo y me invita a reflexionar sobre mi actuar como enfermera, de pasar del papel de ser hacedora de cosas, al papel de cuestionadora y así poder brindar un cuidado integral y sistematizado, cabe mencionar que el proceso enfermero no está formalizado institucionalmente, aunque el actuar de la enfermera tradicional ha dado resultados positivos en el cuidado del paciente, aun cuando no se establezcan de forma sistematizada.

Actualmente hay muchos obstáculos para que el personal de enfermería acepte el proceso, dentro de mi área laboral me genera gran inquietud el poder compartir

estos conocimientos, aunque la limitante es que la gran mayoría del personal es auxiliar de enfermería y esto limita el conocimiento y la visión del cuidado.

A manera de conclusión comento que el proceso de enfermería no me era del todo desconocido ya que tomé un curso previo, esto me invitó a conocerlo mas a profundidad e incursionar en el proceso enfermero ya que es de suma importancia cambiar la visión tradicionalista del cuidado por una holística.

Cabe mencionar que mi experiencia que tuve con la aplicación del método de Virginia Henderson y las 14 necesidades, fue la mas adecuada para el paciente en estudio, ya que su objetivo de este método es tomar a la paciente como un ser que busca su autonomía, los resultados de este método fueron favorables, se confirman con los comentarios de la paciente y los familiares porque sintieron que fue atendida en forma integral, la paciente refirió que su atención fue mas individualizada y que se contemplaron todos los aspectos biopsicosociales, y durante su estancia, casi llegó a su autonomía.

Todo este trabajo me dejó una experiencia satisfactoria para poder seguir teniendo crecimiento profesional y por ende este repercute en la atención del paciente, teniendo una visión holística del cuidado enfermero.

## CAPITULO VI BIBLIOGRAFÍA, HEMEROGRAFIA Y FUENTES ELECTRÓNICAS

- M. Phaneuf. La planificación de los cuidados Enfermeros. Mc. Graw Hill Interamericana. 1999. Pág. 284.
- Hernández Conesa J. Historia de la Enfermería, Editorial Interamericana/ MC Graw-Hill 1995. Pág. 195
- Kerovac, M. N, Suzanne. El pensamiento Enfermero. Editorial Masson. S. A. Pág. 178.
- Francoise Colliere M. Promover la vida. Editorial Interamericana Mc, Hill 1997. Pág. 395.
- Alfaro Levefre R. Aplicación del Proceso Atención Enfermería Editorial Mosby Doyma 1999. Pág. 255
- H. Yura M. B. Walsh Ciencias de la Enfermería. El proceso Enfermería. Editorial Alhambra 1982. Pág. 222.
- Marriner Tomey Ann Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Harcourt Brace. Madrid España, 1999 (4ª Edición). Pág. 555.
- Silvia Orego S Métodos de trabajo en el quehacer del profesional de Enfermería: Reflexiones acerca del proceso. Medellín, X (2) Septiembre 1999.
- Fernández Ferrin et. Al. De la Teoría ala Práctica. "El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI". Editorial Masson 1998.
- Margot Phaneuf. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Editorial Interamericana Mc Graw Hill 1993 Pág. 226.
- Archivo Histórico del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE
- Diagnostico Situacional 2004, ISSSTE Zaragoza. Cirugía General
- Atkinson L. Murria M. E. Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Mexico 1983.
- El Proceso de Atención de Enfermería. Microsoft Internet Explorer.
- Potter P. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Practica Madrid. Mosby Doyma 1996. Pág. 121

Cardenito J. Lynda. Diagnostico de enfermería Aplicación a la práctica Clínica. Editorial Interamericana. MC. Graw Hill. Pág. 1335.

Potter P. Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Madrid. Mosby Doyma. 1996. p.121.

Nordmark/ Rohweder. Bases Científicas de la enfermería. Ed. El manual Moderno Mexico 2da. Reimpresión 2001. Pág. 712.

Donegan, Spratt. Cáncer de Mama. Meda Panamericano 2002. 5ta Edición. Pág.384.

Instituto Nacional de Cancerológica. Cáncer de Mama Editorial MC. Graw Hill 2001 4ta edición. Pág.780

Fuente: Internet: cáncer de mama esmas.com

Recomendaciones para la mujer mastectomizada tras el alta hospitalaria  
Microsoft Internet Explorer.



## IMAGEN CORPORAL

El concepto de uno mismo está influido por las interacciones de los demás, los aspectos socioculturales y la culminación de los objetivos del desarrollo.

La imagen corporal incluye muchas cosas como por ejemplo la manera en la cual nos percibimos a nosotros mismos, como nos sentimos en nuestros cuerpos y como nos sentimos con nuestros cuerpos. La imagen corporal es algo que aprendemos y que cambia constantemente. Incluso aquellos de nosotros que tenemos una imagen positiva de nuestros cuerpos, tenemos días en los cuales no nos sentimos tan seguros.

Muchos de nosotros hemos sentido desconfianza e inseguridad acerca de nuestro cuerpo en algún momento de nuestras vidas. Estos sentimientos están frecuentemente alimentados por percepciones tanto reales como ficticias, de nuestros amigos, familia, de nosotros mismos y de los medios de comunicación acerca de cómo deberíamos vernos. La imagen corporal afecta a todo el mundo, independientemente de nuestra orientación sexual, raza, etnicidad o identidad sexual; aun cuando estos factores pueden tener un impacto en la manera como percibimos nuestro cuerpo".

Aún cuando es normal sentirse incómodo algunas veces con nuestros cuerpos, es importante enfrentarse a estos sentimientos. Un sentimiento negativo acerca de nuestro cuerpo que no sea atendido puede llevarnos a tener una baja auto-estima, desordenes alimenticios, comportamientos opresivos hacia nosotros mismos y hacia otros y finalmente, puede llevarnos a tener poca preocupación sobre nuestra salud y bienestar.

El cáncer y las diferentes modalidades terapéuticas empleadas para controlarlo producen en muchos casos alteraciones en la imagen corporal del paciente. Alopecia, cambios en las uñas, alteraciones dermatológicas, cicatrices, amputaciones, cambios en el peso, etc. hacen que el paciente se vea obligado a aceptar un cuerpo que ahora es diferente al que poseía antes del diagnóstico del cáncer. En una sociedad que valora enormemente la estética y el aspecto físico, y que define de formas muy concretas la masculinidad y la feminidad, la distorsión de la imagen corporal puede interferir fácilmente con la aceptación de uno mismo.<sup>65</sup>

La mama suele estar asociada a feminidad, maternidad, alimentación, belleza, etc. Su amputación tendrá un significado muy diferente a cualquier otra alteración física que se pueda producir en un enfermo de cáncer.

---

<sup>65</sup> Imagen corporal: La aceptación es el primer paso. Microsoft Internet Explorer.

Mientras que para una mujer con un tumor mamario puede ser muy importante preservar su mama y someterse a un tratamiento quirúrgico conservador, para otra con la misma condición puede ser más importante someterse a una mastectomía. No es poco frecuente encontrar a mujeres que sientan que la mastectomía les "limpia" mejor el cáncer o les proporciona una mayor sensación de seguridad de que éste va a ser eliminado.

Mientras que para un paciente perder el pelo con la quimioterapia puede ser fuente de enorme angustia y evitación de contactos sociales, para otro la alopecia es "algo secundario" porque "lo que realmente me interesa es salvar mi vida, y el pelo, ya me crecerá".

La visibilidad de la alteración física y el grado de deformidad determinarán también la intensidad de la reacción psicológica. Cuanto mayor y más visible sea la deformidad, más intenso será el impacto psicológico.

La imagen corporal incluye percepción, pensamientos y sentimientos, y hace referencia a la imagen que formamos en nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, de cómo lo percibimos y de cómo lo sentimos. El concepto de imagen corporal involucra tanto sensaciones internas como relaciones interpersonales. De ahí, que las alteraciones en el aspecto físico no necesariamente hayan de ser visibles para los demás ni excesivamente exageradas para que causen angustia a la persona. Dependen del significado que les atribuyamos. Así, la valoración que cada uno haga de una alteración física concreta puede repercutir de diferentes maneras en diferentes personas dependiendo de múltiples factores. Mientras que para unos una cicatriz quirúrgica puede alterar significativamente su autoestima, otros la pueden considerar como la "cicatriz de la vida", aquélla que les ha permitido controlar o curar su enfermedad.<sup>66</sup>

**El autoconcepto** tiene como componentes la imagen corporal, el ideal de uno mismo, la autoestima, la ejecución de rol y la identidad personal.

**Imagen corporal:** suma de las actitudes conscientes e inconscientes que la persona tiene hacia su cuerpo. Incluyen las percepciones pasadas y presentes.

**Ideal de uno mismo:** percepciones de la persona de cómo debe comportarse en función de determinados estándares, aspiraciones, objetivos o valores personales.

**Autoestima:** juicio personal sobre la propia valía, que se obtiene analizando en qué medida la conducta se ajusta al ideal de sí mismo. Una autoestima alta es un

---

<sup>66</sup> Imagen corporal: La aceptación es el primer paso. Microsoft Internet Explorer.

sentimiento enraizado en la aceptación incondicional de uno mismo como un ser valioso e importante a pesar de los errores, defectos y fracasos.<sup>67</sup>

**Ejecución de rol:** serie de pautas de conducta socialmente esperados y asociados a la función de una persona en diversos grupos sociales. Los roles atribuidos, son roles asignados sobre los cuales la persona no tiene elección. Los roles asumidos son aquellos seleccionados o elegidos por el individuo.

**Identidad personal:** principio organizador de la persona que es responsable de la unidad, continuidad, coherencia y exclusividad de la persona. Implica autonomía y abarca las percepciones sobre la propia sexualidad. La identidad comienza a formarse durante la lactancia y continúa desarrollándose a lo largo de la vida, aunque es la tarea principal durante la adolescencia.

## **La imagen corporal consta de tres componentes:**

Realidad corporal, ideal corporal y presentación corporal:

**Realidad corporal:** el cuerpo en su existencia real, regidas por los efectos de la genética humana y por el desgaste natural de la vida en el ambiente exterior (como podría ser descrito en la exploración física llevada a cabo por un médico). Se modifica como resultado del proceso de envejecimiento y porque lo usamos y maltratamos. Los cambios bruscos en la realidad corporal se asocian a traumatismos, cáncer, infecciones y malnutrición. La realidad corporal es definitiva, una parte del ambiente y el punto de contacto frecuente entre la amenaza para la imagen corporal y la alteración de la imagen corporal.

**Ideal corporal:** imagen mental de cómo nos gustaría que fuera y actuara nuestro cuerpo. Abarca las normas de la silueta, el espacio y los límites del cuerpo.

Esta enormemente influenciada por los modelos sociales y culturales, por la publicidad y por las actitudes cambiantes hacia la forma física y la salud. El ideal corporal, esta amenazado por los cambios en la realidad corporal, pero los trastornos del ideal corporal (p. ej., anorexia nerviosa) también pueden afectar directamente el equilibrio.

**Presentación corporal:** la realidad corporal solo rara vez satisface nuestros modelos de ideal corporal, por lo que la presentación corporal se utiliza en un esfuerzo por conseguir el equilibrio entre ambos. Es el modelo en que el cuerpo se presenta literalmente al ambiente externo, la forma en que vestimos nos arreglamos, caminamos, hablamos, colocamos nuestros miembros y usamos apoyos como bastones para caminar o audífonos. La moda (que explora el ideal corporal) puede influir drásticamente en la forma en que cambia la presentación corporal. Del mismo modo, la parálisis o la pérdida de un miembro (realidad

---

<sup>67</sup> Imagen corporal: La aceptación es el primer paso. Microsoft Internet Explorer.

corporal) también afectaran a la presentación corporal. Gran parte de la presentación es para consumo público y goza de un gran valor simbólico.

Las alteraciones de los componentes del autoconcepto se describen de la manera siguiente:

**Imagen corporal:** verse a uno mismo de forma diferente como resultado de cambios reales o subjetivos en la estructura o la función del cuerpo.

**Ideal de uno mismo:** cambio en las propias expectativas o esfuerzos.

**Autoestima:** falta de confianza en la capacidad de cumplir lo que se desea.

**Ejecución del rol:** incapacidad para realizar aquellas funciones y actividades esperadas para un rol determinado en una sociedad completa.

**Identidad personal:** trastorno en la percepción de uno mismo (quien soy yo).

La imagen corporal evoluciona de forma constante. A menudo hay un desfase de tiempo entre el cambio real del cuerpo y el cambio de la imagen corporal. La enfermera debe saber que durante ese lapso la persona puede rechazar tanto el diagnóstico como las instituciones y el tratamiento prescritos.

#### **Perdida de una parte o función del cuerpo**

Las personas tienen un concepto de sí mismas que abarcan los sentimientos acerca de su yo su valía, su atractivo, su amabilidad y sus capacidades. La imagen mental del propio cuerpo y de uno mismo como persona se ve amenazada después de una lesión física. Esta lesión o pérdida conlleva a un proceso de duelo.

La autoestima y el autoconcepto tienen un componente global que consiste en los sentimientos generales hacia uno mismo. Ambos tienen además, componentes específicos, como el aspecto físico la función y el rol, que se pueden alterar por diversos acontecimientos circunstanciales como la cirugía o un traumatismo.<sup>68</sup>

Después de sufrir sus cambios importantes en el aspecto físico o la función, la persona pone en marcha el proceso de reconstrucción de la imagen, que consta de tres fases:

**Fase I:** desorganización de la imagen corporal. Sorpresa, negación, conciencia dolorosa, duelo por la pérdida.

**Fase II:** deseo de restablecimiento. Idealismo frente a su realismo.

---

<sup>68</sup> Imagen corporal. Microsoft Internet.

Fase III: remodelación de la propia imagen. Sustitución de las expectativas idealistas por otras más realistas. Adaptaciones para vivir una vida normal con cambios.

Los factores que influyen en la remodelación satisfactoria de la imagen son el valor que el paciente da a la función perdida, el tipo de cambio, las experiencias vitales anteriores la autoestima, el apoyo social, las actitudes de los demás y el acceso a la tecnología médica.

El proceso de duelo en respuesta a una discapacidad reciente ha sido descrito de la manera siguiente: (Friedman-Campbell) y Hart, 1984):

**Shock-negación:** negación de la lesión de su gravedad. Como medida de autoprotección de la persona apenas se permite pensar en la pérdida.

Aceptación intelectual, pero rechazo emocional de la pérdida.

**Concienciación:**

Comprensión del alcance de la pérdida.

Sensaciones somáticas agudas de pérdida.

Desplazamiento del enojo.

Obsesión.

Llanto por la pérdida y huida.

Rechazo a los cambios y apego por la rutina.

**Aceptación de la pérdida de la función corporal:**

Se empieza a afrontar el impacto de la pérdida que ejerce sobre uno mismo.

Liberación lenta de la esclavitud de la pérdida.

Reajustes frente a los cambios del entorno y nuevas relaciones.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Imagen corporal. Microsoft Internet.

**MARCO TEORICO DEL CANCER DE MAMA**

La glándula mamaria, es asiento de un sinnúmero de alteraciones patológicas y sitio topográfico de la segunda neoplasia mas frecuente de la mujer en nuestro medio.

**Anatomía y Fisiología de las mamas**

Las mamas o pechos son dos órganos que en la mujer se desarrollan más que en los hombres a partir de la pubertad. Las mamas ocupan el espacio entre la segunda o tercera y la sexta o séptima costilla y entre el esternón y la línea media axilar. El tejido mamario también puede extenderse hasta el pliegue axilar anterior a lo largo del margen de la inserción del músculo pectoral mayor. Por debajo de la mama existe una capa delgada de tejido conectivo fibroso a través del cual las extensiones linfáticas penetran en los músculos subyacentes. Los principales canales linfáticos de los cuadrantes externos de la mama se extienden a lo largo del recorrido de la vena axilar y, desde la parte interna, desciende a y través de los espacios intercostales hasta la cadena que acompaña a los vasos mamaros internos.

La estructura interna de la mama es una glándula aprocina grande. El parénquima secretante esta compuesto por 15 a 20 lóbulos de tamaño variado, encerrados en envolturas adiposas, las que proporcionan un contorno liso. Los conductos drenan centralmente hacia grandes lagunas localizadas directamente por debajo del pezón. Estas lagunas actúan como reservorio hasta que reciben el ímpetu para la eyección.

Además de dar forma al cuerpo femenino, tienen como función principal, el producir leche para poder alimentar a los recién nacidos. Por dentro se localizan varios alvéolos, que es donde se produce la leche y que con cada mamada, se contraen para dejarla salir por medio de los conductos lactíferos que terminan en los senos lactíferos que quedan debajo de la areola. Ahí se almacena la leche, por eso es importante que cuando el bebé mama, su boquita abarque también está parte del pecho. Los conductos conducen la leche materna hasta el pezón, que tiene más o menos 20 pequeños orificios, que durante el embarazo y lactancia se abren para permitir la salida del líquido. El pezón es la punta del pecho por donde sale la leche y están rodeados por la areola, que es una zona de color más oscuro que el de la piel.

En los pechos también hay grasa y tejido fibroso que les da soporte, hay muchísimos nervios y vasos sanguíneos, por lo que son dos órganos muy sensibles y delicados.

Por su sensibilidad es conveniente evitar los golpes y no utilizar ropa muy apretada o demasiado floja. Lo importante es que el músculo y la masa tengan soporte suficiente.

La glándula mamaria se compone de varios racimos de lóbulos y lobulillos conectados mediante unos conductos delgados, a modo de ramas de un árbol, y en estos conductos es en donde se desarrolla el cáncer de mama más frecuente, que es el cáncer ductal y el otro tipo de cáncer de mama que es el carcinoma lobular.<sup>70</sup>

### **Fisiopatología**

Básicamente, el cáncer de mama es una enfermedad del tejido mamario que comienza como una área atípica, progresa a in situ (ductal o lobular) y, por último, llega a una etapa mínimamente invasora (5 Mm.). Una vez que el carcinoma pasa esta etapa es mayor la probabilidad de su invasión hacia los ganglios linfáticos y la circulación general, por lo que es preciso vigilar el desarrollo de un segundo carcinoma. El tumor se sitúa con mayor frecuencia en el cuadrante superior cubre, y si no es tratado, invade los tejidos vecinos y se extiende a los ganglios externo de la mama. Al crecer se puede fijar a la pared torácica o a la piel que lo linfáticos, así también puede haber metástasis en pulmones, huesos, cerebro o hígado.

La frecuencia del cáncer de mama ha continuado en ascenso en los últimos 35 a 40 años, si bien la mortalidad ha cambiado muy poco. Parece ser un signo esperanzador en la lucha contra el cáncer la detección oportuna y sin duda significa que una proporción mayor de mujeres reciben tratamientos en fecha más temprana y que los métodos de tratamiento han mejorado.<sup>71</sup> La mortalidad continúa aumentando con la edad excepto durante la menopausia, lapso en el que hay una disminución moderada y se desconoce la causa de ella. La mayor frecuencia aparece entre mujeres que han tenido pocos embarazos o en aquellas con más de 30 años de edad al nacer su primer hijo. También es baja la frecuencia en mujeres con menopausia artificial temprana. Se han observado diferencias radicales, en la presentación del cáncer de mama que no se han podido explicar, sin embargo se pueden identificar factores de riesgo asociadas a la aparición de ésta neoplasia, por ejemplo.

### **Etiología**

- Edad
- Antecedentes familiares

---

<sup>70</sup> Donegan, Spratt. Cáncer de mama. Meda. Panamericana 2002. 5ta Edición. Pág. 21

<sup>71</sup> Donegan-Spratt. Cáncer de Mama. Meda Panamericano.2002 5ta Edición. Pág. 23

- Nuliparidad o 1º hijo después de los 30 años
- Menarquia temprana o menopausia tardía
- Obesidad
- Dieta rica en grasas
- Alcohol
- Inactividad física

La edad: al margen de ser mujer, es el primer y principal factor de riesgo más importante ya que más del 75% de los cánceres de mama se diagnostican después de la menopausia. Conforme van pasando los años el riesgo aumenta. Sin embargo, en estos últimos años se está observando la aparición de cáncer de mama en edades más tempranas. De hecho, se recomienda que la primera mastografía se realice a los 40 años.

Antecedentes familiares: si tu abuela, madre o hermana, han tenido o tienen cáncer de mama, tu riesgo de 2 a 3 veces superior al promedio. Si tanto tu madre como tu hermana tienen cáncer de mama en la etapa premenopáusica, vas a tener un riesgo 50 % superior de tener cáncer de mama que otra mujer sin estos antecedentes familiares. Sin embargo, este riesgo aumentado no significa que necesariamente las mujeres con antecedentes familiares directos de cáncer de mama vayan a padecerlo. Lo más importante es que las mamas de estas mujeres sean vigiladas estrechamente de forma periódica.

Número de embarazos: existe un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que no han tenido hijos o, si los han tenido, ha sido después de los 30 años y en aquellas que no han dado de mamar.

Historia menstrual: asimismo, el riesgo aumenta si tu primera regla ha sido temprana, o no has dejado de menstruar hasta los 53-55 años. Por el contrario, las mujeres que han perdido la menstruación antes de los 40 años, es decir, que han tenido una menopausia adelantada ya sea espontánea o secundaria a cirugía, tienen un menor riesgo de padecer cáncer de mama. Sin embargo, no nos olvidemos que debido a esta menopausia precoz tendrán mayor riesgo de padecer osteoporosis y enfermedades cardiovasculares.<sup>72</sup>

Peso: Es importante que las mujeres sepan que el sobrepeso y la obesidad, sobre todo, después de la menopausia, pueden ser perjudiciales para la mama así como un exceso de grasa en el abdomen y la cintura. En el tejido adiposo los andrógenos de la mujer son convertidos a estrógenos; cuando existe un exceso de grasa, esta conversión aumenta, los niveles de estrógenos endógenos son más altos y pueden favorecer que el riesgo aumente.

Las mujeres con obesidad centrífuga tienen que ser conscientes de la necesidad de perder peso, fundamentalmente las que presentan otros factores predisponentes como antecedentes familiares de cáncer de mama, ya que

---

<sup>72</sup> Ibid. Pág. 25



eliminarían un factor de riesgo y esto implicaría una reducción de su riesgo de padecer cáncer de mama.

**Dieta:** Un reciente informe elaborado por el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer en colaboración con el Instituto Americano de Investigación del Cáncer señala que entre un 30 y un 40% de los nuevos casos de cáncer que se diagnostican al año se podrían evitar realizando cambios en la dieta. Cada vez tenemos más claro que las mujeres que consumen una dieta rica en grasas animales y pobre en vegetales, frutas y pescado tienen una mayor frecuencia de molestias mamarias y de patología mamaria. Por otro lado, existe un aumento de los problemas mamarios en las mujeres fumadoras y en las que consumen un exceso de bebidas con cola o cafeína.

#### Estrógenos :

**Píldora:** Los trabajos desarrollados hasta la actualidad no demuestran un aumento del cáncer de mama en la mayoría de las mujeres que han tomado anticonceptivos orales. Sólo se ha encontrado un aumento del riesgo en un grupo de mujeres menores de 45 años que han usado anticonceptivos orales durante más de 8 años, habiendo iniciado su uso a edades tempranas. **Terapia hormonal sustitutiva:** El tratamiento con estrógenos en la menopausia o no aumenta el riesgo de cáncer de mama o éste es muy pequeño tras más de 10 años de utilización. Además, no ha podido demostrarse un aumento de la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres usuarias de tratamiento estrogénico en la menopausia. El hecho de que el tratamiento de sustitución con estrógenos pueda tener relación con el cáncer de mama, ha sido debatido durante muchos años. Existen informes recientes que indican que los estrógenos aumentan muy ligeramente el riesgo de cáncer de mama; otros, sin embargo, no encuentran una clara relación. Por otra parte, varias investigaciones nos muestran que el administrar progestágenos junto con los estrógenos, no tiene un efecto protector sobre la aparición del cáncer de mama, incluso puede ser potencialmente perjudicial. Todos estos hechos nos indican que sobre este aspecto de la terapia hormonal sustitutiva y cáncer de mama, no está dicha, ni mucho menos la última palabra, por lo que debemos ser extremadamente cautos sobre este tema.<sup>73</sup>

**Alcohol:** La ingesta de alcohol aumenta el riesgo, sobre todo, en mujeres antes de la menopausia y que beben más de tres copas al día.<sup>74</sup>

**Ejercicio:** La práctica de ejercicio habitual protege del cáncer de mama. Las mujeres atléticas tienen la mitad del riesgo de cáncer de mama que las mujeres sedentarias.

**Implantes mamarios de silicona:** No ha sido demostrado que los implantes de silicona aumenten el riesgo de cáncer de mama. El inconveniente de las prótesis

---

<sup>73</sup> Ibid. Pág. 27

<sup>74</sup> Ibid. Pág. 29

es que al comprimir el tejido mamario hace que la interpretación de la Mastografía sea mucho más difícil. En casos de dudas, la resonancia magnética nuclear podría ayudar.

El cáncer de mama es la neoplasia más común en las mujeres. Puede desarrollarse en cualquier momento aunque su causa directa sigue siendo desconocida, su alta incidencia sigue una relación con los estrógenos, las mujeres con mayor riesgo de desarrollarlo son las que:

Tienen una historia familiar de cáncer de mama.

Tienen antecedentes de cáncer del sistema reproductor.

Presentaron una menarquia precoz o una menopausia tardía.

Tener el primer embarazo después de los 35 años.

Son de raza blanca.

Estar sometida a estrés constante.

El cáncer se presenta en ambos senos y su localización mas habitual es en el cuadrante superior externo, la rapidez de progresión varia según los pacientes, teóricamente, un cáncer de mama de crecimiento lento puede tardar hasta 8 años en alcanzar 1 cm. de diámetro y hacerse palpable. Mientras tanto, metastatizan por vía hemática o linfática hacia los pulmones, hígado y cerebro.

Los canceres de mama se clasifican según su apariencia histológica y su localización siendo los tipos más comunes:

Adenocarcinoma ductal: es el más frecuente, se desarrolla en los conductos galactoforos tiende a metastatizar tempranamente y es el de pero pronóstico. Una variante poco frecuente es el carcinoma intraductal o in situ el cual tiene un, mejor pronostico pero debido a que no hace masa es difícil de diagnosticar.

Carcinoma lobular: se origina en los lóbulos de la mama, y por lo regular se presenta en forma bilateral; cerca de la mitad de los casos esta presente como carcinoma lobular in situ y este tiene el mejor pronostico.

Carcinoma Inflamatorio; crece y se disemina rápidamente causando edema cutáneo subyacente, inflamación e induración y el diagnostico se realiza mediante el hallazgo de linfocitos subdérmicos

Otras variantes con mejor pronóstico son el comedocarcinoma, el carcinoma medular y el carcinoma coloide.

La Enfermedad de Paget (excepcional) es una lesión dérmica asociada a un carcinoma subyacente que aparece en el pezón ocasionando erosión y sangrado del mismo.<sup>75</sup>

### **Signos y Sintomas.**

Cuando la paciente presenta cáncer de mama puede presentar estos síntomas:

Una protuberancia o masa en la mama (sí es una masa dura como una piedra, normalmente es maligna).

Cambios en el tamaño o simetría de la mama.

Modificaciones en la apariencia o textura de la piel de la mama; por ejemplo, adelgazamiento, formación de hoyuelos, edema (piel de naranja),

---

<sup>75</sup> Ibid. Pág. 30

O ulceraciones.

Una variación localizada de la temperatura cutánea de la mama; por ejemplo una zona tibia, caliente o rosada.

Exudado o flujo inusual por el pezón.

Cambios en la apariencia del pezón, incluyendo erosión o retracción.

Prurito o sensación urente en la zona del pezón

Dolor en la mama.

Metástasis ósea, fracturas óseas patológicas e hipercalcemia.<sup>76</sup>

## **ESTADIOS DE TUMORES DE MAMA**

El tipo de mastectomía que recomendará el médico para la paciente depende del estadio del cáncer de mama. El estadio describe hasta donde ha avanzado el cáncer, de acuerdo con el tamaño del tumor, afección del tejido adyacente y ganglios y progreso metastático.

El American Cancer Institute divide los cánceres de mama en cuatro estadios. La siguiente información específica el tratamiento quirúrgico apropiado para cada uno de ellos así también puede estar indicada la radiación y la quimioterapia.

### **Estadio I**

El tumor es menor de 2 cms de diámetro No muestra signos de metástasis y los ganglios linfáticos no están engrosados.

Tratamiento quirúrgico: Mastectomía parcial o enucleación local amplia.

### **Estadio II**

El tumor mayor de 2 cms pero menor de 5 cm. de diámetro pero sin signos de metástasis.

Tratamiento quirúrgico: Mastectomía radical modificada.

### **Estadio III**

El tumor mide más de 5 cm. de diámetro.

Tratamiento quirúrgico: dependiendo de la infiltración del tumor en el tejido circundante, una mastectomía de Halsted, una mastectomía radical extensa o una mastectomía radical modificada.

### **Estadio IV**

El tumor puede tener cualquier diámetro pero presenta fijación a la pared torácica, a piel con ulceración, edema o satelitosis o ambas, incluyendo en esta clasificación al carcinoma inflamatorio

Tratamiento quirúrgico: cirugía paliativa para aliviar los síntomas.

## **DIAGNOSTICO**

Exploración clínica: palpación de una o más lesiones, generalmente una masa o un engrosamiento indoloro; movilidad restringida de la lesión; cambios en la textura de la piel (p. ej., hoyuelos en la piel, piel de naranja); edema cutáneo;

---

<sup>76</sup> Ibid. Pág. 31.

cambios de color de la piel; dilatación de los vasos sanguíneos superficiales; cambios de tamaño, forma y contorno de la mama; secreción procedente del pezón; retracción del pezón.<sup>77</sup>

## **TECNICAS DIAGNOSTICAS**

### **AUTOEXAMEN**

#### **Toda mujer debe realizar un autoexamen**

El autoexamen se realizará al séptimo día después de la menstruación, si en ella aún ocurriera. El examen que hace de sus propias mamas y consiste en:

- palpación de sus glándulas en sentido horario incluyendo las axilas
- la palpación de alguna dureza

Su inspección, preferentemente ante un espejo en busca de: cambios de color y/o del tamaño aparición de deformidades en las mamas, en el pezón o en la areola secreción por el pezón

### **Diagnóstico**

El primer paso para efectuar una detección precoz del cáncer de mama consiste en que las mujeres deben conocer cómo son sus propios senos.

#### **Auto-examen de mamas**

Debe llevarse a cabo en dos momentos y de la siguiente forma, según indicaciones del Instituto Alexander Fleming, Argentina:

##### **1. Parada de frente al espejo, OBSERVE si hay cambios**

- Colocar las manos a los lados del cuerpo y mirar las mamas;
- Con las manos sobre la cabeza, mire si hay cambios;
- Con las manos en la cintura, apriete hacia abajo, inclínese hacia abajo y hacia delante. Mire si nota alguna diferencia.

##### **2. Acostada, examínese al tacto cada mama, de la siguiente forma:**

- Acuéstese y ponga una toalla debajo del hombro derecho, levante el brazo derecho sobre la cabeza y con la mano izquierda...

---

<sup>77</sup> Ibid. Pág. 33

- Examínese la zona desde la axila hasta la línea baja del corpiño a través del pecho, hasta el esternón y, desde la clavícula hacia la axila, empleando la yema de los dedos medios de la mano izquierda. Arquee la mano y mueva los dedos en círculos del tamaño de una moneda de 10 centavos.
- Emplear tres niveles de presión: suave, mediano y fuerte.
- Examínese toda la zona pasando la mano de arriba hacia abajo.
- Seguidamente, examínese la mama izquierda con la mano derecha siguiendo todos los pasos del ejemplo anterior, colocando ésta vez, una toalla debajo del hombro izquierdo y la mano izquierda sobre la cabeza.
- Si encuentra protuberancias o cambios, comuníquese a su médico inmediatamente.

Para averiguar la causa de bultos, cambios en la mama (detectados en el auto-examen) o en imágenes que aparecen como anormales en una mamografía, el médico hará un examen físico detallado y preguntará la historia médica familiar y personal. Podrá hacer uno o varios de los siguientes exámenes:

- Examen clínico.
- Mamografía
- Ecografía

**Mastografía:**<sup>78</sup> es el procedimiento radiográfico que detecta los quistes o tumores de mama.

Indicaciones:

Detección sistemática del cáncer de mama.

Se recomienda la primera **a partir de los 40 años** salvo indicación estricta **y a partir de los 50** anualmente.

Es el método ideal para realizar el diagnóstico precoz del cáncer de mama con todos los beneficios que ella trae:

- Normalmente es indoloro.
- Solo exige entre 15 y 20 minutos para su realización.
- Se realizan un mínimo de 2 mamografías de cada seno en diferentes posiciones.
- El especialista determinará la necesidad o no de realizar otras mamografías más

<sup>78</sup> Instituto nacional de Cancerología Cáncer de Mama. Edit Mc Graw Hill 2001 (4 Edición). Pág. 36.

Específicas: focalizadas o ampliadas que son tan inocuas como las anteriores.

El buen uso de la mamografía y realizada con aparatos modernos ha permitido disminuir mas de un 50% la tasa de mortalidad por cáncer de mama.

### **Dificultades de la Mastografía**

A pesar de su alta sensibilidad, solo el 10% de los diagnósticos de cáncer de mama se realizan por este medio por los siguientes motivos:

1- Su uso infrecuente por causas de la propia mujer que:

- Desconoce la importancia de este método
- Desconoce que la realización de una mamografía no debe ser causa de dolor.

2- Por falta de normas de control sanitario que:

- Permiten el uso de aparatos de mamografía antiguos
- Que son inservibles para un diagnostico precoz pues no tienen sensibilidad e irradian la mama innecesariamente.
- Es decir que además de no cumplir con el fin para lo cual se lo utiliza, también hacen daño.

### **Detección sistemática del cáncer de mama.**

- Investigación de masas mamarias palpables y no palpables, dolor mamario o flujo a través del pezón.
- Diferenciación entre los tumores de mama cancerosos y no cancerosos.

Termografía: procedimiento fotográfico de infrarrojos que mide y registra patrones de calor en la superficie de la mama.<sup>79</sup>

Indicaciones:

- Detección sistemática del cáncer de mama.
- Predicción de riesgo de cáncer de mama.
- Diferenciación entre tumores, quistes y abscesos de mama cancerosos y no cancerosos.
- Determinación de estadio del tumor.

Diafanometria: fotografía de luz infrarroja, que se trasmite a graves de la mama con un aparato fibrooptico.

---

<sup>79</sup> Ibid. Pág. 38

Detección sistemática temprana del cáncer de mama.  
Como guía para biopsia o drenaje de un quiste.

**Ecografía:** exposición computarizada de ecos de alta frecuencia (ultrasonidos). Las ondas de ultrasonido son lanzadas a través de la piel de la mama mediante un transductor. Las ondas vuelven al transductor en forma de eco que varían en función de la densidad de los tejidos subyacentes. La computadora procesa estos ecos y los presenta en una pantalla para su interpretación. Es útil para la detección de tumores mayores de 0.6 cm. de diámetro y para la diferenciación entre tumores sólidos y quistes en el tejido mamario denso.

### **Tratamientos que existen para el cáncer de mama-**

El tratamiento del cáncer de mama esta en relación con el tamaño del tumor, el tipo, si es único o múltiple, la presencia de ganglios en la axila, las condiciones medicas de la paciente, su edad y su status hormonal.

No podemos olvidar la importancia que a la paciente se le informe de todas las posibilidades y de los riesgos y beneficios de cada uno de ellas. Hasta hace muy pocos años la extirpación de la mama era la regla del tratamiento ante la presencia de un cáncer de mama de cualquier tamaño. Actualmente el conocimiento biológico del tumor ha permitido el uso de tratamientos más conservadores que buscan la preservación del órgano sin afectar el pronóstico del padecimiento.

La **cuadrantectomía** es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se pueden tratar los tumores de mama en etapa clínica temprana y consiste en extraer el tumor con un margen de tejido sano preservando el resto del tejido mamario y que se puede acompañar o no de exploración quirúrgica de la axila. En la actualidad la exploración de los ganglios de la axila se puede decidir mediante la búsqueda del ganglio centinela, técnica que permite conocer en un 98% de sensibilidad el estado de los ganglios y abate la morbilidad de una disección radical de la axila innecesaria. Después de una cirugía conservadora de la mama la paciente requiere de radioterapia postoperatoria. Este proceder tiene la misma supervivencia 70%, que el quitar toda la mama, con las ventajas que tiene.<sup>80</sup>

**Mastectomía radical modificada:** En los casos en los que no se pueda o no se deba realizar la tumorectomía, el cirujano quitará toda la mama, respetando el músculo pectoral mayor. En estos casos debe pensarse en la reconstrucción mamaria. Durante la extirpación del tumor o la mastectomía, se extirpan los ganglios axilares para determinar el estadio de la enfermedad. El estudio de los ganglios axilares condicionará el empleo o no de tratamiento posterior.

### **Tratamientos posquirúrgicos**

---

<sup>80</sup> Ibid. Pág. 44

- **Radioterapia:** Se basa en la aplicación de radiaciones ionizantes que podrán destruir las células que pueden haber quedado a pesar de la cirugía.

- **Quimioterapia:** Si los ganglios son positivos, es decir, si están invadidos por el tumor, podrá darse quimioterapia, esto es, la aplicación de medicamentos citotóxicos dirigidos a impedir el crecimiento de las células neoplásicas, estando especialmente indicada en mujeres antes de la menopausia.

- **Terapia hormonal:** Si los ganglios son positivos a receptores estrogénicos y la mujer es posmenopáusica se pueden dar fármacos antiestrógenos como el tamoxifen<sup>81</sup>

## **MASTECTOMIA Y SUS CUIDADOS**

1. Aspectos psicológicos
2. Rehabilitación y ejercicios físicos
3. Prótesis y reconstrucción mamaria

La mama es un órgano externo que tiene la función de amamantamiento, imagen de feminidad y base de erotismo. Con lo cual la mastectomía distorsiona la imagen que la mujer tiene de sí misma, haciéndola sentir mutilada, deforme e incompleta, supone una importante agresión física, estética y psicológica, que puede dejarle graves secuelas. A su vez la sombra amenazante del "cáncer" le lleva a destruir ilusiones, esperanzas y futuro.

Con el paso de los años las técnicas han evolucionado, pasando de ser técnicas muy agresivas a ser más conservadoras. La mastectomía que en la actualidad se realiza de forma habitual, es la mastectomía radical modificada, que no extirpa el pectoral mayor, por lo que las alteraciones músculo-esqueléticas son menores. La mastectomía se presenta en la mujer con un significativo impacto psicológico con sentimiento de mutilación, alteración de la imagen corporal, pérdida del sentido de feminidad, alteraciones de la vida afectiva, ansiedad, depresión, desesperanza, sentido de culpa, vergüenza, temor y abandono. Si bien el defecto de la mastectomía se ve enfrentado a su deformidad cada vez que se desviste, y a recordarle su defecto.<sup>82</sup>

La mujer con cáncer de mama se enfrenta a una gran batalla, que será posible superar si aprende a manejar sus emociones.

Las principales recomendaciones del personal de enfermería hacia la mujer mastectomizada irán dirigidas principalmente, hacia:

-Prótesis y reconstrucción mamaria. Prótesis y reconstrucción mamaria de hospitalización. Es necesario ofrecer una atención integral a la mujer y mostrarle

---

<sup>81</sup> Ibid. Pág. 83

<sup>82</sup> Recomendaciones para la mujer mastectomizada tras el alta hospitalaria. Microsoft Internet.



nuestro interés y apoyo, no sólo por su parte enferma, sino por ella como ser humano.

La reacción de la mujer ante una mastectomía depende de tres factores:

1. El grado de identidad femenina, en la constitución de su imagen corporal.
2. De la propia personalidad de la paciente.
3. De la existencia de problemática sexual o de relación de la pareja, anterior a la intervención.

La finalidad del apoyo psicológico será conseguir:

- a. Obtener una imagen satisfactoria de sí misma, elevando el nivel de autoestima; no olvidemos de que el pecho tiene un alto valor simbólico en la mujer y que permanece inalterable incluso en edades muy avanzadas.
- b. Preservar las relaciones de pareja, y tratar las frecuentes dificultades en las relaciones sexuales, ya que el rechazo a su propio cuerpo y la ansiedad que acarrea, dado el proceso, dificultan o anulan en ocasiones la vida sexual de la mujer.
- c. Apoyar las relaciones con la familia, los amigos, incluso asesorando a la familia respecto al comportamiento a seguir con la paciente.
- d. Facilitar la comunicación entre el personal sanitario y la mujer, adecuándose la relación terapéutica a las necesidades de la mujer.
- e. Insistir en la importancia de las consultas oncológicas.
- f. Aflorar los aspectos de personalidad más maduros de la mujer.

Todas éstas, son tareas que hay que emprender desde los primeros días, tras la intervención. Para ello se puede utilizar, dependiendo del caso, psicoterapia individual o bien la formación de grupos de autoayuda, coordinados por un terapeuta.

En el momento del alta hospitalaria, el personal de enfermería, le informará de la existencia de grupos de ayuda y asociaciones como son el Grupo Reto.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Recomendaciones para la mujer mastectomizada tras el alta hospitalaria. Microsoft Internet.

## GUIA DE EJERCICIOS PARA LA PACIENTE MASTECTOMIZADA

### REHABILITACIÓN Y EJERCICIOS FÍSICOS

El objetivo de la rehabilitación, es realizar los movimientos del hombro, flexión, extensión, abducción, aducción y rotaciones externas e internas, con mayor estímulo. Deben ser ejecutados de forma suave, progresiva y sin brusquedades, con el fin de evitar el edema del brazo y del hemitorax, ya que al hacer un vaciamiento axilar el drenaje linfático y venoso es deficiente.

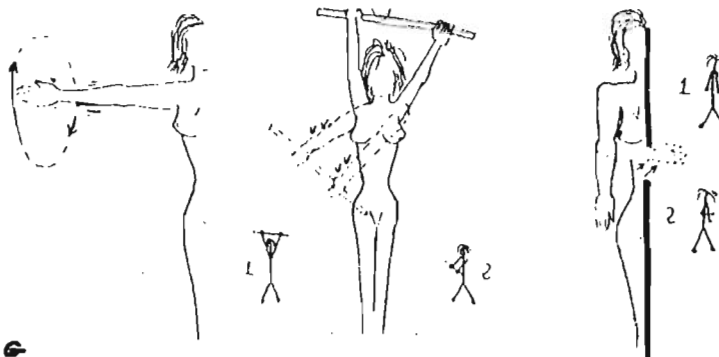
La mujer mastectomizada sentirá sensación de insensibilidad y acorchamiento, que desaparecerá poco a poco, y que es debido a las desinserciones musculares y menos frecuentemente a la sección de terminaciones nerviosas.

La rehabilitación se iniciará a las 24-48 horas de la intervención.

Los ejercicios a realizar son:

#### 1- Ejercicios activos libres:

- a. Flexo-extensión del hombro, codo, muñeca y dedos.
- b. Abducción muy suave del hombro.
- c. Rotaciones interna y externa en aducción del hombro.
- d. Cuando se haya llegado a la flexión del hombro de 90°, se iniciarán las rotaciones en abducción sin forzar.<sup>84</sup>



<sup>84</sup> Cáncer de mama csimas. com. Internet Microsoft.

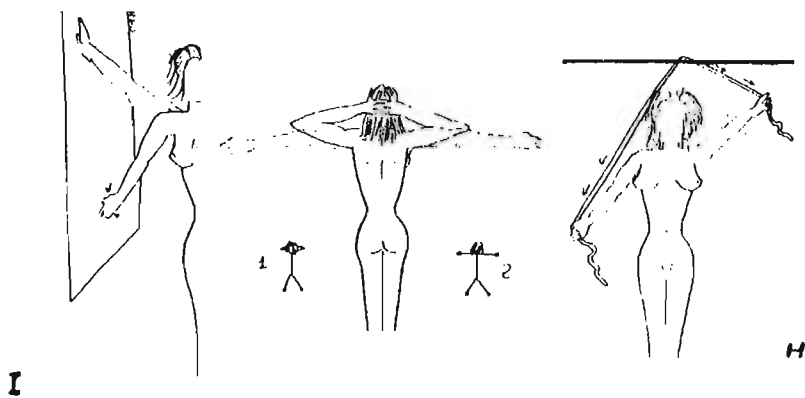


**2-Ejercicios isométricos:** ejecutar contracciones estáticas suaves con la extremidad en elevación.

**3-Ejercicios combinados:**

- a. Llevarse la mano a la nuca.
- b. Llevarse la mano a la cabeza y a la oreja contraria: lo que equivale a abrocharse el delantal, el sujetador, o el collar.
- c. Poner los brazos en cruz.
- d. Brazos en cruz y a la nuca
- e. Brazos en cruz y abrazo.
- f. Contar baldosas en la pared, de frente y de perfil, que equivale a: limpiar cristales, arreglar armario o estantería, colocar cortinas, limpiar lámparas.
- g. Ejercicios con poleas: colocando una cuerda en la barra de la ducha, por ejemplo, y subir y bajar con ambos brazos; equivale a secarse la espalda con la toalla de baño.
- h. Ponerse de cara a la pared con los brazos elevados, doblar y estirar los codos; equivale a: coger pelota de goma, tirarle y cogerla, a jugar a los bolos.<sup>85</sup>

<sup>85</sup> Cáncer de mama esmas. com. Internet Microsoft.



## CUIDADOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

Los cuidados generales van encaminados a evitar posibles complicaciones en el brazo afecto y a detectarlas precozmente:

1. Uso de guantes protectores para actividades que comporten un riesgo: jardinería, cocina, utilizar dedal para coser, llevar guantes de goma cuando se utilicen detergentes fuertes y estropajos de fibras metálicas.
2. Evitar compresión en mangas y puños.
3. No usar joyas que puedan comprimir la extremidad: anillos, pulseras, relojes, etc.
4. No exponer la extremidad al sol sin utilizar crema con filtro solar, FP 15 o superior.
5. Evitar en el brazo afecto inyecciones, vacunas y tomas de TA.
6. Prevenir el sobrepeso, evitando el exceso de sal en las comidas.
7. Practicar la natación.
8. Mantener el brazo en elevación el mayor tiempo posible y durante la noche.
9. Aplicar crema de manos para evitar la piel seca.
10. Emplear rasuradora eléctrica para quitarse el vello axilar, con el fin de evitar la erosión de la piel.
11. Emplear repelente de insectos para evitar las picaduras.
12. Evitar quemaduras (plancha, cigarrillos, cocina) en el brazo afecto, y en caso de que éstas se produzcan: aplicar hielo y dejarlo expuesto al aire hasta que se rompan las ampollas. Después lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir el área con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.<sup>86</sup>

<sup>86</sup> Cáncer de mama esmas. com. Internet Microsoft.

13. Ante cualquier herida en el brazo afecto, lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.
14. Llamar al profesional sanitario si se presenta enrojecimiento, dolor o si aumenta el hinchazón.
15. Ducharse manteniendo el chorro del agua alejado de la incisión y secarlo bien, para evitar maceraciones.
16. Utilizar cremas hidratantes y dar masajes en la zona de la cicatriz para evitar adherencias a planos profundos y lograr una cicatriz elástica.

Para la tranquilidad de la mujer, se le explicará que el proceso de cicatrización durará más o menos 30 días y que posiblemente quedará una cicatriz más ancha.

## **PRÓTESIS Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA**

Cuando la paciente abandona el hospital, es de desear que su aspecto exterior sea lo más normal posible, de cara a sí misma y hacia los demás, para lo cual se le indicará la existencia de prótesis: las hay internas y externas.

Reconstrucción con prótesis:

1. externas
2. internas

Reconstrucción con colgajos miocutáneos.

**Prótesis externas:**

1. La primera prótesis que se colocará será una fabricada con materiales suaves (algodón) que no irritan la piel y que se adaptan bien, utilizando los sujetadores especiales que existen en el mercado (ortopedia). Se pueden colocar en el momento que se han retirado los puntos de piel.
2. Prótesis de silicona: Se colocan a los 30 o 40 días, cuando el proceso de cicatrización ha terminado, salvo en pacientes con "colgajos" o que hayan sido tratadas con Radioterapia, se esperará hasta que la piel esté íntegra.

Las prótesis externas son suaves y flexibles, tienen una buena tolerancia cutánea, no producen alergias, tienen un tacto graso, en contacto con la piel adquieren rápidamente la temperatura corporal, resisten bien el calor y no se alteran en contacto con el agua, se secan rápidamente sin retener humedad. Las hay de diferente peso, tamaño y formas para adaptarse a la anatomía de cada mujer.<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Cáncer de mama esmas. com. Internet Microsoft.

Los cuidados de las prótesis son: no golpearlas, no exponerlas a temperaturas altas, lavarlas cada 4 o 5 días con jabón neutro y agua templada; y cambiarlas cada 2 o 3 años.

### **Prótesis internas para la reconstrucción mamaria**

1. Reconstrucción mediante el uso de "expansores tisulares". Esta técnica consiste en colocar, tras la intervención o posteriormente, un "expansor" subcutáneo en el lecho de la mastectomía. Es una prótesis hinchable que, mediante la solución de solución salina en su interior (pequeñas cantidades en diferentes tiempos) va aumentando de volumen y expandiendo los tejidos.
2. Prótesis definitivas internas de silicona. Estas tienen forma anatómica, y se pueden colocar en el hueco dejado por el expansor tisular

### **Reconstrucción con colgajos miocutáneos.**

- Reconstrucción mediante colgajo abdominal, del músculo recto del abdomen.
- Reconstrucción mamaria mediante colgajo, del músculo dorsal ancho del mismo lado.

### **La finalidad de las prótesis y de la reconstrucción mamaria es:**

- lograr un volumen en el lugar de la mastectomía.
- lograr una simetría en cuanto a su forma y posición. <sup>88</sup>

---

<sup>88</sup>Cáncer de mama esmas. com. Internet Microsoft.

## INSTRUMENTO DE VALORACION

Nombre: \_\_\_\_\_

No. exp.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Edo Civil \_\_\_\_\_

Dx. de ingreso: \_\_\_\_\_

Dx de Egreso \_\_\_\_\_

Días de estancia: \_\_\_\_\_

### 1.- Respirar

Ejercicios respiratorios \_\_\_\_\_ Humedad en la cabecera \_\_\_\_\_

Vigilar coloración de la piel \_\_\_\_\_ disnea \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

### 2.- Beber y comer

Autónomo \_\_\_\_\_ Dieta \_\_\_\_\_ Refrigerios \_\_\_\_\_ Especiales \_\_\_\_\_

Ayudar a comer \_\_\_\_\_ Ayudar a Beber \_\_\_\_\_ Cortar los alimentos \_\_\_\_\_

Balance de ingestión \_\_\_\_\_ Vigilar en las comidas \_\_\_\_\_ Utensilios

especiales \_\_\_\_\_ Reeduccion para comer \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

### 3.-Eliminar

Autónomo \_\_\_\_\_ Cuña \_\_\_\_\_ Retrete \_\_\_\_\_ Orinal \_\_\_\_\_ Pañal de

incontinencia \_\_\_\_\_ Balance de las excretas \_\_\_\_\_ Vigilancia de la Orina \_\_\_\_\_

De las heces \_\_\_\_\_ De las secreciones vaginales \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_.

### 4.- Moverse y mantener buena postura

Autónomo \_\_\_\_\_ Levantarse con ayuda \_\_\_\_\_ Ayudar a andar \_\_\_\_\_ Sentarse

en el sillón \_\_\_\_\_ Reposo en la cama \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_ Cambiar de

posición \_\_\_\_\_

Ejercicios físicos \_\_\_\_ Bastón \_\_\_\_ Muletas \_\_\_\_ Sillas de ruedas \_\_\_\_  
Vigilar al levantarse \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

### 5.- Dormir y descansar

Hábitos a mantener \_\_\_\_ Vigilar durante la noche \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

### 6.- Vestirse y desnudarse

Autónomo \_\_\_\_ Necesidad de ayuda \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

### 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Tomar la temperatura: Bucal \_\_\_\_ Rectal \_\_\_\_ Axilar \_\_\_\_ Poner una manta  
suplementaria \_\_\_\_ Poner calcetines al acostarse \_\_\_\_ Ventilador en la  
cabecera \_\_\_\_ Vigilar hipotermia \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

### 8.- Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos

Autónomo \_\_\_\_ Baño parcial \_\_\_\_ En la cama \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ D \_\_\_\_ L \_\_\_\_  
M \_\_\_\_ M \_\_\_\_ J \_\_\_\_ V \_\_\_\_ S \_\_\_\_ Lavarse el pelo: Día \_\_\_\_ Higiene de la boca: Autónomo  
\_\_\_\_ Cuidados de la boca \_\_\_\_ Mantenimiento de las prótesis dentales \_\_\_\_  
Auditivas \_\_\_\_ Barba \_\_\_\_ Uñas \_\_\_\_ Masaje \_\_\_\_ Vigilar enrojecimiento:  
Lugar/es: \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_.

### 9.-Evitar peligros

Alergias \_\_\_\_ Técnicas de aislamiento \_\_\_\_ Contusiones: Tipo \_\_\_\_  
Permanentes \_\_\_\_ De noche \_\_\_\_ Barandillas \_\_\_\_ Permanentes \_\_\_\_  
De noche \_\_\_\_ Vigilar: caídas \_\_\_\_ Fugas \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

### 10.- Comunicarse con los semejantes

Lengua hablada \_\_\_\_ Se comunica Verbalmente \_\_\_\_ Por gestos \_\_\_\_  
Con ayuda de una pizarra \_\_\_\_ Disartria \_\_\_\_ Vista: Ojo derecho Buena \_\_\_\_  
Limitada \_\_\_\_ Ojo izquierdo buena \_\_\_\_ Limitada \_\_\_\_ Poner \_\_\_\_  
Mantener \_\_\_\_ Gafas \_\_\_\_ Lentillas \_\_\_\_ Audición: Oído derecho \_\_\_\_  
Buena \_\_\_\_ Limitada \_\_\_\_ Oído izquierdo Buena \_\_\_\_ Limitada \_\_\_\_  
Poner \_\_\_\_ Mantener \_\_\_\_ Aparato Auditivo \_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_  
Derecho \_\_\_\_ Vigilar agresividad \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_.

### 11.-Actuar sobre sus propias creencias y valores



Religión \_\_\_\_\_ Prescripción o prohibiciones religiosas a respetar \_\_\_\_\_ Petición Especial \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_.

**12.- Preocuparse de la propia realización.**

Actividades a realizar \_\_\_\_\_ Taller \_\_\_\_\_ Salidas autorizadas \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**13.- Distraerse**

Actividades de grupo \_\_\_\_\_ Actividades a evitar \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**14.- Aprender**

Explicar \_\_\_\_\_ Establecer un plan de enseñanza sobre \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_