

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA: APLICADO A UNA
PACIENTE FEMENINA CON DIAGNÓSTICO DE MASTOPATIA
FIBROQUISTICA EN EL CENTRO ONCOLÓGICO ESTATAL ISSEMYM.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

LILIA SANDOVAL LEANA

No. DE CUENTA: 401119046

DIRECTOR ACADEMICO

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIERREZ

México

Marzo 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Introducción.

1. Objetivos.

2. Justificación

3. Metodología

4. Marco teórico

4.1. Proceso de Enfermería

4.1.1 Concepto.

4.1.2. Características

4.1.3. Etapas

4.1.4. Historia clínica de Enfermería

4.1.4.1. Resumen Clínico.

4.1.5 Diagnósticos.

4.1.6. Definiciones.

4.1.7. Finalidad.

4.1.8. Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería

4.1.9. Pasos para elaborar el Diagnóstico de Enfermería

4.1.10. Normas para describir Diagnósticos de enfermería:

4.1.11. Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA.

4.1.12. Lista de Diagnósticos de Enfermería.

4.1.13. Planeación

4.1.14. Ejecución

4.1.15. Evaluación

4.1.16. Conceptualización de un Modelo

4.1.17. Funciones de Enfermería

4.1.18. Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.

4.1.18.1. Aplicación del Modelo de V. Henderson.

4.2 Generalidades anatómicas de la glándula mamaria

4.3 Epidemiología.

4.4 Historia natural del cáncer de mama.

4.5 Patología mamaria.

4.5.1 Mastalgia

4.5.2 Tumor mamario

4.5.3 Tumores de mama más frecuentes

4.5.4 Descarga por el pezón

4.6 Manifestaciones clínicas.

4.7 Diagnóstico

4.8 Etapificación

4.9 Tratamiento.

4.10 Promoción de la salud

5. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

5.1 Etapa de valoración

5.1.1 Historia clínica médica

5.1.2 Valoración de Enfermería según Virginia Henderson

5.2 Etapa de diagnósticos de Enfermería

5.3 Etapa de planeación, ejecución y evaluación

6. Plan de Alta

Conclusiones y sugerencias

Bibliografía

INTRODUCCIÓN.

Por su frecuencia cada vez mayor, el cáncer de mama es actualmente uno de los principales problemas de salud de la mujer mayor de 40 años. El creciente aumento de la enfermedad se encuentra estrechamente relacionado con el envejecimiento y con una mayor prevalencia de los factores de riesgo en la población femenina¹.

En tan solo 15 años la tasa de mortalidad en el IMSS, se ha elevado de 7.8 en 1987 a 11.6 por 100 mil mujeres de 25 y mas años en 2002. Por otro lado, de acuerdo con el registro histopatológico de neoplasias, en 1998 se diagnosticaron en nuestros hospitales 3,384 casos, cifra que ascendió a 4,004 en el año 2000, representando el 41.5% de todos los casos de cáncer de mama en el país².

Un problema de salud en incremento y con alto impacto requiere de una respuesta de la sociedad en su conjunto, por lo que es necesario reforzar la educación y la participación de la mujer en el cuidado de su salud, para que se efectúe la autoexploración y acuda a su unidad a realizarse la detección. Los servicios de salud debemos responder proporcionando una atención oportuna y de calidad en la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Lo anterior involucra la participación de un equipo de salud multidisciplinario, la coordinación permanente de los tres niveles y la uniformidad en los criterios de manejo médico, actualizados, y acordes con el desarrollo tecnológico. Con estas acciones lograremos disminuir la mortalidad asociada a los tratamientos sistémicos, evitar los daños psicológicos vinculados a terapias radicales, abatir los costos de tratamiento y disminuir la mortalidad³.

El proceso de Enfermería: es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería individualizados de acuerdo al enfoque básico de cada persona o grupo de personas, responde de forma distinta ante una alteración real (padece) o potencial (presenta).

Este proceso de Enfermería cuenta con cinco etapas:

- Valoración: Recopilación de la información (datos)
- Diagnóstico: Análisis de los datos para identificar problemas/ diagnósticos de Enfermería
- Planificación: Elaboración de un plan de acción.
- Ejecución: Llevar a cabo el plan de acción.
- Evaluación: Evaluar los resultados del plan.

El presente *Proceso de Atención de Enfermería* se aplica a una mujer con Mastopatía Fibroquistica en el **Centro Oncológico Estatal ISSEMYM** y consiste en siete apartados de la siguiente forma:

1. El primero, en el que se exponen los objetivos de aprendizaje así como los del caso clínico
2. En el segundo, se plantea la justificación, el por qué.
3. En el tercero, se detalla la metodología que se utilizará para la elaboración del proyecto que dará origen al Proceso Atención de Enfermería.

¹ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 1

² Ídem.

³ Ídem.

4. En el cuarto, precisa el Modelo de Virginia Henderson, con su definición, se especifican elementos del Proceso de Enfermería, hasta llegar al método del cuidado; para el cual, se incluyen sus cinco etapas: Valoración de las necesidades, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación. Las generalidades de la glándula mamaria y todo lo relacionado con el cáncer de mama.
5. En el quinto, se enuncia la Historia Clínica de Enfermería y se utiliza la propuesta de Virginia Henderson. Se elabora el Plan de Cuidados, con los requisitos: Diagnósticos De Enfermería, Objetivos, Necesidades, Intervenciones de Enfermería, de acuerdo a una fundamentación Científica y Evaluación.
6. En el sexto, se basa en el Plan de alta, como un proceso sistemático de valoración, de preparación y de coordinación con otros profesionales, se incluyen las acciones multidisciplinarias, enfocadas a una Mastopatía Fibroquística.

Finalmente se plantean las conclusiones de la experiencia de elaborar este Proceso de Enfermería y las fuentes bibliográficas, que sirvieron de sustento para el mismo.

1. OBJETIVOS.

1.1. OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería en el *Centro Oncológico Estatal ISSEMYM*, a una paciente del sexo femenino con diagnóstico de Mastopatía Fibroquística en el servicio de Atención Médica Continua de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

1 .2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Brindar cuidado integral a la Sra.: LLS, con diagnóstico de Mastopatía Fibroquística para proporcionar mejor calidad de vida en el menor tiempo posible.
- 2 Proporcionar atención de Enfermería con calidad humana, así como canalizarla al servicio de psicología
- 3 Indicar a la paciente los factores que pueden ocasionar exacerbación de la sintomatología.
- 4 Indicarle a la paciente la importancia de seguir el tratamiento y no perder sus citas médicas.
- 5 Orientar a la paciente sobre la técnica de autoexploración mamaria, haciendo énfasis sobre los hallazgos anormales.

2. JUSTIFICACIÓN

El presente *Proceso de Atención de Enfermería*, ofrecerá beneficios para el profesional de Enfermería como para la paciente con diagnóstico de Mastopatía Fibroquística y estará basado en el conocimiento científico, el cual, sistematizado, se reflejará, en la aplicación de un plan de cuidados profesionales de Enfermería de calidad y eficiencia.

Esta investigación, pretende para la disciplina de Enfermería, ser una herramienta, donde se integre; el Proceso Enseñanza – aprendizaje, mediante la interpretación, análisis y reflexión de la teoría de Virginia Henderson, por lo trascendental y su alto impacto en Enfermería .

Además de su base humanística, para ejercer, una práctica de Enfermería profesional, la docencia , la investigación y desarrollar habilidades cognitivo – afectivas y con enfoque holístico del cuidado, el cual se centra en la respuesta humana así como también en los aspectos psicológicos y sociales del individuo.

Asimismo se busca cumplir, con el objetivo de la formación profesional y perfil, de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, el cual, desarrolla habilidades diagnósticas y terapéuticas dirigidas a la salud y a los cuidados de Enfermería en las diferentes etapas de la reproducción con enfoque de riesgo.

Finalmente se realizará el presente Proceso de Atención de Enfermería con fines de titulación.

3. METODOLOGÍA

Para poder realizar este Proceso de Atención de Enfermería nos apoyamos en la teoría de Virginia Henderson, la cual establece una serie de conceptos que permiten al gremio de Enfermería ubicar a cada situación de la práctica, los elementos del paradigma que son: persona, salud, entorno y enfermería; que nos ubica para hablar del proceso atención de Enfermería aplicando las 14 necesidades.

También fue necesario asistir a diversas asesorías para revisiones periódicas con el profesor Armando Ortega Gutiérrez, tomando como paciente a doña: LLS con diagnóstico de Mastopatía Fibroquística en el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM, en el servicio de Atención Médica Continua, en Enero del 2006.

PRIMERA ETAPA:

VALORACION: Primera etapa del proceso de Enfermería, que incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de Enfermería.

La información se puede obtener por diferentes fuentes: las más comunes son la recolección de datos a través de la interrogación a través de la entrevista con el pacientes y/o familiares, y la exploración física.

SEGUNDA ETAPA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Durante esta etapa se deben de ordenar todos los datos para la identificación de los problemas y /o necesidades que serán la base para la planeación de los cuidados.

Se tomará el Modelo de Virginia Henderson para la detección de necesidades y la clasificación autorizada de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) para sustentar los diagnósticos de Enfermería, así mismo se elaborarán diagnósticos de Enfermería a partir también del formato PES (Problema, Etiología y Signos y Síntomas).

TERCERA ETAPA:

PLANEACION: Esta fase comienza con el diagnóstico de Enfermería que se efectúa recabando y evaluando datos. Una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de Enfermería. Consiste en la elaboración de Objetivos que deben ser claros y bien delimitados en tiempo y espacio.

CUARTA ETAPA:

EJECUCION: Es la aplicación real de la atención de Enfermería, esto será a través de cuidados y /o tratamientos. Implica llevar a cabo las prescripciones médicas, rutinas del servicio, así como, ejecutar las prescripciones de Enfermería (las prescripciones de Enfermería son las actividades de Enfermería identificadas en el plan de cuidados).

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Consiste en los conocimientos científicos que deben respaldar el cuidado de Enfermería.

QUINTA ETAPA:

EVALUACION: Es uno de los pasos principales en el proceso, por que se juzgan los objetivos y el grado en que han sido alcanzados, el grado de éxito del plan de atención de Enfermería prescrito y los actos de Enfermería subsiguientes.

VALORACIÓN CON NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON, SON:

- 1° .- Respirar con normalidad.
- 2° .- Comer y beber adecuadamente.
- 3° .- Eliminar los desechos del organismo.
- 4° .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5° .- Descansar y dormir.
- 6° .- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7° .- Mantener la temperatura corporal.
- 8° .- Mantener la higiene corporal.
- 9° .- Evitar los peligros del entorno.
- 10° .- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
- 11° .- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12° .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13° .- Participar en todas las formas de recreación y ocio
- 14° .- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

4. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

Desde los tiempos de Florencia Nightingale que escribió en 1858 que el objetivo real de la Enfermera era “Poner al paciente en el mejor estado para que la naturaleza actué sobre él”, quería que el paciente se sintiera lo mas cómodo posible y conseguir las metas de la mejor forma a fin de hacer eficaz el tratamiento del medico.

Desde aquella época ha habido una serie de factores que han cambiado el campo del ejercicio de la Enfermería, incluyendo cambios políticos, sociales, tecnológicos, científicos, educativos, etc. y durante esta evolución las necesidades del paciente han seguido siendo el centro de atención de la Enfermera.

“Diversas materias han evolucionado para cubrir las necesidades del paciente (fisioterapia, Asistencia social, Dietética). El papel de la Enfermera en la ejecución de estas labores auxiliares ha pasado de ser proveedora a ser coordinadora”⁴

Gracias a ello ahora puede concentrar lo esencial de sus conocimientos específicos de Enfermería para resolver los problemas del paciente, y el método por el que se logra esto es el Proceso de Enfermería.

4.1.1 CONCEPTO

Antes de utilizar el proceso de Enfermería, se usó el método de solución de problemas. A mediados del presente siglo se identificó la necesidad de un proceso clínico que le diera direccionalidad específica al cuidado de Enfermería. Éste como un instrumento, herramienta o método para la práctica, fue presentado en el año 1961 por Orlando. Ha sido el modelo predominante en la clínica de Enfermería desde hace veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de Enfermería.

Es el método por el cual se logra que el profesional de Enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de estos. Por medio del proceso de Enfermería, entonces se aplican las bases teóricas al ejercicio de la Enfermería; pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión y exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de Enfermería.⁵

Ninguna de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución o evaluación) es ajena a las demás, por el contrario se alimentan continuamente. Éstas permiten la humanización e integralidad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses e ideales del usuario y de sus personas significativas. El proceso de Enfermería se interesa por la eficiencia de los cuidados, y la satisfacción y el progreso del paciente.

⁴ IYER Patricia,W. Et. Al. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Interamericana- Mc Graw-Hill. México, 1989, p.1

⁵ Iyer P. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid: Editorial Interamericana, 1986:1-30.

Según Aura y Gualas, el proceso de Enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación dirigidas a cumplir el objetivo de la Enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; y si este estado se alterara, promover, entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de Enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, al aumentar, lo máximo, sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.⁶

4.1.2. CARACTERÍSTICAS

El proceso de Enfermería tiene seis características, es 1) sistemático, 2) dinámico, 3) interactivo, 4) flexible, 5) posee una base teórica y 6) tiene una finalidad.

Es *sistemático* porque permite la organización del trabajo, lo cual evita los problemas que conllevan la intuición o el uso y la costumbre, y así brindar cuidados con calidad y orientados al logro de objetivos.

Es *dinámico* porque evoluciona según las respuestas del paciente, lo que amerita un cambio continuo e *interactivo*, pues se da una influencia recíproca paciente-profesional de enfermería que parte de la información que el primero suministra y de la participación que le brinda el segundo al validar con él los diagnósticos de Enfermería y los objetivos por alcanzar.

La *flexibilidad* del proceso queda demostrada si se analizan dos contextos; el primero en que se puede adaptar al ejercicio de la Enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades; y el segundo sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

El proceso de Enfermería exige *fundamentación teórica*, quinto punto, que parte de numerosos conocimientos (ciencias básicas, sociales y humanas) y se puede aplicar con la orientación de 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.

Por otra parte, la aplicación del proceso de Enfermería tiene repercusiones en la profesión, el enfermo y el profesional de Enfermería. Además, permite sistematizar el campo de actuación del profesional de Enfermería y definir su papel ante los usuarios del servicio y otros profesionales sanitarios, pues se trascienden las funciones dependientes e interdependientes. Además, adoptar un método de trabajo unificado permite el establecimiento de normas y la realización de estudios sobre el campo del saber y del hacer en la profesión de enfermería y permite hacer auditoría mediante el examen de los cuidados de Enfermería proporcionados y su comparación con los estándares o normas.

El proceso de Enfermería resulta benéfico para el paciente y su familia, porque los estimula a participar activamente en éste, al involucrarlos en sus diferentes fases. Proporciona los datos de la evaluación, participa en la elaboración de los diagnósticos aceptándolos o no, comprueba el cumplimiento de los objetivos y da las respuestas que van a evaluarse. Así mismo, el plan de cuidados escrito en el registro fomenta la continuidad de los cuidados, lo que crea un ambiente seguro y terapéutico.

⁶ Op. Cit. Pág. 42

También aumenta la satisfacción en el trabajo y potencia la excelencia del profesional; estimula la creatividad y las innovaciones a la hora de solucionar los problemas generados en el cuidado de Enfermería, y el desarrollo de habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas; e incrementa la capacidad para la observación precisa de las respuestas del paciente y la realización de las acciones pertinentes.

El proceso de Enfermería hace aportes a la investigación relacionados con la validación de diagnósticos existentes, la identificación de diagnósticos aún no bien definidos, y definir conductas o acciones de enfermería que hagan parte de los planes estandarizados, entre otros.

En la educación formal de profesionales de Enfermería, el proceso es un instrumento ideal para orientar los trabajos en la experiencia clínica, organizar el plan de estudios y los contenidos de las asignaturas profesionales.

El profesional de Enfermería puede ofrecer a las entidades que lo contratan valoración integral de respuestas humanas a la salud y a la enfermedad, diagnóstico de problemas de Enfermería que pueden ser solucionados con acciones de su campo, planes de intervención para los problemas detectados y auditoría del cuidado que ofrecen.

Así mismo, poder clarificar el aporte específico que hace en la prestación de los servicios sanitarios, le permite no sólo diferenciarse de otros profesionales sino dar un respaldo y un crédito de la calidad de los servicios que ofrece.

Si se parte de los conceptos sobre los diferentes métodos de trabajo y el proceso de Enfermería y de la reflexión (con una mirada sobre la experiencia en la práctica docente y del cuidado) es necesario buscar referentes que apunten a dar una respuesta al dilema si aplicar o no el proceso de Enfermería.

Es necesario que el profesional de Enfermería organice sus conocimientos y su pensamiento para llevar a cabo las acciones que requieren el cuidado de los usuarios. Si no se opta por el proceso de Enfermería que en la actualidad se dispone, deberá buscarse otro instrumento de trabajo que le permita un método lógico y racional. Pero adoptar el proceso de Enfermería, y no otro, permite intercambiar experiencias con profesionales de Enfermería de otras latitudes, poner a prueba los resultados logrados a través de trabajos de investigación y hacer comparaciones, lo cual es posible si se comparte un lenguaje universal.

Uno de los aspectos que se señalan como obstáculo para su aplicación es el escaso número de profesionales de Enfermería; sin embargo, es necesario buscar estrategias para mejorar la infraestructura de los servicios no solamente dotándolos de personal de Enfermería en las cantidades y calidades que exige el cuidado de la salud, sino con el complemento de registros adecuados al proceso y el diseño de protocolos de atención de Enfermería. También se hace necesario un cambio de actitud de los profesionales de Enfermería frente a su ejercicio profesional.⁷

⁷ B.C. LONG/ W.S. Phipp. "Enfermería Medicoquirúrgica". 2ª. Edición. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pág. 12.

4.1.3. ETAPAS

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituye el Proceso Atención de Enfermería.

Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

Tales etapas aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de Enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El Proceso de Enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la etapa de valoración se genera por un lado, la recogida de datos el análisis e interpretación de los mismos para determinar las necesidades del paciente y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y evaluación global ⁸

Valoración

La valoración la conforman:

- La Observación.
- La Entrevista de Enfermería.
- La Historia Clínica de Enfermería.
- El Diagnóstico de Enfermería.
- El Resumen Clínico.

La valoración de Enfermería es un método sistemático que recolecta determinados datos acerca del paciente y que sigue un esquema.

a) Valoración inicial:

Los datos del paciente los obtiene el personal de Enfermería cuando este ingresa por primera vez a un hospital facilitando la planificación de cuidados de Enfermería.

b) Valoración progresiva:

La valoración se debe a un proceso continuo y en consecuencia no debe terminar con los datos recogidos al ingreso del paciente.

Tan importante es un enfoque planificado y organizado para la valoración progresiva como para la valoración inicial ⁹

⁸ "ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA ". Volumen I. Pág. 3-4.

B.C. LONG/ W.J. Phipp. Op.cit. pág. 14-15.

⁹ B.C. LONG/ W.J. Phipp. Op.cit. pág. 14-15.

La etapa inicial del proceso de Enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como toda fuente de información disponible, se pretende realizar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Se intenta investigar tanto como sea posible, sobre el paciente su familia y su entorno a fin de poder identificar sus necesidades problemas y preocupaciones.

La Observación

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la Enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de color y material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de observación, es de vital importancia para la Enfermera, escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos, sofocación, jadeo, sollozos, pueden indicar que el paciente está angustiado. El oído es también de gran ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales.

A través del tacto puede determinarse el tamaño, la forma y textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad debajo de un vendaje.¹⁰

La observación es esencial para planear los cuidados de Enfermería, pero no es adecuado por sí misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es única obligación, la Enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria, debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

La observación del paciente es más completa si se hace en forma ordenada, un estudio ordenada de pies a cabeza puede ser útil, pero tiende a incluir solo aspectos físicos.

a) Datos objetivos:

Son los detectados directamente por el personal de Enfermería.

b) Datos subjetivos:

Son los facilitados por el paciente y dignos de toda consideración.

La recogida de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección clasificación, puesto que toda la información recabada, incluye la subjetividad, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participa en la atención del paciente¹¹

¹⁰ GARCIA ALBARRAN Y MATA CORTES. "El Proceso Atención de Enfermería". Antología UNAM. Enero, 1996. Pág. 26-28.

¹¹ Enciclopedia de la Enfermería. Volumen I. Pág. 4.

Entrevista:

La entrevista es una técnica observacional, es un método que permite acercarse a las personas a través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin.

La entrevista de Enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sentimientos y los hechos que permitan identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

Se enfoca al paciente y lo estimula a que reconozca sus necesidades y metas; con esto la Enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución a sus propias necesidades.

La información obtenida se integra en un plan de cuidados de Enfermería ¹².
Es necesario conceder el tiempo necesario, a fin de identificar sus necesidades de salud.

La Enfermera debe informar el progreso en cuanto a los objetivos y anotar los resultados de la entrevista pertinentes en los registros de salud tan pronto como sea posible.

Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad y no deben de ser tan formales que parezca una actitud impersonal.

Así la entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés, pero también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándolo a expresar sus sentimientos y preocupaciones.

Existen fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:

- a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente (datos indispensable en ciertos servicios como pediatría, psiquiatría y urgencias).
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de los demás miembros de salud.
- d) Material bibliográfico.

La recogida de datos debe ser continua mientras persiste la relación con el paciente. ¹³

4.1.4. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

La historia clínica de Enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente para planear y ejecutar los cuidados de Enfermería.

El formato de la historia clínica de Enfermería suele ser diseñada por un comité de la institución.

Los miembros que seleccionan, las áreas tales como aspectos físicos, sociales y culturales también determinan las categorías de la información dentro de estas áreas que son necesarias para dar un cuidado de Enfermería individualizado que se encuentra en determinada situación.

¹² Ibidem Garcia pág. 47

¹³ Ibidem Enc. de la Enf. Volumen I. Pág. 5-6.

La historia clínica deberá adaptarse a cada una de las unidades del individuo, la información que se necesita para brindar un cuidado individualizado, es diferente en una sala de maternidad o una unidad de cuidados intensivos.

El paciente y su familia son fuente primordial de información, al entrevistarse la Enfermera puede conocer lo que el paciente sabe de su Enfermedad, sus pensamientos, sentimientos acerca de la actividad diaria habitual y sus relaciones con la familia y amigos.¹⁴

4.1.4.1. Resumen Clínico.

En el resumen clínico se recopila la información del paciente en forma sintetizada que incluye lo siguiente: la historia clínica, exploración física, el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico médico, también incluye información de los estudios de diagnóstico, interconsultas, procedimientos quirúrgicos y tratamiento del paciente.

4.1.5 . DIAGNOSTICOS

Diagnostico: Estudio cuidadoso de algo con el fin de determinar su naturaleza.

Inicios del diagnóstico de Enfermería.

La investigación para definir la Enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nightingale quien describe el propósito de Enfermería como:
“Pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre el “.

El término diagnóstico de Enfermería fue introducido en 1953 por V. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados durante los 20 años siguientes las referencias al diagnóstico de Enfermería aparecen de forma esporádica en la literatura.

Sin embargo desde 1973 que se convocó la primera reunión del Grupo Nacional para el Diagnóstico de Enfermería.

Funciones que realiza el comité nacional desde 1973

- 1.- Recoger información y difundirla por medio del centro distribuidor de información sobre el Diagnóstico de Enfermería.
- 2.- Promover las actividades educativas a nivel regional y estatal para fomentar la implantación del Diagnóstico de Enfermería por medio de conferencias y seminarios.
- 3.- Promover y organizar actividades para continuar con el desarrollo clasificación y comprobación científica del Diagnóstico de Enfermería.

4.1.6. DEFINICIONES:

- 1.- Una función independiente de la Enfermería, una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones (Bircher).

¹⁴ Ibidem García pág. 33-35

- 2.- Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las Enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar, (Muritz).¹⁵
- 3.- Un diagnóstico de Enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o un grupo que la Enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de Enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir eliminar o prevenir alteraciones ¹⁶

Importancia del diagnóstico de Enfermería en diferentes áreas.

El diagnóstico de Enfermería debido a su incidencia en la práctica clínica parece que ha motivado a las Enfermeras ha investigar por lo que desde 1980 las investigaciones sobre diagnóstico han aumentado considerablemente.

También en las escuelas se ha estado exigiendo que los estudiantes piensen de forma crítica, antes de asumir simplemente que porque un cliente tiene un determinado diagnóstico médico, y que acciones de Enfermería son necesarios.

El uso del Diagnóstico de Enfermería permite a la Enfermera ir más allá del modelo médico, e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionados con el Diagnóstico médico, las Enfermeras pueden asumir más completamente su rol diferenciado como administradores de cuidados de salud.

Los diagnósticos de Enfermería proporcionan un método para describir el estado de salud de un cliente de forma clara y concisa para facilitar la comunicación y el reconocimiento.

Las dificultades para formular el diagnóstico se reducirá en gran parte si la Enfermera utiliza las listas de diagnóstico de Enfermería de la NANDA para la mayoría de sus enunciados diagnósticos.

El uso de diagnósticos de Enfermería puede estimular a las Enfermeras a explorar patrones de interacción que antes se pasaban por alto o eran desconocidos y a dirigirse a todas las necesidades humanas de los individuos con la esperanza de que la Enfermera y sobre todo el paciente obtendrá la recompensa ¹⁷

4.1.7. FINALIDAD

Determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan.

Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, plantear los cuidados más oportunos.

La precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto de equipo sanitario.

¹⁵ **CARPENITO, Manuel. "Manual de diagnóstico de enfermería". 4ª. Edición. Editorial Interamericana. Madrid 1993. Pág. 9-11.**

¹⁶ Op. Cit. pág. 12

¹⁷ **Ibidem CARPENITO, Manuel. ... Pág. 24-25.**

En esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano.

De este modo puede determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y potenciales, aparentes y no aparentes.

Para ello hay que considerar atentamente: hechos, comportamientos, signos y síntomas, determinar el grado de autonomía del paciente, indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo, establecer prioridades y prevenir posibles consecuencias.

Se debe tener en cuenta en todo cambio desfavorable en la situación de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual), que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formación de diagnósticos de Enfermería.¹⁸

Problema interdependiente

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisio-patológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

4.1.8. CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

a) Diagnóstico real:

Es el enunciado que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia, es decir, están presentes los signos y síntomas.

b) Diagnóstico potencial:

Es el que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

c) Diagnóstico posible:

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.¹⁹

Componentes de los Diagnósticos.

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

- 1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.
- 2.- Definición.
- 3.- Características definitorias.
- 4.- Factores relacionados.

1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.

Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema. p.e. alteración en el mantenimiento de la salud o impotencia.

¹⁸ Ibidem Enc. Enf. Volumen 1. Pág. 6-7.

¹⁹ GARCIA. Ma. de Jesús. "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson". Editorial Progreso, S.A. 1997. Pág. 31-33.

2.- *Definición.*

Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas. p. ejm. Alteración en el mantenimiento de la salud se define como Incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud²⁰.

3.- *Características definitorias.*

Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

Estas están clasificadas en mayores y menores, de acuerdo con la NANDA, las primeras son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presentes entre un 80 y un 100% de los casos investigados. Las segundas están presentes entre el 50 y 79 % de los casos estudiados y podrían considerarse como elementos adicionales que ayudan a la ratificación de la presencia del diagnóstico.

4.- *Factores relacionados.*

Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales pueden ser descritos como:

1. Antecedente de
2. Asociado con
3. Relacionado con
4. Contribuyente a
5. Provocado

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL no existen características definitorias y los factores relacionados se les denomina FACTORES DE RIESGO.

Bases para la formulación de diagnósticos.

Teniendo en cuenta los diferentes tipos o clases de diagnósticos descritos, existen distintas formas de enunciarlos:

1.- Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un *Diagnóstico Real*, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definitorias mayores y menores observadas.

2.- Si el Diagnóstico identificado se define como un *diagnóstico potencial*, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <potencial> y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.

²⁰ Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 42-43.

3.- En el caso de que consideremos un *diagnóstico posible* la forma correcta de redactarlo sería anotando el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <posible> y relacionado con la etiología como factor relacionado contribuyente²¹.

4.1.9. PASOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Análisis de datos:

En el análisis de datos es importante tener presente las características o cifras consideradas como normales, en lo que se refiere al funcionamiento del organismo, como a las respuestas del paciente y su familia a las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto le ayudará a identificar si está presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud (signos de dependencia).

2.- Identificación de problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería:

- a) Estudie la información que tiene y una los datos que tengan relación entre sí.
- b) Si identifica signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre ellos, hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.
- c) Nombre el problema, utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta el paciente.

3.- Identificación de problemas interdependientes:

La utilidad de identificar los problemas interdependientes está en que se pueden prevenir complicaciones, porque este tipo de problemas que a la enfermera le corresponde identificar son potenciales.

4.- Identificación de capacidades:

- a) Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos y costumbres saludables.
- b) Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- c) Los recursos de la comunidad que utiliza o pueden utilizar.
- d) Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario.

4.1.10. NORMAS PARA DESCRIBIR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- 1.- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas más que las necesidades.
- 2.- Utilizar “relacionado/a, con. “
- 3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- 4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valores.
- 5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- 6.- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- 7.- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- 8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.

²¹ Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pág. 41-58.

- 9.- Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuaciones de Enfermería.
- 10.- El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de Enfermería²²

Problema de Salud.	Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con.
Etiología	Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones
Manifestado por	No recibir orientación adecuada de planificación familiar ²³

|4.1.11. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA APROBADOS POR LA NANDA.

Los diagnósticos de Enfermería formulados, aprobados y revisados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), se organizan como en la clasificación conocida como taxonomía I revisada.

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.²⁴

²² Ibidem. Carpenito Pág. 36.

²³ Ibidem GARCIA, Ma. De Jesús. Pág. 37.

²⁴ Ibidem Enc. Enf. Tomo I. Pág. 11-76.

4.1.12. LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Diagnósticos de Enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la decima conferencia, ordenados según las Catorce Necesidades Fundamentales.

01. RESPIRAR.

- Deterioro en el intercambio gaseoso.
- Incapacidad para mantener la respiración espontánea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Potencial de asfixia.
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

02. ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

- Alteración de la nutrición: por defecto .
- Alteración de la nutrición: por exceso.
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Déficit potencial de volumen de líquidos.
- Deterioro de la deglución.
- Exceso del volumen de líquidos.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Lactancia materna ineficaz.
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante.
- Potencial de aspiración.

03. ELIMINAR.

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit de autocuidado: uso W.C.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Estreñimiento crónico.
- Estreñimiento subjetivo.
- Incontinencia fecal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Incontinencia urinaria refleja.
- Incontinencia urinaria total.
- Retención urinaria.

04. MOVERSE.

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Deterioro de la movilidad física.

- Disminución del gasto cardíaco.

05. DORMIR Y REPOSAR

- Alteración del patrón del sueño.
- Fatiga.
- Intolerancia a la incapacidad.
- Potencial intolerancia a la actividad.

06. VESTIRSE Y DESNUDARSE.

- Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

07.-MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES NORMALES

- Alteración potencial de la temperatura corporal.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Termorregulación ineficaz.

08. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

- Alteración de la membrana mucosa oral.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad hística.
- Deterioro potencial de la integridad cutánea.

09. EVITAR PELIGROS.

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Alto riesgo de automutilación.
- Ansiedad.
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia.
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- No seguimiento del tratamiento)especificar.
- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.
- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de violación.
- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

10.- COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

- Alteración de los procesos familiares.
- Afrontamiento familiar inafectivo: comprometido.
- Afrontamiento familiar inafectivo: incapacitante.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- Aislamiento social.
- Alteraciones sensoriperceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativos).
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la comunicación social.
- Síndrome de estrés del traslado.

11. ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES.

- Desesperanza.
- Impotencia.
- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

12. PREOCUPARSE POR SER ÚTIL Y POR REALIZARSE.

- Alteración del crecimiento, desarrollo.
- Alteración de los patrones de la sexualidad.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Alteración parenteral.
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Conductas generadoras de salud (especificar).
- Conflicto de decisiones (especificar).
- Conflicto del rol parenteral.
- Dificultad en el mantenimiento de la salud.
- Dificultad en el mantenimiento del hogar.
- Disfunción sexual.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
- Potencial de alteración parenteral.

13. RECREARSE.

- Déficit de actividades recreativas.

14. APRENDER.

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Déficit de conocimiento (especificar)²⁵.

²⁵ Phaneuf, Margor inf. M:A: CUIDADOS DE ENFERMERÍA, Un proceso de atención de enfermería. Primera edición 1993, editorial Interamericana McGraw-Hill; 93-102.

4.1.13. PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso de Enfermería, se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de Enfermería²⁶

La fase de planeación de cuidados es una etapa fundamental en el proceso de Enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecuencia.

En esta fase se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los problemas identificados previamente.

Es una etapa orientada a la acción ya, que se trata de establecer un plan de actuación y de terminar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptar en el curso de todo proceso de Enfermería.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas debe ceñirse a los problemas indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planeación más detallada; en aquellas ocasiones que se impone actuar sin dilación, la planeación global se postergará al momento que cuente con todos los requisitos indispensables .²⁷

Establecimiento de prioridades y objetivos.

La fase de planeación requiere el establecimiento de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raras.

Cuando ya se establecen prioridades se establecen objetivos que deben perseguir los cuidados de Enfermería para resolver los problemas del paciente y suplir aquellos factores que el no puede llevar a cabo por si mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problemas de dependencia.

Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza de índoles psicomotriz, cognitivo afectivo, etc., pueden tratarse de objetivos a corto, mediano y largo plazo, así como circunstanciales o permanentes, según sean las características de cada caso.

Estableciendo el orden de prioridades, se determina con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

Se contemplan las acciones que tendrán que realizar el personal de Enfermería para conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que realiza el enfermo y sus familiares; asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en intento de lograr la mayor independencia del enfermo²⁸

²⁶ ALFARO, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería". Segunda edición, Doyma,. S.A. Barcelona, España. 1992.

Pág. 6.

²⁷ Ibidem Enc. de la Enf. Tomo I. Pág. 8.

²⁸ Ibidem Alfaro pág. 24

4.1.14. EJECUCIÓN

Cuarta etapa del proceso de Enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.²⁹ Esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

En tales actuaciones, dependiendo de cada situación puede intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de Enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. De todos modos, aún cuando en un primer tiempo los cuidados planificados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de Enfermería; a medida que se produzca una evolución positiva se intentará que la responsabilidad pase progresivamente al paciente, de este modo irá adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el personal de Enfermería.

En esta fase la relación Enfermera paciente adquiere su máxima significación, no sólo se debe atender a la resolución de los problemas de salud concretas sino que también resulta fundamental poner atención a sus dimensiones como persona, incluyendo sus preocupaciones temores y ansiedades.

La comunicación entre el personal de Enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Debe explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecutar las rutinas del hospital, las explicaciones y tratamientos a que debe someterse. En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades).³⁰

4.1.15. EVALUACIÓN

Quinta etapa del proceso de Enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

La última fase del proceso de Enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

Las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o inesperadas, obligando a una evaluación constante que permite modificar el plan de cuidados en beneficio del enfermo.

Es una etapa compleja, dado que debe juzgar diversos elementos y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades.

²⁹ Ibidem Alfaro pág. 38

³⁰ Ibidem Iyer pág. 38

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso en desarrollo.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.³¹

Así se completa un proceso cíclico y continuo poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de Enfermería.

4.1.16. CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO

Antecedentes

En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de Enfermería docentes de facultades y universidades, así como el personal que trabaja en servicio en los hospitales de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de los modelos conceptuales de Enfermería.

Este fenómeno significa para Enfermería, un avance muy importante dado que ya se han tenido experiencia, en la comprensión y aplicación del proceso de Enfermería.

Así mismo ha sido relevante el esfuerzo de muchas Enfermeras por determinar la meta o función específica de Enfermería.

Este esfuerzo ha llevado a que se acepte cada vez más ampliamente que existen funciones independientes, que la Enfermera puede ejercer por si misma (incluido el diagnóstico y tratamiento), además de las funciones delegadas por el médico, que tradicionalmente ha venido ejecutando.

4.1.17. FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Independientes:

Las que la Enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento.

Interdependientes:

Son las que desarrolla mediante una labor de equipo.

Dependientes:

Son las actividades que la Enfermera desarrolla de acuerdo a las órdenes medicas.

De igual manera se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de Enfermería, contribuye en gran manera, para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la Enfermería³²

Modelo conceptual para Enfermería

³¹ Ibidem Alfaro Pág . 6

³² Ibidem García, Pág. 48

Concepto de modelo:

El modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad.

Clasificación:

1.- Modelos Empíricos:

Son una representación de la realidad, (ej. Corazón de plástico).

2.- Modelos Teóricos:

Son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

3.- Modelo de Enfermería:

Es un conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Generalmente se admite, que el trabajo de Enfermería se debe centrar en las respuestas del paciente, ya sea en estado potencial de pérdida de la salud o en estado real de enfermedad.

La percepción de que cada individuo tenga de sus problemas de salud y el afrontamiento que presente a éstos, así como el apoyo que recibe de su familia, bien conocidos y registrados por la enfermera, de acuerdo con un determinado modelo conceptual, servirán de guía para proporcionar un cuidado individual e integral.

No obstante que, algunos modelos de Enfermería son conocidos y llevados a la práctica, desde hace varias décadas, no se les identificaba con esa categoría.

Es cierto que se ha generalizado el concepto de que el ser humano, es una unidad con necesidad bio-psico-social y espiritual.

Que forma parte de una familia y de una comunidad y que, el entorno en que desarrolla sus actividades es muy significativo para la conservación de su salud.

Así mismo, se acepta que en toda persona se da una jerarquía de necesidades pero que éstas se perciben y manifiestan de manera distinta en cada individuo y se modifican por las condiciones del medio. La misma persona por su capacidad de discernir, elegir y decidir, puede afrontar las exigencias que la situación le está pidiendo modificando su comportamiento y ambiente.

Está claro que la aceptación de aplicar un modelo conceptual de Enfermería por parte de las Enfermeras clínicas, las compromete a desarrollar su trabajo en una forma más profesional.

La Enfermera clínica, docente y estudiante deben saber que un modelo de Enfermería: es una guía para la práctica de Enfermería, además de que, clasifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.³³

³³ Ibidem García Pág. 24

4.1.18. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson fue una Enfermera norteamericana nació en 1897, desarrolló su interés por Enfermería durante la primera guerra mundial.

En los años ´60 se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harmer, “Tratado de Enfermería Teórico y Práctico”.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de la Enfermería humanista, por que considera a la profesión como un arte y una ciencia.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la Enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y practicas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las Enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre Enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las Enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial –para ella- no se podían establecer los principios y la practica de la profesión.

V. HENDERSON trabaja exclusivamente el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría parecer que los diagnósticos de la NANDA relativos al funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente al grupo familiar como persona individual, si puede ser trabajado desde el punto de vista de la autora, aun cuando la repercusión –positiva o negativa- de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia.

Para Henderson la única función de la Enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible³⁴.

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

PERSONA.

Necesidades Básicas.

SALUD.

Independencia.

³⁴ Carmen Fernández Ferrín; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 1-10.

Dependencia.
Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFESIONAL.

Cuidados Básicos de enfermería.
Relación con el equipo de salud.

ENTORNO.

Factores ambientales.
Factores socioculturales.

Explicación de los supuestos principios del modelo conceptual de Henderson.
SUPUESTOS:

“Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud”.

Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más concientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser biopsicosocial), que requiere satisfacer necesidades fundamentales. Maslow ubica las necesidades fisiológicas en primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas”.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”.

a) Valores:

“La Enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La Enfermera que orienta su práctica, según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.

“Cuando la Enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”.

La Enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

La sociedad busca y espera este servicio, de la Enfermería y ningún otro trabajador es capaz de ofrecerlo como la Enfermera, debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicio.

b) Concepto de Enfermería:

La función de la Enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte

pacífica), y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Virginia Henderson afirma que la Enfermera es y debe ser legalmente, una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la Enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de Enfermería. Ubica estos cuidados básicos en catorce componentes, que abarca todas las posibles funciones de Enfermería.

c) Necesidades básicas del paciente:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Mover y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles³⁵.

LA SALUD. INDEPENDENCIA/ DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas. Cuando esto pasa no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como:

Falta de fuerza.
Falta de conocimiento.
Falta de voluntad.

INDEPENDENCIA.

Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de necesidades son específicos y únicos para cada individuo. Deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

³⁵ Ibidem. Pág. 523

DEPENDENCIA.

Pueden ser considerados en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades.

Falta de fuerza.

Falta de conocimientos.

Falta de voluntad.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado³⁶.

ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD.

CUIDADOS BÁSICOS.

Son acciones que lleva a cabo la Enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo con el nivel de dependencia identificado en la persona.

Henderson opina que este es el aspecto del trabajo de la Enfermera que controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de Enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes.

Henderson analiza también la contribución de las Enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella “ en la planificación y ejecución de un programa global , ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona. El paciente debe aceptar y comprender el programa ya que es indispensable para el logro de las metas planteadas por el grupo.

³⁶ Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 1-10.

ENTORNO.

Aunque Henderson no dedique un capítulo al análisis del entorno, se puede afirmar que los aspectos de este están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influncian.

4.1.18.1. APLICACIÓN DEL MODELO DE V. HENDERSON.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1.- En las etapas de **VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.

Esta etapa determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad de tal satisfacción.
- La interrelación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Los diagnósticos de la **NANDA** constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos están agrupados en nueve patrones de respuesta humana.

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimientos.
9. Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

Fijar prioridades.

Significa determinar que diagnósticos deben ser tratados en primer termino, en función de una serie de principios que de acuerdo con R. Alfaro (1992), están integrados en los siguientes elementos.

- 1.- La percepción de prioridades del propio cliente/paciente.
- 2.- El plan general de tratamiento.
- 3.- El estado general de salud del cliente.
- 4.- La presencia de problemas potenciales.

Fijar objetivos.

Siguiendo la estructura del modelo de V. Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente/usuario en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

Al formular los diagnósticos se ha de tener en mente la estructura del modelo, identificando en la etiología del problema una posible falta de conocimientos, fuerza, o voluntad, como origen o causa de la dificultad.

Objetivo general.

Indica solamente la resolución o mejora del problema identificado en la etiqueta diagnóstica.³⁷

2.- En las etapas de PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de Enfermería que implique al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación.

Determinación de las actividades.

Continuando con el modelo de Henderson y después de haber formulado los objetivos, lo primero que debe decidirse es si el modo de intervención que vamos a planificar debe ir encaminado a la *suplencia o a la ayuda, total o parcial* es decir, solo realizará la Enfermera o bien conjuntamente la Enfermera, el cliente y/o la familia.

Estas actividades irán encaminadas de acuerdo a los objetivos específicos a *reforzar, aumentar, sustituir, añadir o complementar la fuerza, voluntad, conocimientos* que la faltan al paciente/cliente cuando la etiología del problema es conocida y puede ser reducida, controlada o eliminada

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible³⁸.

También en esta etapa se procede a evaluar los objetivos fijados. La evaluación sirve para analizar el cumplimiento de los objetivos de los cuidados, como para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de Enfermería, o personas (pte. Familia, Enfermera).

³⁷ Fernández Ferrín; Carmen Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pág. 42-43.

³⁸ Fernández Ferrín C. armen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 42-43.

4.2 GENERALIDADES ANATOMICAS DE LA GLANDULA MAMARIA

Las glándulas mamarias de hombres y mujeres son las mismas hasta la pubertad, cuando estrógenos y otras hormonas inician el desarrollo de las mamas en la mujer. Esto por lo regular ocurre a los 10 años y continúa hasta los 16, aun que los límites pueden variar ampliamente, o sea de los 9 años a los 18. Las etapas del desarrollo mamario se describen como etapas Tanner 1 a 5, según el médico que introdujo la clasificación de cambios mamarios en la adolescencia. La etapa 1 describe una mama prepuberal; la etapa 2, una mama primordial, o primer signo de la pubertad en la mujer; la etapa 3 comprende el crecimiento del tejido mamario y la areola, y la etapa 4 ocurre cuando el pezón y la areola forman una elevación en el tejido mamario. Las 5 etapas consisten en una glándula mamaria más grande con un solo contorno³⁹.

La glándula mamaria contiene tejido glandular (parénquima) y de conductos junto contenido fibroso que une los lóbulos y el tejido graso en ellos y entre sí. Estas glándulas mamarias se localizan entre la segunda y sexta costillas sobre el músculo pectoral mayor, desde el esternón hasta la línea media axilar y se extiende a las axilas, área de tejido mamario llamado prolongación axilar de Spence. Los ligamentos de Cooper, que son bandas fasciculares, soportan la mama en la pared torácica.

Cada mama contiene de 12 a 20 lóbulos en forma de cono formados por lobulillos; los lobulillos son un grupo de acinos, estructuras pequeñas que terminan en un conducto. Todos los conductos en cada lobulillo se vacían en una ampulla, que se abre hacia el pezón después de su estrechamiento. Alrededor del 85% del tejido mamario es grasa⁴⁰.

4.3 EPIDEMIOLOGÍA.

Cada año en el mundo ocurren alrededor de un millón de casos nuevos de cáncer de mama. Esta enfermedad constituye de 20 a 25% de todos los casos de cáncer en la mujer, contribuye con un 15 a 20% de la mortalidad por cáncer y con un 2 a 5% de la mortalidad por cualquier causa en el mundo occidental⁴¹.

Existen grandes diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama desde el punto de vista geográfico. La mortalidad varía de 19.9 por 100 mil mujeres en la India, hasta 89.2 en mujeres blancas de EUA. Las tasas más altas de mortalidad se dan en las áreas más desarrolladas (Europa, Norteamérica y Oceanía). El riesgo de padecer cáncer se eleva con la edad y se ha triplicado para las mujeres nacidas después de 1950, comparadas con aquellas nacidas al inicio del siglo XX.

A nivel nacional, la tendencia tiene un comportamiento marcadamente ascendente con una tasa de 9.8 por 100 mil mujeres de 25 y más años en 1980 a 14.5 en el 2001. En este último año se registraron 3,565 defunciones, es decir, alrededor de 10 muertes por día de las cuales tres corresponden a población derechohabiente⁴².

³⁹ De Brunner y Suddarth "Estudios y tratamiento de mujeres con mastopatias", En: Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial interamericana- Mc graw-Hill, volumen II, impreso en México, 1994 p 1361

⁴⁰ Ídem.

⁴¹ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 7

⁴² Ídem

4.4 HISTORIA NATURAL DEL CANCER DE MAMA.

Las causas de cáncer de mama son multifactoriales. Los cambios neoplásicos son acompañados por varias alteraciones fenotípicas medibles a nivel celular y molecular. Se ha hipotetizado que en el cáncer de mama están implicados : la activación de oncogenes, inactivación de genes supresores de tumores, genes receptores de factores de crecimiento, genes asociados con la regulación del ciclo celular y genes involucrados en la apoptosis. Además de los factores biológicos, existen un gran número de investigaciones experimentales, epidemiológicas y clínicas que indican que las hormonas tienen un papel importante en la etiología del cáncer de mama, afectando la velocidad de la división celular que se manifiesta en una proliferación del tejido epitelial. Muchos de los factores de riesgo conocidos pueden ser entendidos como una medición de la exposición acumulada de la mama a estrógenos y posiblemente a la progesterona⁴³.

Los factores ambientales y los estilos de vida juegan también un papel que hay que aclarar, los más relacionados incluyen: la dieta, el ejercicio, el sobrepeso, y la obesidad, el nivel socioeconómico, la conducta reproductiva, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la exposición ocupacional, a radiaciones y a organoclorados.

FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER DE MAMA⁴⁴.

FACTOR	GRUPO DE ALTO RIESGO
Edad	Adultos mayores
Ubicación geográfica	Países desarrollados
Enfermedad benigna previa.	Hiperplasia atípica
Cáncer de una mama	
Edad a la menarquia	Antes de los 11 años
Edad del 1er embarazo a término	Alrededor de los 40 años
Historia familiar de cáncer de mama	En familiares de primer grado
Exposición a radiaciones ionizantes	Entre la pubertad y la edad reproductiva
Edad a la menopausia	Después de los 54 años
Dieta	Alta ingesta de grasas saturadas
Obesidad en postmenopausia	IMC mayor de 35
Consumo de alcohol	Ingesta excesiva
Terapia de reemplazo hormonal	Uso por más de 10 años
Uso de contraceptivos orales	Usaria actual

⁴³ Ídem.

⁴⁴ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 8

4.5 PATOLOGÍA MAMARIA⁴⁵

Las causas mas frecuentes de consulta por patología mamaria son el dolor, tumoraciones y la descarga por el pezón. Se ha estimado que cada año 30 de cada 1000 mujeres demandan atención por problemas de la mama que van del dolor moderado al carcinoma mamario. En países desarrollados del 6 al 10% de las mujeres con síntomas mamarios padecen cáncer, por lo que es fundamental una adecuada valoración y referencia de la mujer con patología mamaria.

CRITERIOS PARA LA REFERENCIA.

Envío urgente

Las mujeres con síntomas sugestivos de cáncer, deben ser enviadas a una unidad DACMA con recursos para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama. Los síntomas incluyen:

- Tumoración mamaria.
- Alteraciones de la piel: ulceración, retracción de la piel o pezón, engrosamiento de la piel, evidencia citológica o histológica de la enfermedad maligna de la mama.

Envío ordinario.

- Macroquistes de repetición.
- Quiste mamario con contenido hemático.
- Nueva tumoración en mujeres con nodularidad preexistente.
- Nodularidad asimétrica que persiste después de la menstruación.
- Descarga sanguinolenta, abundante o persistente por el pezón.
- Mujeres de 50 años y más con descarga por el pezón.
- Retracción, distorsión o eczema del pezón rebelde a tratamiento médico.
- Cambios en el contorno de la mama.

Manejo por el médico ginecólogo.

- Abscesos
- Mastálgia
 - * Severa local o que no responde a tratamiento simple.
 - * Persistencia unilateral en mujeres postmenopausicas.
- Galactorrea bilateral (no fisiológica)
- Secreción por el pezón no sanguinolenta en menores de 50 años.
- Seguimiento de mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama.

Manejo inicial por el médico familiar.

- Condición fibroquistica mamaria.
- Mastalgia leve o moderada sin tumoración palpable.
- Mastitis.

⁴⁵ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004

4.5.1 MASTALGIA⁴⁶.

Se ha descrito como un evento presente en algún momento de la vida de 9 de cada 10 mujeres. Puede presentarse sólo o asociada a tumor, descarga, cambios cutáneos o síntomas generales. También se relaciona a eventos fisiológicos como en la mastalgia cíclica premenstrual o asociada a: embarazo, lactancia, telarquía y la fase de involución posmenopáusia.

Diferentes entidades benignas y malignas se asocian al dolor, por lo que es fundamental una buena semiología. Los siguientes datos son útiles para identificar posibles causas y consecuentemente terapias eficientes.

- Características del dolor: regional o total, unilateral o bilateral, intermitente o continuo, intensidad (leve, moderada o severa), irradiación (cuello, brazo, axila, espalda).
- Asociación con: ciclo menstrual, actividad física intensa o traumas, utilización de medicamentos o sustancias.
- Datos asociados: tumor, descarga por el pezón, cambios cutáneos.
- Estados patológicos preexistentes o asociados.
- Terapias previas para la misma situación.

4.5.2. TUMOR MAMARIO

En el 70 a 80% de los casos, el tumor es detectado por la misma paciente. Una vez corroborado se deben buscar y evaluar las siguientes características.

- Tamaño en centímetros medido en regla.
- Tiempo de evolución.
- Evidencia de crecimiento rápido reciente.
- Forma (redondo, ovoide, irregular, et.)
- Consistencia (duro, blando, ahulado, gelatinoso).
- Movilidad (móvil, fijo).
- Adherencias, infiltración de piel o estructuras profundas.
- Localización (mama derecha o izquierda).
- Cuadrante (superior externo o interno, inferior externo o interno o retroareolar).
- Horario (tomando el pezón como centro).
- Distancia del pezón en centímetros.
- Profundidad (subcutáneo, intermedio, profundo).
- Datos asociados (dolor, descarga por el pezón, eritema, edema de piel, aumento de volumen mamario, deformidad mamaria, aumento de vascularidad).

Adicionalmente se realizará exploración de la región axilar y supraclavicular.

Evaluación axilar, implica el examen de las regiones musculares, de los tejidos blandos y del hueco axilar en búsqueda de adenomegalias. En caso de existir ganglios palpables debe reportarse el número, tamaño, consistencia y movilidad (los ganglios metastáticos son más comúnmente duros y poco móviles, en ocasiones forman conglomerados y pueden asociarse a edema de brazo y parestesias).

Evaluación supraclavicular. La búsqueda de adenomegalias en el cuello, especialmente en la región supraclavicular es indispensable en casos de neoplasias malignas, es parte de la etapificación y su existencia implica un mal pronóstico.

⁴⁶ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004

Los tumores malignos son con mayor frecuencia de consistencia dura, pétrea, poco móviles, de crecimiento rápido y pueden asociarse a fijación a piel o estructuras profundas.

4.5.3 TUMORES DE MAMA MAS FRECUENTES⁴⁷.

CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS⁴⁸.

El diagnóstico más común en mastología es el cambio fibroquístico. La edad de presentación inicia a los 20 años, sin embargo los cuadros más floridos y severos en mujeres después de los 35 años, llegando a su pico máximo a los 40 años de edad.

Mucho se ha discutido si se trata realmente de una enfermedad. Se alega que su gran frecuencia implica que podrían ser cambios normales de la mama, sin embargo esto es falso. La sintomatología y los cambios histológicos son la evidencia de que existen modificaciones asociadas a una clara línea patológica. También en forma excesiva se hace el diagnóstico de cambios fibroquísticos cuando existe dolor mamario asociado a nodularidad, debe considerarse que existen múltiples causas de mastalgia, algunas de ellas fisiológicas y que la mama “perse” es nodular debido a su conformación, mezcla de tejido glandular, conectivo y adiposo. “no todos los dolores mamarios son por cambios fibroquísticos” y “no hay glándulas mamarias lisas” son dos conceptos a recordar siempre al evaluar las glándulas mamarias. Los criterios clínicos para el diagnóstico de cambios fibroquísticos son:

- Mastalgia uni o bilateral, persistente y repetida.
- Nodularidad mamaria con áreas de sistematización (plastrones indurados que resaltan con respecto al resto de la glándula).
- Hipersensibilidad mamaria.
- Nódulos mamarios dominantes (quístico o sólido).
- Descarga serosa por el pezón.

Los datos anteriores pueden aparecer en forma aislada o combinada, los grados de intensidad de los mismos son variables, suelen ser cíclicos y tienen relación con cambios hormonales. La manifestación principal puede ser dolor de leve a severo que aumenta con la presión y el movimiento, se irradia hacia la región axilar, cuello, brazo y menos frecuentemente al dorso, puede llegar hacer incapacitante. El dolor mamario puede estar asociado a componente fibroso (sólido), a quistes pequeños (microquistes) o incluso macroquistes.

Otros datos referidos son: sensación de ardor del brazo, sensación de “correr de leche” de la periferia al pezón, ocasionalmente se refiere descarga por el pezón cuya característica es igual aquella que se encuentra en los quistes mamarios (color amarillo claro al verde oscuro, por lo común líquida y muy rara vez viscosa).

Histológicamente los cambios fibroquísticos pueden dividirse en proliferativos y no proliferativos. Las lesiones proliferativas se asocian con un mayor riesgo para desarrollar carcinoma invasor.

⁴⁷ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004

⁴⁸ Idem.

El tratamiento se encamina a eliminar la mastalgia, disminuir la nodularidad, las áreas de sistematización y la descarga por el pezón.

Fase A:

Disminuir de metilxantinas de la dieta (cafeína, teofilina y teobramina)

Antiinflamatorio no esteroide.

Diurético a dosis baja (su utilización es controversial).

Asegure a la paciente que su cuadro actual no es por cáncer de mama.

Fase B:

Bromocriptina dosis de 2.5 a 5 mg por día por 3 a 8 semanas o

Danazol de 200 a 400 mg por día por 3 a 8 semanas o

Cabergolida 2.5 a 7.5 mg por día por 4 a 6 semanas o

Progestágeno en la segunda mitad del ciclo (clormadinona, nortisterona, noretinodrel)

Fase C:

Tamoxifeno a dosis de 20 mg al día del día 5 al 21 de cada ciclo menstrual y continuo en mujeres con histerectomía, por 4 a 8 semanas.

Puede o no asociarse con un antiinflamatorio.

Evaluación postratamiento.

En mujeres con riesgo mayor de cáncer de mama corroborado con biopsia, se debe efectuar vigilancia clínica y radiológica con mastografía y exploración clínica anual, y en casos especiales valorar el uso de quimioprevención bajo vigilancia estrecha (tamoximeno, raloxifeno o inhibidores de aromatasa).

4.5.4. DESCARGA POR EL PEZÓN⁴⁹

Son un evento frecuente y causa de alarma cuando suceden fuera del periodo de lactancia. Los datos a evaluar en caso de descarga son los siguientes:

Unilateral

De un solo ducto o de varios.

Cantidad escasa o abundante.

Espontánea o inducida por manipulación, presión de la mama o del pezón.

Tipo de descarga: serosa, láctea, purulenta, hemorrágica, pastosa, mixta.

Datos asociados: tumor, dolor, eritema.

Antecedentes de uso de medicamentos y hormonas.

Galactorrea.

Debe definirse como la salida de leche por los pezones fuera del periodo de lactancia y debe ser espontánea, bilateral y abundante para considerarse como una verdadera patología, ya que no es raro que mujeres con uno o varios embarazos y que han lactado en años previos tengan escasa descarga relacionada con la manipulación crónica de pezones.

⁴⁹ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004

DESCARGAS SEROSAS.

En mujeres menores de 35 años de edad pueden relacionarse con papilomas ductales, enfermedades traumáticas e infecciosas y menos frecuentemente con cáncer. En las mayores de 35 años la descarga hemorrágica es un dato de alarma con posibilidad de estar asociada a cáncer.

EVALUACIÓN.

Las descargas pastosas y purulentas están asociadas a procesos infecciosos crónicos y agudos y menos frecuentemente a neoplasias.

Las descargas bilaterales, son comúnmente condicionadas por patología endocrina o uso de medicamentos.

TODAS LAS DESCARGAS DEBEN SER EVALUADAS MEDIANTE⁵⁰:

Estudio citológico y en las consideradas infecciosas indicarse también cultivo y antibiograma. Mastografía en mujeres mayores de 35 años de edad o ultrasonido en mujeres jóvenes y mujeres con mamas muy densas.

La galactografía (mastografía con medio de un contraste intraductal), es útil en casos de descargas uniductales o regionales, especialmente cuando existe citología sospechosa sin masa palpable, cronicidad y sin respuesta a terapia médica, o cuando se planea un procedimiento quirúrgico y existe interés en ser selectivo en cuanto a la resección ductal para permitir lactancia a futuro.

MASTITIS PERIDUCTAL.

Es una entidad compleja de múltiples fases, caracterizada por la aparición de un proceso inflamatorio-infeccioso no puerperal, generalmente se inicia en los ductos mamarios mayores de la región retroareolar con remisiones y reactivaciones como regla. Afecta principalmente entre los 20 y 50 años de edad, factores como obesidad, diabetes, tabaquismo y afectación del estado inmunológico favorecen su aparición. Ha recibido múltiples nombres entre los que destacan: ectasia ductal, mastitis de células plasmáticas, mastitis química y mastitis fistulizante.

Son elementos claves: a) inflamación ductal y periductal, b) ectasia ductal, c) afección de la zona central de la mama. Clínicamente se manifiesta por : descarga pastosa por el pezón, en ocasiones francamente purulenta, induración o masa retroareolar, retracción del pezón, formación de fístulas y dolor de intensidad variable, más evidente cuando hay un proceso inflamatorio activo.

El diagnóstico diferencial incluye al carcinoma, ya que la induración retroareolar y la invaginación del pezón pueden ser similares. La evaluación de otros datos como son: tipo de descarga, cronicidad del cuadro, aparición de fístulas previas, diagnóstico citológico, mastografía y estado ganglionar axilar clínico ayudan a la diferenciación.

La sola incisión y drenaje de abscesos centrales se asocia a un alto porcentaje de recidivas. En caso de haber recurrencia o duda diagnóstica la paciente debe enviarse a la unidad médica con especialistas en la atención de patología mamaria.

⁵⁰ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004

4.6 MANIFESTACIONES CLINICAS.

Los síntomas de la enfermedad son insidiosos; se desarrolla una masa no visible y móvil, por lo general en el cuadrante superior externo, con mayor frecuencia en el izquierdo que en el derecho. El 90% lo descubre la misma mujer o su pareja. Por lo regular no hay dolor, excepto en etapas tardías. Algunas mujeres se dan cuenta del problema primero por una molestia bien localizada que describen como sensación quemante, prurito o dolor. Otras no presentan sintomatología ni masas palpables, sino que presentan un mamograma anormal. En casos avanzados se observan hoyuelos o piel de cáscara de naranja, que se debe a la inflamación producida por la inflamación de la obstrucción de la circulación linfática en la capa dérmica. Al examen con el espejo, la paciente observa asimetría y una elevación de la mama afectada. Es evidente la retracción del pezón: al final, la mama se fija a la pared torácica, seguida por ulceración y metástasis⁵¹. Mastalgia, tumoración y descargas por el pezón.

4.7 DIAGNOSTICO

El diagnóstico actual de la enfermedad mamaria es una actividad multidisciplinaria que requiere profesionales capacitados y experimentados, que cuenten con equipo técnico diagnóstico especializado para este propósito.

La evaluación diagnóstica es parte del proceso de detección del cáncer de mama. Alrededor del 5% de las mujeres tamizadas tendrá alguna anormalidad, en este caso, es obligatorio efectuar una evaluación diagnóstica a través de mastografía o ultrasonido, exploración clínica y biopsia⁵².

4.8 ETAPIFICACION

La etapificación es obligada en la evaluación de la paciente con cáncer de mama actualmente se utiliza la sexta y más reciente edición realizada en 2002 por la unión internacional contra el cáncer, con vigencia a partir de del 1 de enero del 2003.

La clasificación requiere exploración física completa y estudios de imagen y laboratorio para evaluar la zona del tumor primario y posibles sitios de metástasis. La clasificación clínica **TNM**, evalúa tres variables y de ahí su nombre: **T**- Tumor primario; **N**- Ganglios linfáticos regionales; y **M**- Metástasis a distancia. Existe también una clasificación patológica (pTNM)⁵³.

4.9 TRATAMIENTO.

El tratamiento debe ser considerado como un componente de la detección y atención del cáncer de la mama. Los objetivos principales del tratamiento son: la curación, la prolongación de la vida útil, y el mejoramiento de la calidad de vida. Desde el punto de vista oncológico la curación se entiende como el alcance de la expectativa normal de vida con tres elementos importantes: la completa remisión de la enfermedad, riesgo mínimo o no riesgo de recurrencia y restauración de la salud funcional (física y psicosocial). Otros valores importantes de la atención a la salud son la autonomía, dignidad, prevención de complicaciones, acceso y equidad en la provisión de la atención⁵⁴.

⁵¹ De Brunei y Suddarth "Estudios y tratamiento de mujeres con mastopatias", En: Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial interamericana- Mc graw-Hill, volumen II, impreso en México, 1994 p 1367

⁵² Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 31

⁵³ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 44

⁵⁴ Ibidem p 49

ELEMENTOS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.

CIRUGÍA

Ejemplo:

Cuadrantectomía: Resección amplia del tumor primario, vía una incisión radial con escisión de un huso de piel superficial al tumor, incluye la fascia del músculo subyacente, debido al tipo de resección suele extraerse completamente el sistema ductal de la región tumoral hasta el pezón⁵⁵.

RADIOTERAPIA.

Ejemplo

Tratamiento radical: Uso de radioterapia postoperatoria ya sea posterior a una cirugía conservadora o a mastectomía. En casos de cirugía conservadora se prescribe radioterapia a la mama con dos campos tangenciales, dosis de 45 a 50 Gy con cuñas. Los incrementos de dosis dependen de los márgenes de resección. La radiación a las ZLP se basará en los hallazgos patológicos e incluirá hueco supraclavicular y mamaria interna⁵⁶.

4.10 PROMOCION DE LA SALUD

El personal médico y de Enfermería es el responsable de capacitar a la mujer y verificar que la realice correctamente. Se indica cada mes a partir de los 20 años⁵⁷.

AUTOEXPLORACIÓN⁵⁸.

- Pregunte si se efectúa mensualmente la autoexploración, en caso afirmativo solicite le muestre cómo la hace y observe si el procedimiento es adecuado. Si no conoce la técnica o no se explora, enséñele cómo hacerlo e insista en la periodicidad.
- Recomiende que examine sus mama cada mes, preferentemente entre el 7° y 10° día del inicio de la menstruación, las mujeres posmenopáusicas o con histerectomía pueden realizarla el primer día de cada mes o un día fijo elegido por ellas. La autoexploración es útil cuando es un hábito.

Mencione a la mujer que algunos cambios en las mamas son normales:

- En el periodo premenstrual, suelen estar endurecidas y dolorosas.
- En el periodo premenstrual, se sienten congestionadas por los estímulos hormonales.
- En la menopausia, son menos firmes y más suaves.

⁵⁵ Ibidem p 50

⁵⁶ Ibidem p 51

⁵⁷ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 10

⁵⁸ Ídem.

TECNICA DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA⁵⁹.

OBSERVACION.

Busque hundimientos, inflamación, enrojecimiento o ulceraciones en la piel; desviación en la dirección o retracción del pezón o de otras áreas de la piel, así cambios de tamaño o de la forma de los pechos, en las siguientes posiciones:

- ❖ Parada frente aun espejo, con el pecho desnudo, coloque los brazos a los largo del cuerpo y observe.
- ❖ Junte sus manos detrás de la nuca, ponga los codos hacia delante y observe.
- ❖ Junte sus manos detrás de la nuca, ponga los codos hacia delante y observe.
- ❖ Con las manos en la cintura, inclínese hacia delante y empuje los hombros y los codos también hacia delante. (tiene que sentir el esfuerzo en los músculos del pecho).

PALPACIÓN

Busque bolitas, zonas dolorosas, abultamientos o consistencia diferente al resto de la mama, de la siguiente manera.

- De pie frente al espejo o durante el baño, levante su brazo izquierdo y ponga la mano en la nuca, con la yema de los dedos de la mano derecha revise toda su mama izquierda firme y cuidadosamente, haciendo pequeños círculos de adentro hacia fuera. Preste especial atención a la parte externa del pecho que esta junto a la axila.
- Para terminar apriete suavemente su pezón y observe si hay secreción (transparente, blanca, verde o sanguinolenta).
- Haga el mismo procedimiento con la mama derecha.
- Acostada sobre su espalda, con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo de su hombro izquierdo, ponga su brazo izquierdo detrás de su cabeza y con la mano derecha revise todo el seno izquierdo de la misma forma que lo hizo parada.
- Haga lo mismo para revisar el pecho derecho

Si encuentra alguna anormalidad a la observación o a la palpación debe acudir con su médico familiar cuanto antes.

EXPLORACION CLINICA⁶⁰

La realiza el médico y el personal de Enfermería. Se efectúa a partir de los 25 años de edad, con periodicidad anual.

Cordialmente indique a la mujer que pase al vestidor y se coloque la bata con la abertura hacia delante. La autoexploración debe realizarse en la mesa de exploración y en un área bien iluminada.

⁵⁹ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 11

⁶⁰ Ibidem p 12

INSPECCIÓN

- De frente, observe cuidadosamente ambos senos en toda su extensión, incluyendo los huecos supraclaviculares, para detectar alteraciones en la forma y volumen o modificaciones en la piel: eritema, cicatrices, heridas, fístulas, retracciones, ulceraciones o piel de naranja.
- Observe también el pezón tratando de descubrir retracciones, hundimientos, erosiones, costras o escurrimientos (serosos, hemáticos, purulentos).
- Pida a la mujer que levante los brazos por encima de su cabeza y vuelva a observar con objeto de identificar anormalidades con la nueva posición, en especial diferencias en el tamaño de las mamas, formación de hundimientos, desviación del pezón y surcos o arrugas de la piel.
- A continuación, solicite que presione sus manos sobre sus caderas, para que se contraiga el músculo pectoral mayor, esta posición puede poner de manifiesto una retracción cutánea que de otro modo pasaría inadvertida.

PALPACION

Sirve para corroborar los datos obtenidos por la inspección y descubrir otros no aparentes. Debe practicarse con las yemas de los dedos índice, medio y anular, ser suave, ordenada y no despertar dolor, la utilización de talco en los dedos del explorados reduce el roce con la piel de la mama y facilita la palpación. Los tumores se sienten como formaciones redondeadas y duras que pueden o no estar fijadas a la piel.

Con la palpación aun sentada:

- ❖ Comience la palpación en el lado derecho a partir de una línea vertical imaginaria que pase por el pezón y divida a la mama en dos mitades.
- ❖ Desde la línea imaginaria palpe el lado externo de la glándula iniciando en el cuadrante superior de la mama y baje gradualmente hasta cuadrante inferior. A continuación explore la mitad interna, desde la línea hacia el esternón y de arriba hacia abajo.
- ❖ Con los dedos índice, medio y anular, explore los huecos supraclaviculares para buscar ganglios aumentados de volumen. Si existen deben anotarse, el número, consistencia y grado de movilidad.
- ❖ La axila se explora con el brazo derecho de la paciente fijo a nivel del codo y sostenido por la mano derecha del médico o la Enfermera, lo que permite la relajación del brazo y de la musculatura de la pared torácica. La axila derecha se explora con la mano izquierda. Se consideran ganglios sospechosos de metástasis aquellos con un diámetro superior a 1 cm, duros, irregulares y múltiples o bien entretejidos.
- ❖ Finalice explorando el cuadrante superior externo.
- ❖ Terminado el pecho derecho, explore el izquierdo de la misma manera.

Pida a la paciente que se recueste boca arriba con las manos en la nuca, la palpación se realiza mejor si se coloca una pequeña almohadilla debajo del hombro del mismo lado de la mama que se va a explorar. El examinador debe valorar toda la mama, desde el esternón hasta la línea axilar media y por la parte superior desde la clavícula hasta la parte inferior de la caja torácica.

Repita el mismo procedimiento que utilizo con la paciente sentada, comenzando con el cuadrante superior externo de la mama derecha.

Las dos terceras partes de los tumores encontrados en una mujer durante su vida fértil son por patología benigna, es decir, quistes, displasias, fibroadenomas y papilomas. Sin embargo, 50% de las masas palpables en mujeres perimenopáusicas y la mayor parte de las lesiones en las posmenopáusicas son malignas.

Hay una mayor propensión de las lesiones malignas a aparecer en el cuadrante superior externo, de tal manera que la mitad de todas las lesiones malignas pueden ser identificadas en este sitio. Con personal de salud debidamente capacitado es posible palpar tumores hasta de menos de 1 cm de diámetro. La sensibilidad de la exploración clínica de la mama es de aproximadamente 54% con una especificidad de 94%. El tiempo que se dedica a la exploración es importante, se ha estudiado que un total de 6 minutos (3 por mama) produce los mejores resultados

CONDUCTA DE ACUERDO AL RESULTADO⁶¹

EXPLORACION SIN CAMBIOS ANORMALES.

- Informe que no encontró ninguna anomalía y que la próxima exploración será en un año.
- Si la mujer tiene entre 50 y 69 años o tiene entre 40 y 49 años y antecedentes familiares de cáncer de mama en madre, hermana o hijas, indique la mastografía.

EXPLORACION CON CAMBIOS ANORMALES.

Los cambios anormales deben ser corroborados por el médico familiar, informe a la mujer que un resultado anormal no significa cáncer, la mayoría son padecimientos benignos, sin embargo es necesaria una valoración más precisa por el médico.

Indicadores de la Exploración clínica de mama con resultado anormal:

1. Ganglios palpables.
2. Uno o varios tumores.
3. Desviación, retracción o ulceración de uno o de los dos pezones.
4. Secreción serosa, purulenta o sanguinolenta del pezón.
5. Engrosamiento de una mama o piel como cáscara de naranja.
6. Cualquier otro hallazgo en el que tenga dudas.

El médico familiar corroborará los hallazgos a través de la exploración clínica, valorará si los hallazgos son benignos o probablemente malignos, efectuará la referencia al hospital correspondiente de acuerdo a la región.

⁶¹ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 14

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 ETAPA DE VALORACION⁶².

El examen de la mama femenina se efectúa en cualquier examen físico o ginecológico, o siempre que la paciente se presente con sospecha, queja o temor de un trastorno mamario. Se recomienda un examen mamario profesional por lo menos cada tres años para mujeres entre 20 y 40 años, y después cada año. Un examen completo y minucioso que incluya capacitación para auto examen se realiza en 5 minutos, más o menos.

INSPECCION⁶³: El examen comienza con la inspección. La paciente se desnuda hasta la cintura y se sienta en una posición cómoda frente al explorador, con las manos sobre el regazo. Se inspeccionan los senos en cuanto a tamaño y simetría. Es común y normal detectar una diferencia pequeña en el tamaño de las dos glándulas. También se observan color, engrosamiento de la piel o edema y sistema venoso. El eritema puede denotar inflamación local o invasión linfática superficial por una neoplasia. La elevación del patrón venoso puede señalar aumento del aporte sanguíneo por demanda del tumor; el edema y las foveas en la piel causados por bloqueo del drenaje linfático debido a una posible neoplasia pueden dar a la piel un aspecto de cáscara de naranja, signo clásico de tumor maligno mamario avanzado.

Aun que los pezones varían en cada paciente, son similares en tamaño y forma. Es común una pequeña inversión de uno o ambos pezones, y es un dato importante solo cuando es de origen reciente. Las úlceras, erupciones o supuración del pezón requieren evaluación. Para descartar los hoyuelos o retracciones que de otra manera pasarían inadvertidos, el examinador indica que suba sus brazos sobre su cabeza. Esta maniobra eleva las dos glándulas mamarias en forma simultánea; a continuación, se le dice que coloque sus manos en la cintura y empuje. Estos movimientos que causan contracción de los músculos pectorales, no alteran el contorno mamario o dirección de los pezones. Cualquier hoyuelo o retracción durante estos cambios de posición sugiere un tumor maligno probable. Las regiones claviculares y axilares se inspeccionan y palpan en busca de inflamación, pigmentación, lesiones o agrandamientos de ganglios linfáticos.

PALPACION⁶⁴: La palpación de las axilas y zonas claviculares se realiza fácilmente con la mujer sentada. Para estudiar los ganglios linfáticos axilares, la mano del explorador separa con suavidad el brazo de la paciente, del tórax. Se toma el antebrazo izquierdo de la mujer y se apoya en la mano izquierda del operador. Así, queda libre la mano derecha para palpar la axila en búsqueda de ganglios que pudieran estar contra la pared torácica. Se usan las yemas de los dedos para palpar con delicadeza las zonas de ganglios centrales, laterales, subscapulares y pectorales. En situaciones normales no son palpables; se intenta definir si están agrandados y, de ser así, su tamaño, situación, movilidad, consistencia y dolor a la palpación. Se pide a la mujer que se coloque en decúbito en la mesa de exploración.

Antes de palparle los senos, eleva el hombro sobre una pequeña almohada para equilibrar el seno sobre la pared del tórax. El no hacer esto permite que el tejido mamario caiga en sentido lateral, y la masa se pierde en tejido engrosado.

La palpación suave y ordenada incluye toda la superficie de la mama y la cola o prolongación de Spence. El explorador puede, según su voluntad, realizar el estudio en sentido anterógrado,

⁶² De Brunner y Suddarth "Estudios y tratamiento de mujeres con mastopatias", En: Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial interamericana- Mc graw-Hill, volumen II, impreso en México, 1994 p 1362

⁶³ Ídem

⁶⁴ Ibidem p 1363

siguiendo círculos concéntricos imaginarios desde los límites externos de la mama hacia el pezón. Otro método aceptable es palpar según cada número del reloj hacia el pezón y en dirección retrógrada o por líneas verticales imaginarias en la mama.

Durante la palpación, se nota la consistencia del tejido y la presencia de sensibilidad o masas; si se descubre una masa, se describe según su localización. En la descripción se incluye tamaño, forma, consistencia, delineamiento del borde y movilidad. Por último se comprime con suavidad la areola alrededor del pezón, para advertir si sale o no alguna secreción anormal.

El tejido mamario de las adolescentes es firme y lobular, en tanto que el de posmenopáusicas es granuloso y “acodornado”. Durante el embarazo y la lactancia los senos son más grandes y firmes, y los lobulillos están más demarcados. La areola por lo regular se oscurece durante el embarazo debido a los cambios hormonales. Los quistes son un hallazgo frecuente durante la menstruación y, por lo general, son perfectamente definidos y móviles. Antes de la menstruación pueden ser de mayor tamaño y más dolorosas. Los cánceres, por otra parte, tienden hacer duros, de límites indefinidos, fijos a la piel o tejidos subyacente, y a menudo no duelen al palparlos.

5.1.2 HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

HISTORIA CLINICA MÉDICA.

Nombre: L.L.S. Sexo: F Edad: 42 años Peso: 65 Kg. Talla: 1.61cm.
Ocupación: Hogar Escolaridad: Primaria terminada
Procedencia: Edo de Morelos Fecha de admisión: 3 de Enero del 2006
Estado civil : Casada Religión: Católica Alergias : Ninguno
Servicio: Atención Médica Continua

MOTIVO DE INGRESO

AHF Madre con problemas de insuficiencia venosa, padre finado con problemas de alcoholismo y presentar infarto al miocardio, abuelos maternos finados por CaCu., y Ca. de próstata respectivamente .Abuelos paternos finados por presentar D.M.

APNP Originaria del Estado de Morelos, residente de Toluca desde hace 10 años, niega toxicomanías , buenos hábitos higiénico-dietéticos

AGO Gesta II., P 0, A 0, C11 , Menarca a los 11 años, con ciclos menstruales irregulares y dismenorrea, IVSA a los 25 años

APP Niega transfusionales., hepáticos, convulsivos, asmáticos, D.M Hipertensión arterial, acepta el uso prolongado de anticonceptivos orales por 5 años consecutivos .

SV F.C. 72 x', F.R. 22x', T. 36 oC, TA 110/70.

EF Paciente femenina, despierta, estresada, orientada en sus tres esferas, con dentadura propia, cuello normal cardiopulmonar sin alteraciones.

presencia lesiones dérmicas: Presenta alteración de la glándula mamaria derecha, secreción por el pezón dolor e inflamación, con nódulos en cuadrante superior externo de la glándula derecha

5.1.3 HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: L.L.S. Sexo: F Edad: 42 años Peso: 65 Kg. Talla: 1.61cm.
Ocupación: Hogar Escolaridad: Primaria terminada
Procedencia: Edo de Morelos Fecha de admisión: 3 de Enero del 2006
Estado civil : Casada Religión: Católica Alergias : Ninguno
Servicio: Atención Médica Continua

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION

Subjetivo:

¿ Está bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? Si.

¿ Fumaba usted antes de su embarazo? SI _____ NO X.

Si la respuesta es sí ¿ Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____.

¿ Hay en su casa uno o varios fumadores? SI _____ NO X.

¿ Á tenido dificultades respiratorias o molestias ?

Siempre _____ Ocasionalmente _____ Nunca X.

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital

SI _____ NO X.

¿ Cuál? _____.

¿ Presencia de disnea?: SI _____ NO X.

¿ Con o sin esfuerzo?: SI _____ NO X.

¿ Tos productiva?: SI _____ NO X.

Características de las secreciones: No presenta secreciones.

Frecuencia respiratoria o fiebre: 22 por minuto.

Parámetros de ventilación: No tiene ventilador.

¿ Presencia de cánula endotraqueal: SI _____ NO X.

¿ Estado de conciencia: Conciente.

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligera palidez tegumental generalizada .

2. NUTRICION E HIDRATAACION

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3 Comidas y dos colacione

¿ Come a horas regulares? SI X NO _____

Si la reapuesta es Si precise: 8:00 am (desayuno), 10:00am (primera colación), 3:00 pm (comida), 4:00 pm (segunda colación) y de 8:00 a 9:00 pm (cena)

¿ Sigue usted una dieta especial ? SI _____ NO X

¿ De que tipo ? _____

¿ Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia ? Ninguna .

¿ Tiene problemas de masticación y/o deglución? Si _____ No X

¿ Qué cantidad de líquidos toma al día ? 1 litro .

¿ Ingiere bebidas alcohólicas ? SI _____ NO X A veces _____

Cerveza _____ Vino _____ Otros _____

¿ Qué cantidad de líquidos ? 1 litro .

Coloración de la piel: pálida .

Peso: 65 kgs.

Talla. 1.61 metros.

Estado de la piel: Semihidratada .

Características de cabello y uñas: Buena distribución de cabello, quebradizo, limpio y sin brillo, uñas completas y sin hongos .

Aspecto de dientes : Piezas dentales completas, caries de molares en tratamiento .

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche		X			
Carne		X			
Pescado			X		
Huevo		X			
Fruta	X				
Verduras		X			
Legumbres		X			
Cereales		X			
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra				X	

Objetivo.

¿ Turgencia de la piel ? ligera palidez tegumental generalizada.

Mucosas orales: Hidratadas _____ Semihidratadas X Secas

Características de cabello y uñas: Buena distribución de cabello, quebradizo, limpio y sin brillo, uñas completas y sin hongos.

Aspecto de dientes: Piezas dentales completas, caries de molares en tratamiento

Aspecto de los dientes: Completos, con caries en molares en tratamiento

Aspecto de encías: rosadas.

Heridas: Tipo Abdominal Localización mesogastrio

3.- ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Características del abdomen (ruidos intestinales): a la auscultación se encuentra peristalsis presente.

Hábitos intestinales: Evacuación normal X Estreñimiento

Diarrea frecuente:

SI _____ NO X .

¿ Toma usted algún laxante?

SI _____ NO X .

¿Cuál ? _____

Orina: Normal X . Con dolor _____

Menstruación: Frecuencia: Cada 20 a 22 días. Duración: de 3 a 5 días

Historia de hemorragias:

SI _____ NO X .

¿ El estrés le ocasiona diarrea ?

SI _____ NO X .

Estomas:

SI _____ NO X .

Objetivo:

Abdomen : características: Blando y depresible, a expensas de panículo adiposo

Palpación globo vesical: no se percibe a la palpación.

Genitales: De acuerdo a su edad

1. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿ Qué deporte o actividad física práctica ? ninguno

Correr _____ Aeróbicos X Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: leer la Biblia

¿ Da algún paseo fuera de su casa ? SI _____ NO X.

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: normal.

Posturas: La que mejor le agrade. Ayuda para deambular: No.

Dolor con el movimiento: No

Estado emocional: De acuerdo a los sucesos que le estén pasando en su vida.

Nivel de conciencia: GLASGOW:

Estado del sistema neuromuscular y esquelético: En cuanto a fuerza, tono y motricidad se encuentran normal.

Posición: Semifowler.

Dé ambulación: Lenta.

Como influyen las emociones de movimiento y postura: Se observa Normal

2. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿ Tiene hábitos que favorecen el sueño ? SI _____ NO X.

Horario de descanso: Ninguno Horas de descanso: 0.

¿ Padece insomnio ? SI X NO _____.

¿ A que considera que se debe ? algunas veces cuando tengo algún problema

¿ Siente cansancio al levantarse ? SI X NO _____.

¿ En que forma se manifiesta ? En que se encuentra cansada, ojerosa, sus ojos se observan hinchados, enrojecidos.

¿ Utiliza técnicas de relajación ? SI _____ NO X.

Objetivo

Estado: Ansiedad SI X NO _____.

Estrés SI X NO _____ Respuesta a estímulos: SI X NO _____

Lenguaje: Claro SI X NO _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿ Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir ?

SI _____ NO X .

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

SI _____ NO X .

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

SI _____ NO X .

El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta:

SI _____ NO X .

Calcetas

SI X NO _____.

Objetivo

¿ Viste de acuerdo a su edad ?

SI X NO _____.

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada X Inadecuada _____

7. TERMORREGULACION

Subjetivo:

¿ La casa que habita es: Fría _____ Caliente X .

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces X Nunca _____.

¿ Es usted sensible a los cambios de temperatura ? SI X NO _____.

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI X NO _____.

¿ Cómo se la toma ? Bucal _____ Axilar X .

¿ Temperatura ambiente que le es agradable ? a las 12 del día

Objetivo:

Temperatura corporal: 36°C

Características de la piel: Palidez tegumental generalizada

Transpiración: SI X NO _____.

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: X Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: X Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: _____ Dos veces al día: _____

Tres veces al día: X Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO X

Parcial _____ Completa _____

¿ Fecha de la última visita al dentista ? Mayo 2005

Aseo de manos: Antes y después de comer

SI X NO _____

Después de ir al baño

SI X NO _____

Objetivo:

Aspecto general: Presentable y limpia

Olor corporal: Agradable

Halitosis: SI _____ NO X

Presencia lesiones dérmicas: Presenta alteración de la glándula mamaria derecha, secreción por el pezón dolor e inflamación, con nódulos en cuadrante superior externo de la glándula derecha.

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
Liliana	Hija	15 años	Preparatoria	Estudiante
Laura	Hija	6 años	primaria	Estudiante
Alberto	Esposo	59 años	primaria	Comerciante

¿ Es usted alérgica a algún medicamento ?

SI ____ NO ____X__ A otras sustancias: SI ____ NO ____X__

Especifique :

¿ Llevo control prenatal ? SI ____ X____

¿Cuántas consultas ? _____ 6 aprox. _____

¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo ? SI ____ NO ____X____

¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida ?

Tranquila _____ Se estresa ____X____ Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿ Busca una solución inmediata ? _____ Si _____

Otros:

Objetivo:

¿ Deformidades congénitas ? _____ Aparentemente Ninguna _____

¿ Condiciones del ambiente en el hogar ? _____ Bueno _____

¿ Condiciones de su ambiente laboral ? _____ No trabaja _____

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Casada Años de relación 18

Vive con: Con su esposo y sus Hijas

Rol en la estructura familiar: Madre de familia

¿ Desde cuando vive en su actual domicilio ? Desde que se caso con su esposo

¿ Existen buenas relaciones en su localidad ? Si

¿ Tiene amigas o familiares en quién confió ? Si

¿ Cuánto tiempo pasa sola ? Pocas veces se encuentra sola

Objetivo:

Habla claro: SI X NO _____

¿ Ve usted bien ? SI _____ NO X

¿ Lleva usted lentes de contacto ? SI _____ NO X

¿ Escucha bien ? SI X NO _____

¿ Utiliza aparato auditivo ? SI _____ NO X

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

Tipo de religión: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: ninguno

Principales valores en su familia: La fe, la religión, y el respeto.

Principales valores en su persona: La verdad, el amor y la fe

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? Si

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): Ninguno

¿ Permite el contacto físico ? Si

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ? La Biblia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? SI _____ NO X _____

Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

¿ Cuánto tiempo dedica a su trabajo ? _____

¿ Esta satisfecho con su trabajo? _____

¿ La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ?

SI X NO _____ ¿ Por qué? _____

¿ Esta satisfecha con el rol familiar que juega ? Si porque me siento feliz con la familia que he formado con mi esposo

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansiosa, enfadado, retraída, temerosa, irritable, inquieta, eufórica:
Algunas veces llega a presentarlo todos de acuerdo con la situación que se presente en su vida

Otros: _____

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Leer la biblia

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo?_ Si_____

¿ Existen recursos recreativos en su comunidad ? _____ Si_____

¿ De que tipo? parque y gimnasio

¿ Forma parte de alguna sociedad: ninguna

Deportiva _____ Cultural _____ Profesional _____

¿ Cuáles son sus pasatiempos favoritos: Leer la Biblia y estar con su familia

Objetivo:

Integridad neuromuscular: Disminuida

¿ Rechaza las actividades recreativas? no

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo X _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Primaria terminada

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: La Biblia

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? No

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? No

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? Si

Otros: Acerca de su alimentación

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Normal

Órganos de los sentidos: Sin alteración

Estado emocional: Indiferente

Otras manifestaciones: _____

5.2 ETAPA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
Nutrición e Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de deshidratación relacionado con falta de ingesta de líquidos hidratantes. • Alteración de la nutrición relacionado con cambios anormales de la glándula mamaria manifestado por falta de apetito y angustia.
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la glándula mamaria, relacionada con trastorno mamario, manifestado por secreción.
Descanso y Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del descanso y sueño relacionado con trastorno de la glándula mamaria manifestado por insomnio irritabilidad e inquietud.
Uso de prendas de vestir adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Incomodidad con el uso de prendas de vestir (brasier) relacionado con alteración de la glándula mamaria, manifestado por irritación, dolor y salida de secreción por el pezón.
Mantener la piel íntegra, limpia y lubricada	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la integridad cutánea relacionada con cambios en la glándula mamaria manifestado fibrosis. • Alteración del bienestar relacionado con trastorno de la glándula mamaria manifestado por dolor tipo cardiopático, (mastalgia), inflamación, sensación quemante y prurito.
Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> • Temor relacionado con trastorno de la glándula mamaria, manifestado por inquietud, y miedo a lo desconocido. • Temor a la muerte relacionado con cambios anormales de la glándula mamaria. • Alto riesgo de amputación de la glándula mamaria.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima relacionada con trastorno de la glándula mamaria manifestado por depresión y angustia. • Alto riesgo de disfunción sexual relacionado con la pérdida de una parte del cuerpo, cambio de la imagen de si misma y temor a la reacción de la pareja por la pérdida. • Alto riesgo de alteración de la imagen corporal.
Religión y creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento espiritual relacionado con trastorno de la glándula mamaria, manifestado por rezar y encomendarse a su religión.
Trabajar y realizarse	<ul style="list-style-type: none"> • Temor por dejar de trabajar, estudiar y/o realizarse, relacionado con trastorno mamario, manifestado por preocupación. • Alto riesgo de, no trabajar, estudiar y/o realizarse, relacionado con padecimiento mamario
Actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de actividades recreativas relacionado con cambios mamarios anormales, manifestado por apatía.
Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de conocimientos relacionado con padecimiento de la glándula mamaria manifestado por dudas.

5.3 ETAPA DE PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación

DX DE ENFERMERÍA

- Alto riesgo de deshidratación relacionado por falta de ingesta de líquidos hidratantes
- Alteración de la nutrición relacionada con cambios anormales de la glándula mamaria manifestado por falta de apetito y angustia

OBJETIVOS:

- ❖ Evitar deshidratación en la paciente durante su padecimiento.
- ❖ Evitar desnutrición de la paciente durante su padecimiento.
- ❖ Mejorar el estado de nutrición de la paciente

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p>Recomendar ingerir diariamente mínimo 2 lt de agua y máximo 4 lt.</p> <p>Recomendar ingerir líquidos regularmente cada hora o 2 hrs.</p> <p>Recomendar ingerir los siguientes grupos de alimentos: Verduras. Frutas. Legumbres y leguminosas. Carnes y lácteos.</p> <p>Por la importancia que tienen en el desarrollo y crecimiento.</p> <p>Recomendar ingerir alimentos tres veces al día con horario establecido y entre cada alimentación agregar una colación (fruta).</p> <p>Pesar regularmente a la paciente.</p>	<p>El 60% del organismo está compuesto por agua.</p> <p>En el agua se realizan los procesos químicos necesarios para la vida.</p> <p>Las proteínas cumplen una función plástica.</p> <p>Grasas y carbohidratos proporcionan energía.</p> <p>El indicador normal del Índice masa corporal es de 20 a 25, y representa la relación entre el peso y la talla..</p>	<p>La paciente se encuentra en estado de hidratación, a través de las recomendaciones que se hicieron.</p> <p>La paciente comprende la importancia de ingerir alimentos nutritivos y evitar aquellos que contienen en gran cantidad de calorías.</p> <p>Se consigue que la paciente ingiera alimentos nutritivos y se encuentre dentro del indicador normal índice masa corporal.</p>

NECESIDAD: Eliminación

DX DE ENFERMERÍA

- Alteración de la glándula mamaria, relacionada con trastorno mamario, manifestado por secreción.

OBJETIVOS:

- ❖ Verificar las características de secreción por el pezón, si es unilateral, bilateral, y la cantidad.
- ❖ Canalizar con el médico familiar para completar el diagnóstico por medio de estudios de laboratorio y gabinete.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Verificar las características de la secreción por el pezón: Unilateral, cantidad, espontánea o inducida.* Tipo de descarga, serosa, láctea, purulenta o hemorrágica.* Recomendar el cambio frecuente de ropa interior brasier.* Recomendar ropa interior (brasier) cómodo. Recomendar uso de blusa oscura.	<ul style="list-style-type: none">* La galactorrea es la salida de leche por el pezón y fuera de la lactancia, si es espontánea bilateral y abundante se considera patológica⁶⁵.* La descarga por el pezón serosa puede estar asociada con patología maligna⁶⁶.* Descarga hemorrágica después de los 35 años se asocia con cáncer de mama⁶⁷.* El vestido cómodo, seco y limpio proporciona bienestar.	<ul style="list-style-type: none">* Se evaluaron las características de la descarga por el pezón, se envía la paciente para posterior valoración con su médico familiar.* La paciente usa prendas de vestir cómodas.

⁶⁵ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 25

⁶⁶ Ídem.

⁶⁷ Ídem.

NECESIDAD: Descanso y sueño

DX DE ENFERMERÍA

- **Alteración del descanso y sueño, relacionado con trastorno de la glándula mamaria manifestado por insomnio , irritabilidad e inquietud.**

OBJETIVOS:

- ❖ **Favorecer el descanso y sueño del paciente durante el padecimiento mamario.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Disminuir en lo p osible el ruido que favorezca el descanso y sueño.</p> <p>Administrar analgésico prescrito por indic ación médica. Para favorecer el descanso y sueño.</p> <p>Recomendar el cambio de posición que disminuya el dolor y favorezca el descanso y sueño.</p> <p>Técnicas simples de relajación:</p> <p>* Frotamiento de la espalda antes de acostarse.</p> <p>*Momentos de tranquili dad antes de ir a costarse como leer o ver televisión.</p> <p>*Ayudar a prepara la cama y almohada para dormir y descansar.</p> <p>Recomendar a los familiares propiciar un ambiente favorable para descansar .</p>	<p>El conciliar un sueño mínimo de 8 horas favorece el funcionamiento mental, y disminuye la a ngustia y ansiedad.</p>	<p>Se recomendaron ca mbios de posición a doña Petra que favorecieron su descan so y sueño.</p> <p>Se oriento a doña Petra y familiares las técnicas por medio de las cuales ella podría conciliar el sueño.</p> <p>Se disminuyo el umbral de dolor de d oña Petra se gún referencias de ella y pudo descansar favorablemente.</p> <p>Se logro que doña Petra pudiera dormir y descansar adecuadamente con ayuda de sus familiares.</p>

NECESIDAD: Uso de prendas de vestir adecuadas

DX DE ENFERMERÍA

- **Incomodidad con el uso de prendas de vestir (brasier), relacionado con alteración de la glándula mamaria, manifestado por irritabilidad, dolor y salida de secreción por el pezón.**

OBJETIVOS:

- ❖ **Indicarle a la paciente, el tipo de ropa exterior e interior que debe vestir para evitar molestias y favorecer la comodidad.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Recomendar el cambio frecuente de ropa interior (brasier).* Recomendar ropa interior cómoda que no provoque malestar.* Recomendar que utilice blusa oscura para evitar que se vea el escurrimiento que pudiera ocurrir.	<ul style="list-style-type: none">* Las descargas pastosas y purulentas se asocian con procesos infecciosos⁶⁸.* La descarga bilateral esta condicionada generalmente por patología endocrina o uso de medicamentos⁶⁹.* La prenda de vestir adecuada proporciona una sensación de bienestar.	<ul style="list-style-type: none">* La paciente comprende la importancia de vestir ropa interior adecuada y se siente cómoda

⁶⁸ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 27

⁶⁹ Ídem.

NECESIDAD: Mantener limpia e íntegra la piel

DX DE ENFERMERÍA

- Alteración de la integridad cutánea relacionada con cambios en la glándula mamaria manifestado fibrosis.
- Alteración del bienestar relacionado con trastorno de la glándula mamaria manifestado por dolor tipo cardiopático, inflamación, sensación quemante y prurito.

OBJETIVOS:

- ❖ Canalizar a la paciente con su médico familiar para descartar o confirmar tumor benigno o maligno, por medio de estudios complementarios.
- ❖ Mejorar el bienestar de la paciente, controlando el dolor y sensación quemante y prurito.
- ❖ Orientar a la paciente y no alarmarla sobre las características de la piel que presenta, canalizarla con su médico familiar para confirmar o descartar diagnóstico de sospecha.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Realizar la exploración clínica de la glándula mamaria, para detectar tumores en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tamaño. * Tiempo de evolución * Forma. * Consistencia. * Adherencias. * Localización. * Cuadrante. * Horario. * Profundidad <p>Y datos asociados como: Dolor, descarga por el pezón, eritema, edema, aumento de volumen mamario, deformidad mamaria y aumento de vascularidad.</p> <p>Llenar el formato exploración clínica de la mama con resultado anormal.</p> <p>Se orienta a la paciente sobre los hallazgos encontrados en la exploración física.</p>	<p>Los criterios clínicos para el Diagnóstico de cambios fibroquísticos son⁷⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mastalgia uni o bilateral persistente. - Nodularidad mamaria con áreas de sistematización. - Hipersensibilidad mamaria. - Nódulos mamaros dominantes. - Descarga serosa por el pezón. 	<p>Se canaliza a la paciente con su médico familiar y se llena el formato exploración clínica de la mama con resultado anormal.</p> <p>No se mejora el bienestar de la paciente, ya que se envía con su médico familiar para su diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Se orienta a la paciente sobre los hallazgos encontrados.</p>

⁷⁰ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p 35

NECESIDAD: Evitar peligros

DX DE ENFERMERÍA

- Temor relacionado con trastorno de la glándula mamaria, manifestado por inquietud, y miedo a lo desconocido.
- Temor a la muerte relacionado con cambios anormales de la glándula mamaria.
- Alto riesgo de amputación de la glándula mamaria.

OBJETIVOS:

- ❖ Disminuir el temor de la paciente orientándola y aclarando dudas.
- ❖ Disminuir el temor a la muerte, por medio de la orientación y posibles resultados.
- ❖ Evitar la amputación de las glándulas mamarias.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p>Explicar a la paciente que no todos los tumores son de naturaleza maligna.</p> <p>Hacer entender a la paciente que un posible diagnóstico de cáncer, no necesariamente es sinónimo de muerte.</p> <p>Hacer hincapié que un diagnóstico y tratamiento oportuno pueden salvar la vida.</p> <p>Realizar el examen clínico de mama y en caso de encontrar hallazgos anormales enviarla con su médico familiar.</p>	<p>Las dos terceras partes de las tumoraciones encontradas en una mujer durante su vida fértil son por patología benigna⁷¹.</p> <p>El 50% de las masas palpables en mujeres perimenopausicas y la mayor parte de las lesiones en las posmenopausicas son malignas⁷².</p> <p>La mastografía juega un papel importante en la detección del cáncer de mama, por que puede mostrar cambios en el tejido mamario dos o más años antes que el médico o la paciente pueda identificarlos⁷³.</p>	<p>La paciente disminuyo su temor al aclararse sus dudas y temores.</p> <p>La paciente comprendió que un diagnóstico de cáncer no necesariamente implica la muerte.</p> <p>Se canaliza inmediatamente a la paciente con su médico con el formato exploración clínica de la mama con resultado anormal y para diagnóstico y tratamiento oportuno y evitar la amputación de alguna de sus glándulas mamarias.</p>

⁷¹ Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004 p38

⁷² Ídem.

⁷³ Ídem.

NECESIDAD: Comunicación

DX DE ENFERMERÍA

- **Baja autoestima relacionada con trastorno de la glándula mamaria manifestado por depresión y angustia.**
- **Alto riesgo de disfunción sexual relacionado con la pérdida de una parte del cuerpo, cambio de la imagen de si misma y temor a la reacción de la pareja por la perdida.**
- **Alto riesgo de alteración de la imagen corporal.**

OBJETIVOS:

- ❖ **Disminuir la depresión y angustia de la paciente y aumentar su autoestima.**
- ❖ **Evitar alteraciones sexuales relacionadas con el trastorno de la glándula mamaria.**
- ❖ **Evitar la mutilación de alguna parte de su cuerpo que pudiera alterar su imagen corporal.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p>Permitir que la paciente exprese sus inquietudes, deseos y sentimientos</p> <p>Proporcionar compañía.</p> <p>Pedir que la visite a seres queridos y amigos comprensivos.</p> <p>Fomentar las actividades recreativas.</p> <p>Explicar con libertad y honestidad el tema de la sexualidad y adoptar una actitud atenta, imparcial y de apoyo.</p> <p>Alentar a la pareja para que exprese sus preocupaciones acerca de la sexualidad.</p> <p>Proporcionar privacidad cuando se comenten problemas personales.</p>	<p>Los problemas personales necesitan de ser escuchados por una persona de confianza.</p> <p>Con una compañía agradable, la paciente no se siente sola ante los problemas que la preocupan.</p> <p>El bienestar psicológico mejora los efectos de la salud física óptima⁷⁴.</p> <p>La paciente puede percibir fácilmente la insinceridad y la inseguridad, la falta de conocimientos y la inexperiencia del personal de salud⁷⁵.</p> <p>Los cambios de conducta toman tiempo y no deben ser interpretados como rechazo⁷⁶.</p>	<p>La paciente disminuye la depresión y angustia a través de los cuidados de Enfermería que se proporcionaron.</p> <p>La paciente comenta sus inquietudes acerca de la sexualidad y se siente más tranquila.</p> <p>A través de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno se evita la mutilación de la glándula mamaria y alteración de la imagen corporal.</p>

⁷⁴ De Brunner y Suddarth "Estudios y tratamiento de mujeres con mastopatias", En: Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial interamericana- Mc graw-Hill, volumen II, impreso en México, 1994 p 1383

⁷⁵ Ídem

⁷⁶ Ídem.

NECESIDAD: Creencias y religión

DX DE ENFERMERÍA

Sufrimiento espiritual relacionado con trastorno de la glándula mamaria, manifestado por rezar y encomendarse a su religión.

OBJETIVOS:

- ❖ Favorecer el acercamiento a su religión y dejar expresar libremente sus sentimientos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
Dejar que la paciente exprese sus sentimientos. Proporcionar confidencialidad. Permitir que la paciente exprese sus creencias y su religión. Proporcionar ayuda si la paciente lo solicita.	Cuanto mas pronto acepte la realidad de la situación, más apta estará para poner en marcha mecanismos de solución de problemas⁷⁷. La cultura es todo el entorno que rodea al sujeto. El proporcionar ayuda sin solicitarlo es una expresión de amor.	A la paciente se le proporciona libertad de expresar sus creencias y religión, y sentimientos. Refiere sentirse mejor espiritualmente.

⁷⁷ De Brunner y Suddarth "Estudios y tratamiento de mujeres con mastopatias", En: Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial interamericana- Mc graw-Hill, volumen II, impreso en México, 1994 p 1383

NECESIDAD: Trabajar y realizarse

DX DE ENFERMERÍA

- Temor por dejar de trabajar, estudiar y/o realizarse, relacionado con trastorno mamario, manifestado por preocupación.
- Alto riesgo de, no trabajar, estudiar y/o realizarse, relacionado con padecimiento mamario.

OBJETIVOS:

- ❖ Disminuir el temor de la paciente en relación a la pérdida del trabajo, estudio y/o realizarse como persona.
- ❖ Evitar que el paciente sufra la pérdida del trabajo, estudio o no pueda realizarse como ser humano.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Permitir que el paciente exprese sus inquietudes en relación al trabajo, estudio y/o realizarse.	El apoyo de personas significativas para la paciente es más valorado y perdurable ⁷⁸ .	La paciente disminuyó su temor en relación al trabajo, estudiar o realizarse.
Orientar al paciente sobre la necesidad de trabajar, estudiar o realizarse.	Las personas se recuperan con mayor eficacia y alegría cuando pueden relacionarse con sus semejantes ⁷⁹ .	Se oriento sobre la importancia de trabajar, estudiar y realizarse.
Explicar que si existiera la posibilidad de malignidad mamaria, el paciente estaría en condiciones de continuar trabajando, estudiar o realizarse.	Actualmente existen prótesis, técnicas de reconstrucción y otros recursos que mejoran la aceptación del plan terapéutico ⁸⁰ .	

⁷⁸ De Brunner y Suddarth "Estudios y tratamiento de mujeres con mastopatías", En: Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial interamericana- Mc graw-Hill, volumen II, impreso en México, 1994 p 1383

⁷⁹ Ídem.

⁸⁰ Ídem.

NECESIDAD: Actividades recreativas

DX DE ENFERMERÍA

Déficit de actividades recreativas relacionado con cambios mamarios anormales, manifestado por apatía.

OBJETIVOS:

- ❖ Favorecer las actividades recreativas para disminuir el temor, la angustia y la apatía.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
Sugerir al a paciente que realice actividades recreativas que puedan animarla y evitar apatía. Realizar una planeación de actividades como: Ver televisión. Escuchar la radio. Visitas a parques. Leer libros, periódicos o revistas. Visitas a cines, museos.	Las actividades recreativas estimulan la relajación muscular, disminuyen la tensión emocional y favorecen el riego sanguíneo cerebral.	La paciente se comprende la importancia de realizar actividades recreativas para disminuir el temor y la angustia.

NECESIDAD: Aprendizaje

DX DE ENFERMERÍA

- **Déficit de conocimientos relacionado con padecimiento de la glándula mamaria manifestado por dudas.**

OBJETIVOS:

- ❖ **Aclarar dudas sobre la anatomía de la glándula mamaria, las manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y posibles resultados.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
Orientar a la paciente sobre: las características normales de la glándula mamaria, alteraciones de la misma, diagnóstico, tratamiento. Hacer hincapié que no todos los resultados anormales del examen clínico necesariamente se asocian con cáncer de mama.	El conocimiento de lo desconocido disminuye el temor	Se aclaran dudas relacionadas con su padecimiento actual y la paciente expresa comprender lo que se enseña, disminuyen sus dudas.

6. PLAN DE ALTA

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Enseñarle que practique los ejercicios de respiración	La respiración eficaz es necesaria para sentir una sensación de bienestar.
<p>Se indica que aumente el número total de horas de sueño</p> <p>Se hace un programa de reposo durante el día especialmente antes y después del ejercicio físico</p> <p>Hacer que reordene actividades diarias de manera que ahorre energía</p> <p>Aportar proteína, calorías y líquidos adecuados.</p> <p>Fomentar la higiene con jabones neutros aplicación de lociones y corte de uñas</p> <p>Se incluye a la familia y a otras personas cercanas al paciente el programa enseñanza</p> <p>Orienta en las formas de evitar las emociones intensas manejo de estrés</p> <p>Indicarle que tipo de vestimenta puede usar</p> <p>Explicarle como tomar sus medicamentos</p>	<p>El sueño restaura la energía corporal</p> <p>Durante el reposo se conserva la energía y se reabastecen las concentraciones tisulares de sustancia necesaria, varios periodos breves de reposo pueden beneficiar más que uno largo</p> <p>La reorganización de actividades disminuye las pérdidas de energía y los factores estresantes</p> <p>La depresión de proteínas y calorías disminuye la tolerancia de la actividad</p> <p>Los jabones neutros y lociones son útiles para prevenir la resequedad y agrietamiento de la piel</p> <p>El acatamiento del programa de cuidados personales mejora cuando el paciente recibe apoyo de sus familiares</p> <p>El estrés emocional provoca vasoconstricción periférica al estimular es sistema nervioso simpático</p> <p>La ropa ajustada obstaculiza la circulación y fomentan la estasis venosa</p> <p>El tomar los medicamentos indicados y a su hora, nos proporcionan mejores resultados.</p>

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En cuanto al objetivo general:

Se elaboro un Proceso Atención de Enfermería en el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM en el servicio de Atención Médica Continua a un paciente del sexo femenino con diagnostico de Mastopatía Fibroquística de acuerdo al modelo de Virginia Henderson

En cuanto a los objetivos específicos.

1. Se brindó cuidado integral a la paciente con diagnóstico de Mastopatía Fibroquística proporcionando mayor calidad de vida en el menor tiempo posible.
2. Se Proporciono atención de Enfermería con sentido humano y se canalizo al servicio de psicología.
3. Se le indicaron a la paciente los factores que pueden ocasionar exacerbación de la sintomatología.
4. Se le indico a la paciente la importancia de seguir el tratamiento y no perder sus citas médicas.
5. Se oriento a la paciente sobre la técnica de autoexploración mamaria, haciendo énfasis sobre los hallazgos anormales.

La paciente con Mastopatía Fibroquística requiere asistencia del profesional de Enfermería que incluya atención a sus necesidades fisiológicas y reacciones emocionales al diagnóstico y su tratamiento.

La Enfermera profesional debe expresar a las pacientes optimismo y esperanza, y ser realista en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Las Enfermeras tienen una función importante en la reducción de los tumores malignos a través de la investigación, asistencia a la paciente, y compromiso para la enseñanza y prevención.

La participación de Enfermería en la enseñanza del auto examen de las mamas a todas las pacientes es la clave para disminuir la proporción de mortalidad por esta enfermedad.

Posterior a la aplicación del Proceso de atención de Enfermería la paciente refiere sentirse mejor física y emocionalmente, comprende que el diagnóstico de Mastopatía Fibroquística, no necesariamente se relaciona con el cáncer de mama, pero entiende que es un factor de riesgo. La paciente esta consciente de la importancia de seguir el tratamiento médico, así como evitar posibles factores de riesgo que puedan agravar su sintomatología. La paciente comprende la importancia de realizarse periódicamente la autoexploración mamaria y la mastografía.

10. GLOSARIO DE TERMINOS

Biopsia: es cualquier procedimiento que produzca un diagnóstico tisular, incluyendo el análisis citológico, biopsia con cilindro ó por escisión.

Caso falso negativo (FN): se considera cuando se diagnostica cáncer dentro del año, después de un estudio mamográfico con hallazgos normales o probablemente benignos (categorías 1,2,y 3)
Compresión de la mama: La aplicación de presión a la mama durante la mamografía, para inmovilizar

Diagnóstico de cáncer: es un diagnóstico tisular no de la imagen.

Mama estándar: Un modelo teórico utilizado para el calculo de la dosis glandular que consiste de una región central de 40 mm de grosor que contiene una mezcla de tejido adiposo y glandular de 50%: 50% en peso rodeado de una capa superficial de tejido adiposo de 5 mm de grosor. La mama estándar es semicircular con un radio > 80 mm y tiene un grosor total de 50 mm. (ver: maniquí estándar)

Mamografía de cribado negativa: es la que se encuentra en las categorías 1 y 2. Aunque los de la categoría 3 pueden ser negativos, no se incluye aquí porque es necesario realizar una mamografía diagnóstica y se incluiría en este grupo.

Mamografía de cribado positiva: es la que hace que se vuelva a llamar a la paciente ó que se encuentra en las categorías 4 y 5 y se envía para estudio biopsico.

Mamografía de screening o de cribado: es la que se realiza a mujeres sintomáticas, para detectar de manera precoz, cánceres de mama no sospechados clínicamente.

Mamografía diagnóstica negativa: es la que se encuentra en las categorías 1,2 y probablemente la 3

Mamografía diagnóstica positiva: es la que requiere un estudio bipsico por encontrarse en las categorías 4 y 5

Mamografía diagnóstica: es la que se realiza a una mujer con signos ó síntomas clínicos que sugieren cáncer de mama, y las que se realizan por encontrar hallazgos anormales en una mamografía de cribado. Las mamografías que se realizan en pacientes con historia de cáncer de mama tratado de forma conservadora y las de las pacientes con mamoplastia aumentadora, generalmente se consideran diagnósticas, pero con fines de la auditoria deben incluirse en el grupo de cribado

Mamografía: El examen radiológico de la mama femenina.

Paciente: Cualquier mujer que acude a un centro de mamografía bien para cribado o diagnóstico sintomático.

Porcentaje de detección de cáncer: es el número de cánceres detectados correctamente por mamografía, por 1000 pacientes examinados con mamografía. Tiene gran valor cuando se calcula solamente para mujeres sintomáticas. Puede calcularse también separadamente para la prevalencia de los cánceres (aquellos que se encuentran en el primer examen mamográfico y para la incidencia de los cánceres (aquellos que se encuentran en exámenes de cribado subsiguientes realizados dentro del intervalo recomendado). Puede calcularse también por grupos de edad (40-49,50-59 etc)

BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO, Rosa linda, “Aplicación del Proceso de Enfermería”. Segunda edición, Doyma,. S.A. Barcelona, España. 1992. Pág. 6.
2. B.C. LONG/ W.S. Phipp. “Enfermería Medicoquirúrgica”. 2ª. Edición. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pág. 12.
3. CARPENITO, Manuel. “Manual de diagnostico de enfermería”. 4ª. Edición. Editorial Interamericana. Madrid 1993. Pág. 9-11.
4. De Brunner y Suddarth “Estudios y tratamiento de mujeres con mastopatias”, En: Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial interamericana- Mc graw-Hill, volumen II, impreso en México, 1994 pp 1361-1366
5. Detección y Atención Integral del Cáncer de mama, Guía Técnica 2004, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004
6. ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA “. Volumen I. Pág. 3-4.
7. Félix Ramírez Alonso, “Enfermedades de la Glándula Mamaria” En: Obstetricia para la Enfermera Profesional, Editorial manual moderno, México, 2002.
8. Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 42-43.
9. GARCIA ALBARRAN Y MATA CORTES. “El Proceso Atención de Enfermería”. Antología UNAM. Enero, 1996. Pág. 26-28.
10. GARCIA. Ma. de Jesús. “El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson”. Editorial Progreso, S.A. 1997. Pág. 31-33.
11. IYER Patricia,W. Et. Al. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Interamericana- Mc Graw-Hill. México, 1989, p.1
12. Miguel Ángel Ponce Cortes, “Aparato reproductor femenino” En: Anatomía y Fisiología, SUA-ENEO, México 2004.
13. Mondragón Castro Héctor, “Alteraciones de la mama” En: Ginecología Básica, Editorial Trillas, 1ª reimpresión, México, 1995.
14. Mondragón Castro Héctor, “Aparato Genital Femenino” En: Ginecología Básica, Editorial Trillas, 1ª reimpresión, México, 1995.
15. Norma Oficial Mexicana para el cáncer de mama
16. Olds London Ladewin, “Atención de la mujer con mastitis”, En: Enfermería materno Infantil, Editorial Mc graw-Hill- interamericana, cuarta edición, impreso en México, 1995.
17. Phaneuf, Margor inf. M:A: CUIDADOS DE ENFERMERÍA, Un proceso de atención de enfermería. Primera edición 1993, editorial Interamericana McGraw-Hill; 93-102.
18. Wingarden y Smith, “Cáncer Mamario”, En: Cecil tratado de medicina interna, Editorial interamericana- Mc Graw-Hill, 18ª edición, volumen 2, impreso en México, 1995.