



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

SOMETIDA A TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

Que para obtener el título de:

LICENCIADO DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

LUIS PABLO REYES DE LOS SANTOS

No. Cuenta: 095533247

Directora del trabajo

MTRA. LETICIA SANDOVAL ALONSO

MEXICO D.F. Septiembre 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	2
2	OBJETIVO	3
3	METODOLOGÍA	4
4	MARCO TEÓRICO	5
4.1	Antecedentes Históricos de Enfermería	5
4.2	Conceptualización de la Enfermería	6
4.3	Proceso de atención de enfermería	8
4.4	Etapas del proceso de atención de enfermería	10
4.4.1	Valoración	10
4.4.2	Diagnóstico de enfermería	14
4.4.3	Planificación	17
4.4.4	Ejecución	19
4.4.5	Evaluación	21
5	MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	23
5.1	Entorno	27
5.2	Enfermería	27
5.3	Salud	27
5.4	Persona	27
6	APLICACIONES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	28
6.1	Ficha de identificación	28
6.2	Presentación del caso	29
6.3	Valoración Física Focalizada	31
6.4	Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería	33
6.5	Cuadro de Valoración y Diagnóstico de Enfermería	47
7	CONCLUSIONES	52
8	BIBLIOGRAFÍA	53
9	ANEXO	54
9.1	Anexo I. Instrumento de valoración	55
9.2	Anexo II. Cáncer de mama	68

1 INTRODUCCIÓN

La enfermería, como profesión relativamente joven, ha arraigado profundamente en la necesidad de las personas, y es sin duda una parte relevante del sistema sanitario, no solo por ser el colectivo más numeroso de los profesionales sanitarios, sino por ser una contribución fundamental en las nuevas tendencias asistenciales existentes dentro del sistema de salud; el progreso de envejecimiento de la población, las modificaciones en los estilos de vida, la aparición de nuevas enfermedades, el aumento de patologías crónicas, la existencia de grupos de riesgo más vulnerables, etc., todo ello hace que la demanda de los servicios de enfermería sea cada vez mayor.

La misión de la enfermera gira alrededor de los cuidados, por ello se puede afirmar que, enfermería es la ciencia del arte de cuidar la salud y el bienestar de las personas sanas o enfermas.

El caso abordado en este Proceso de Atención de Enfermería, corresponde a una paciente femenina adulta mayor que ingresa al hospital para recibir su primera sesión de quimioterapia, el cual se pretende que se cubran las necesidades de la paciente y que las intervenciones de enfermería tengan un gran impacto significativo en el conocimiento para la señora y su familia y que cuenten con las herramientas para dar soluciones a eventos de salud en un futuro.

Por ello es de suma importancia para las enfermeras en su formación continua y permanente, la cual debe ir dirigida prioritariamente tanto hacia el conocimiento pleno de la metodología de los cuidados enfermeros, como al fomento de la aplicación en su práctica clínica. Por ello nos planteamos el poder disponer de instrumentos que faciliten el desarrollo metodológico en la práctica de enfermería y que mejoren la calidad de los cuidados así como estandarizar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✚ Aplicar un proceso de atención de enfermería en una persona con cáncer de mama sometida a tratamiento de quimioterapia, con la finalidad de integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica.
- ✚ Desarrollar un proceso de enfermería que sirva como instrumento para orientar el abordaje del personal de salud con pacientes o personas con cáncer de mama y que sirva como requisito para presentar el examen profesional y así obtener el título de licenciado en enfermería y Obstetricia.
- ✚ Realizar el proceso de atención de enfermería en una situación real, identificando necesidades y respuestas humanas de la paciente ante situaciones de salud para así saber abordarlas en un enfoque holístico.

3 METODOLOGÍA

El presente proceso de atención de enfermería se eligió como opción de titulación, para lo cual se revisó la bibliografía del modelo de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería aplicado a una paciente con cáncer de mama sometida a tratamiento de quimioterapia.

Se obtuvo información en diferentes referencias bibliográficas de apoyo para sustentar las bases teóricas de la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería para llegar a su desarrollo y aplicación, así mismo desarrollar un marco teórico bien fundamentado.

Se realizó la elección de la paciente con la cual se realizará el Proceso Atención de Enfermería, aplicando la primera etapa, que es la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson a través de la entrevista directa e indirecta con la persona y la familia en el área hospitalaria, teniendo la autorización para el desarrollo del mismo, se desarrolla en un entorno agradable, respeto y empatía. Se describe el instrumento para la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y se describe la patología de cáncer de mama (ANEXO).

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizó la taxonomía editado por La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Así mismo se desarrollo la segunda etapa del proceso, llevando a cabo la planeación de las acciones de enfermería can base a la identificación de las necesidades de la persona, elaborando objetivos a seguir, así con la evaluación de los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa y observando los resultados y beneficios para la persona.

Se solicitó el apoyo de un profesor titular para la elaboración metodológica del Proceso Atención de Enfermería para su revisión y su aprobación. Que sirva como requisito para presentar examen profesional y así obtener el título de Licenciado en Enfermaría y Obstetricia.

3 MARCO TEÓRICO

4.1. Antecedentes de enfermería.

Desde los primeros tiempos se reconocen la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y a los recién nacidos, antes de la era cristiana (año 1500 d.C) eran las mujeres encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar, desde entonces ha cambiado constantemente y continuará cambiando a medida que el conocimiento y los avances tecnológicos se incrementen, la enfermería empieza a ser reconocida como ciencia legítima a partir de los años 70s en la que se logró la integración de la investigación de enfermería en todos los programas colegiados de formación.

A partir de mediados del siglo XIX la Enfermería dio un gran aporte científico con la aparición de las Teóricas, la reforma llegó con Florencia Nightingale (1820-1910) quien introdujo las ciencias de la salud en los hospitales militares, luchó por la limpieza y la comodidad de los heridos, para contar con un entorno favorable y de esta manera influir en la recuperación de los clientes, así mismo se tuvo una formación educativa elevándola con el estatus de profesión y que el pueblo aplicará medidas sanitarias para la prevención de posibles enfermedades, disminuyendo la tasa de mortalidad. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos podía restablecerse mediante la instrucción y la formación clínica de las enfermeras.

Se debe a Florencia Nightingale el cambio de la dirección de enfermería y por consiguiente la concepción moderna de esta profesión, ella pensaba que esta disciplina debía responder a una vocación y no solamente la intuición y la dedicación. Florencia Nightingale escribió lo siguiente “La enfermera nos coloca en la mejor condición natural posible para recuperar y preservar la salud”.¹

En la segunda mitad del siglo XX, ha habido movimientos que han afectado los cuidados de la salud y la enfermería como: en consumismo, la creciente concientización y exigencias del paciente de recibir cuidados de salud de calidad, el cambio de los modelos de trabajo-ocio, la lucha de los derechos civiles, el progreso de la salud pública y la lucha por la igualdad de las mujeres.

¹ WOLFF, Luverne (1992) Fundamentos de Enfermería

La función que distingue a la enfermería es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyen a mantener la salud o a recuperarla o en todo caso a un buen morir ya que son actividades que la persona puede llevar a cabo si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.²

Por tal motivo es función de la enfermera desempeñar su labor con bases científicas que ayuden a la persona a recuperar su independencia lo más pronto posible para incorporarlo a la sociedad.

4.2 Conceptualización de Enfermería.

El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, el cual se concibe como todas las acciones que realiza la enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o compense las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud. Enfermería tiene la virtud de cuidar la vida integral, respetando los derechos, sentimientos de la persona que cuida.³ Siendo integral por que incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo, considerando todas sus necesidades.

Enfermería se describe como el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en una dimensión integral con el propósito de que el profesional de la salud utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, teniendo como campo de acción todos los espacios donde la persona se desarrolle y en el que atiende su salud ya sea dentro o fuera del área hospitalaria.⁴

La enfermería es el conjunto de actividades profesionales con el conocimiento científico, desarrollado dentro de un marco conceptual destinado a promover, mantener o restaurar un estado de salud óptimo que permita satisfacer las necesidades básicas del individuo, su familia y la sociedad.

² Fernández Ferrin Carmen. Novel Gloria. El Proceso de Atención de Enfermería

³ Cárdenas Margarita (2000) Conceptualización de la Enfermera

⁴ (Curso taller) El proceso de atención de Enfermería. ENEO

Enfermería: Arte y Ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar con una concepción holística del hombre, basados en fundamentos teóricos y metodológicos.⁵

Otra definición de enfermería por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Enfermería se define como “La ciencia” (Leddy, 1989) y “el arte” (Iyer 1997) de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” (Alfaro. 1999) de las “respuestas humanas” (Iyer, 1997) del “individuo, familia y comunidad a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales (Luis, 1998) así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.⁶

Por tanto la práctica de enfermería debe llevarse a cabo más allá de una simple realización de técnicas y procedimientos, ya que requiere de brindar cuidados fundamentales e intelectuales, debiendo reflexionar y responder a las necesidades individuales de cada persona ya que es su objeto de estudio.

Enfermería se basa en cuatro conceptos básicos que son: la Persona, la Salud, el Cuidado y el Entorno.

- ✚ La Persona: Se define como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral e indisoluble, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo mismas y con el universo, las cuales están en relación mutua con el entorno, la persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, los cuales reflejan sus valores, las creencias y las prácticas entorno a su salud las que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular lo cual determina necesidades, las cuales deben tomarse en cuenta como punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarcando al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.

- ✚ La Salud: Es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, sus creencias, forma de actuar y las cuales son utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo.

⁵ Fuentes, M. (2008) Enfermería. <http://donacion.Órganos.ua.es/enfermería/enfermería>. Consultado en agosto, 2013

⁶ North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 2012.

- ✚ El Cuidado: Las propias acciones de enfermería individualizados, en colaboración con la persona, la familia, el grupo y la comunidad,⁷ teniendo diferentes connotaciones, cuidar de sí mismo, cuidar de otros y con otros, los cuidados están orientados hacia la vida y vinculados hacia la necesidad de garantizar y mejorar la cantidad y calidad de vida.
- ✚ El Entorno: Mediante los procesos interactivos, la enfermera orienta los intercambios entre la persona y su entorno hacia la promoción de la salud, acompaña a la persona en el camino a la curación y ayuda a la persona a reconocer las faltas de conexión internas, sus reacciones frente a los agentes de estrés, exteriores e interiores y volverse más atento respecto a su cuerpo, se relacione con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir en cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, la interacción entre la persona y el entorno que condiciona su proceso de Salud- Enfermedad.⁸

4.3 Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos.

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961), y Windenbach (1963), los cuales consideraron un modelo de tres etapas: Valoración, Planeación y Ejecución.

Yura y Wals (1967), establecieron 4 etapas: Valoración, Planeación, Realización y evaluación. A mediados de los años 70, Blach (1974), Roy, Mundinger y Jauron (1975), Espinal (1976) establecieron las cinco etapas actuales al agregar la etapa Diagnóstica.

Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, teniendo carácter metodológico, que consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

⁷ Kerouac S. y Cols. 1996. España. El pensamiento Enfermero.

⁸ (curso taller) El proceso de Atención de Enfermería. ENEO

Características del proceso enfermero.

Es un Método: Porque es una serie de pasos a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Sistemático: Por estar conformado por 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Humanista: Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

Intencionado: Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Dinámico: Porque está sometido a continuos cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Flexible: Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

Interactivo: Por requerir de la interrelación Humano-Humano con él o (la) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero, es el método conocido como el Proceso de Atención de Enfermería el cual permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, realizando acciones, que van más allá del cumplimiento de la prescripción médica ya que el Proceso Enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana,⁹ dichas acciones para lograr objetivos son:

-  Promover, mantener o recuperar la salud o lograr una muerte tranquila.
-  Identificar necesidades reales o potenciales del paciente, familia y comunidad.
-  Establecer planes de cuidados individuales.
-  Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

⁹ Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Editorial Doyma.

Pensar en la enfermería y en cambiar la práctica no es fácil, la habilidad normal de una persona para cuidar de sí misma (Autocuidado) puede verse disminuida por la enfermedad, por su tratamiento o por la edad, estado también implicado el funcionamiento físico, psicológico, social espiritual, cubrir las necesidades puede implicar el uso de conocimientos científicos complejos, aplicaciones tecnológicas y habilidad en las relaciones humanas, ninguna situación de enfermería es sencilla como parece y no siempre es fácil una toma de decisión inteligente y en una ejecución planificada, de tal forma que el Proceso de Atención de Enfermería nos proporciona ventajas:

Ventajas para la enfermera:

- ✚ Produce satisfacción en el trabajo.
- ✚ Promueve el crecimiento profesional.
- ✚ Mejora su calidad de atención.
- ✚ Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la práctica.
- ✚ Sirve de guía en la práctica, la docencia y la investigación.¹⁰

Ventajas para el paciente:

- ✚ Mejora en la calidad de atención.
- ✚ Garantiza la calidad de cuidados de enfermería.
- ✚ Participación en su Autocuidado.
- ✚ Continuidad en su atención.

4.4. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

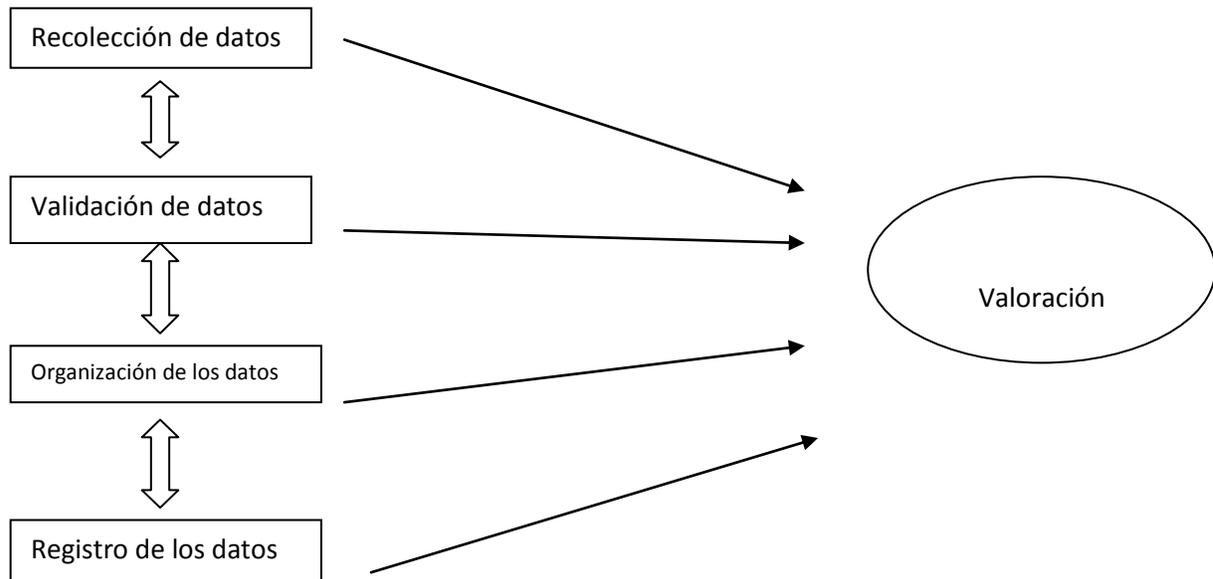
4.4.1 Valoración.

Primera etapa del proceso, debe ser organizada y sistematizada para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes.

Definición.- Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posibles de las necesidades de la persona, sus capacidades. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuáles su situación actual.

¹⁰ Kershaw B. Modelos de enfermería. Editorial Doyma. Barcelona. España 1988

Dato: El dato es información que la persona, familia y/o comunidad vierte sobre su estado de salud, y se obtiene y analiza a través de:



Recolección de datos: es la Primera fase de la valoración, esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo.

Debe reunir las siguientes características: ser completa, sistemática y ordenada, para ello debe seguir el modelo teórico bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería, porque con base en el permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ello la implementación de las demás fases.

La focalizada consiste en identificar concretamente el problema, en la búsqueda de la información, a través de ella se confirma o descarta un problema sobre un punto específico de la persona (cabeza, abdomen, hábitos, sueño, etc.).

Clasificación de los datos

Datos Subjetivos	Datos Objetivos
Se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud, por ejemplo ideas, síntomas, sentimientos y/o acontecimientos, de los cuales la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento, pero que son esenciales para confirmar o descartar un diagnóstico de enfermería.	Como su nombre lo indica, es información observable y medible, la enfermera tiene la garantía que están sucediendo en el momento y los puede confirmar a través de la observación y/o exploración física. En este caso como ejemplo están los signos (cianosis, ictericia, tumoración en el cuadrante superior derecho, etc).

Medios y técnicas para la recolección de los datos: son el apoyo para el profesional de enfermería, mediante el cual podrá obtener información:

- ✚ Observación.
- ✚ Entrevista.
- ✚ Exploración física.

Validación de los datos: validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias.¹¹

Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, y/o llegar a conclusiones precipitadas a través de:

- ✚ Revisar los propios datos.
- ✚ Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- ✚ Identificar que no existen factores transitorios.
- ✚ Revisar los datos críticos.
- ✚ Comprobar congruencia entre los datos.

Organización de los datos: consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales o potenciales.

¹¹Almansa, M. P. (1999) Metodología de los Cuidados de Enfermería.

Registro de los datos: Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una atención de calidad.

Registro de datos: Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. ¹² Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centra en: “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de acción sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación de enfermería” ¹³

- ✚ Cumplir normas.
- ✚ Evitar juicios de valor.
- ✚ Escribir textualmente lo que el usuario expresa mediante entrecomillado (“”).
- ✚ Acompañar las interferencias con evidencia respectiva.
- ✚ Evitar tachaduras o aplicación de corrector y especificar como error/ correcto.
- ✚ Informar situaciones relevantes e importantes.
- ✚ Realizar anotaciones claras, completas y concisas.

Se sugiere seguir las siguientes recomendaciones para el registro de los datos:

- ✚ Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- ✚ Evitar dejar espacios en blanco.
- ✚ Cuidar la ortografía y evitar la abreviatura.
- ✚ Anotar la fecha y la hora en que se realiza el registro.
- ✚ Escribir toda la información que proporcione el equipo de salud.
- ✚ Registrar cuando un usuario o familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

¹² Rodríguez, S. B. A., (2002). Proceso Enfermero Aplicación Actual

¹³ Iyer, P. W., Taptich, B. J. y Bernocchi. D. (1997) Enfermería Fundamental.

4.4.2 Diagnóstico de enfermería.

Es el enunciado de un juicio clínico sobre las relaciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar la etapa de planeación.¹⁴

El juicio clínico es el acto de intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico; es decir, es un término frase que representa un patrón de claves relacionadas que puede incluir modificadores¹⁵

Ventajas: Las ventajas de un diagnóstico de enfermería son:

- ✚ Adoptar un vocabulario común.
- ✚ Identificar los problemas de las personas.
- ✚ Centrar lo cuidados en aspectos de enfermería.
- ✚ Ofrecer a las personas cuidados de calidad, personalizado y humanizado.
- ✚ Dar mayor prevención.
- ✚ Proporcionar elementos de información.
- ✚ Establecer una base para la evaluación.
- ✚ Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- ✚ Acentuar la importancia del rol de la enfermera.
- ✚ Desarrollar el saber enfermero.

Taxonomía NANDA, el uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó en la década de los 70s con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990) (NANDA-2008: 344)¹⁶

¹⁴ Phaneuf. M (1999). La Planificación de los Cuidados enfermeros.

¹⁵ Louis, R, M. T (2005). Los Diagnósticos Enfermeros.

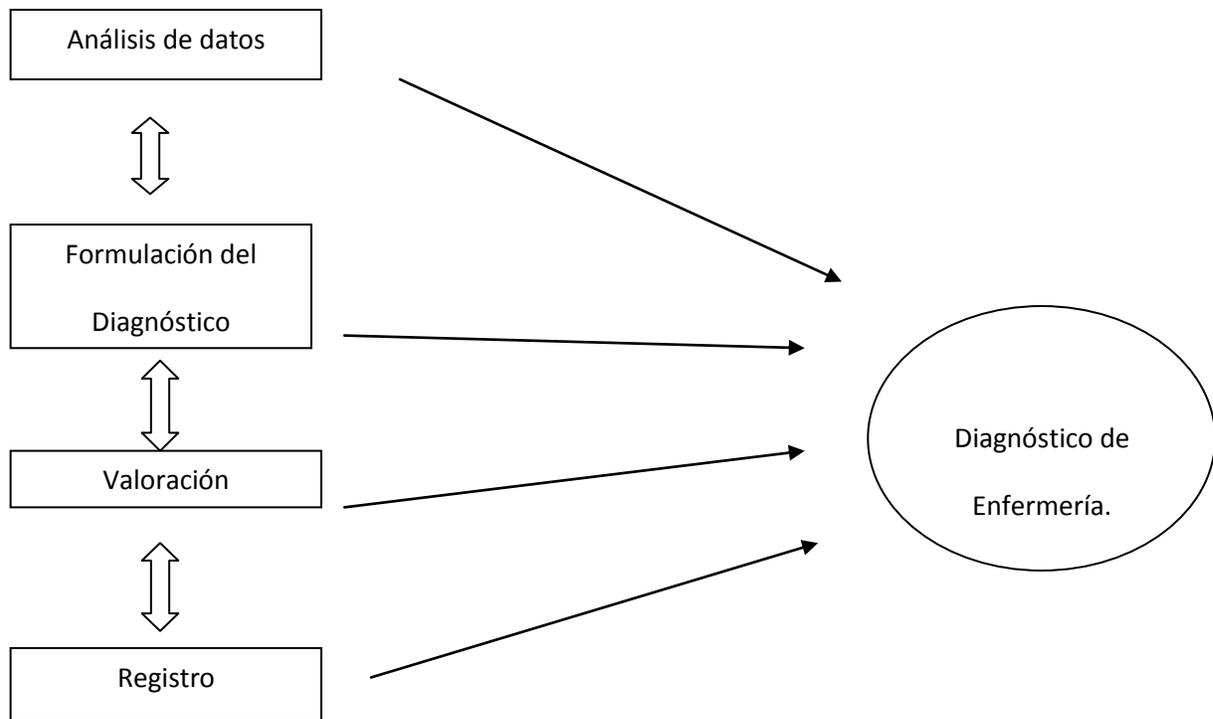
¹⁶ NANDA- (2008) Diagnostico enfermero: definiciones y clasificaciones.

Fases

Análisis de los datos:

El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación del problema y con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permiten al personal desarrollar clases de información más manejable. También estimula la discriminación entre los datos, lo cual ayuda al profesional de salud a centrarse en los datos concretos del problema de la persona.

Fases del diagnóstico de enfermería



Fases del diagnóstico de enfermería

Formulación de diagnóstico de enfermería:

1. Diagnósticos de enfermería de riesgo o potencial. Describe respuestas humanas a estado de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable.

Para estructurar un diagnóstico potencial o de riesgo:
PROBLEMA más FACTORES DE RIESGO

2. Diagnósticos de enfermería de salud. Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Para estructurar un diagnóstico de salud o bienestar: únicamente llevan un solo elemento que es nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras POTENCIAL AUMENTO DE.... O POTENCIAL DE MEJORA DE....
3. Diagnostico de enfermería real. Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud existentes de una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas).

Para estructurar un diagnóstico real se recomienda el uso de conectores:

El problema se unen con los factores relacionados con las palabras RELACIONADOS CON y esto se unen con las características definitorias mediante la palabra MANIFESTADO POR.¹⁷

Validación del diagnóstico de enfermería

Es el procesamiento de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.

Registro del diagnóstico de enfermería:

El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el personal de enfermería tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad.

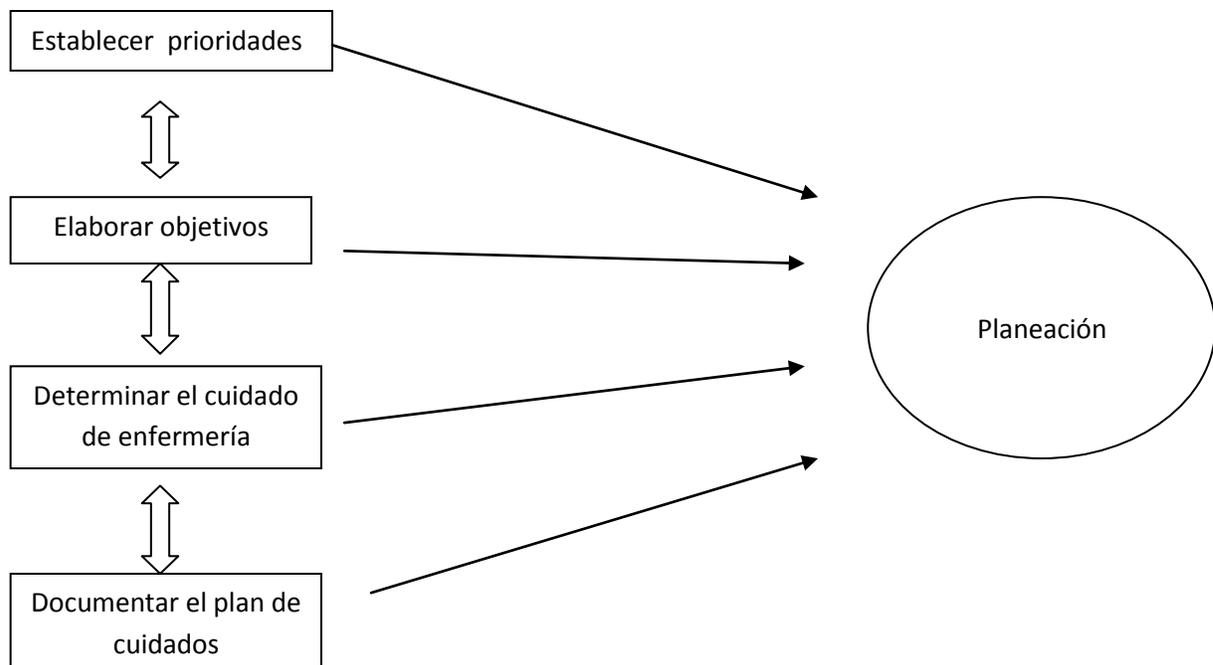
¹⁷ NANDA – (2008) Diagnostico Enfermero: Definiciones y Clasificaciones.

4.4.3 Planeación.

Definición: Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de las personas.¹⁸

Se determinan los cuidados de enfermería en una forma organizada, individualizada y orientada al cumplimiento de los objetivos planteados encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas de salud, van a servir para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y así mismo medir la eficacia de las actuaciones.

Las fases de la planeación son las siguientes:



Establecer prioridades

La prioridad de las intervenciones de enfermería depende del diagnóstico de enfermería, es donde se concluyen la identificación, en la cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgo que la comunidad, familia o individuo presentan.

¹⁸ Iyer, P. W., Taptich, B. J. y Bernocchi, D. (1997) Enfermería Fundamental

Elaborar objetivos:

Es el establecimiento de diagnóstico de intervenciones de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones y los criterios para su evaluación. El establecimiento de objetivos prioriza los cuidados, para después desarrollar un plan de acción para alcanzarlo.

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centran en proporcionar una guía para las intervenciones de enfermería individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones.

Determinar los cuidados de enfermería:

Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar el estado presente de salud a que se describe el objetivo y se mide en los resultados esperados:¹⁹

Las intervenciones se clasifican en

- Independientes
- Interdependientes o de colaboración

Documentar el plan de cuidados:

La documentación es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidado en un formato especial, permite guiar las intervenciones y registrar resultados alcanzados. Y de acuerdo con el registro los planes de cuidados pueden ser individualizados. “El formato de plan de cuidados varían según los entornos: planes de cuidados institucionales o estandarizados, planes de cuidados computarizados, planes de cuidados de los estudiantes, plan de cuidados en entornos comunitarios.”²⁰

¹⁹ Gordon, M. (1996) Diagnostico Enfermero. Proceso y aplicación.

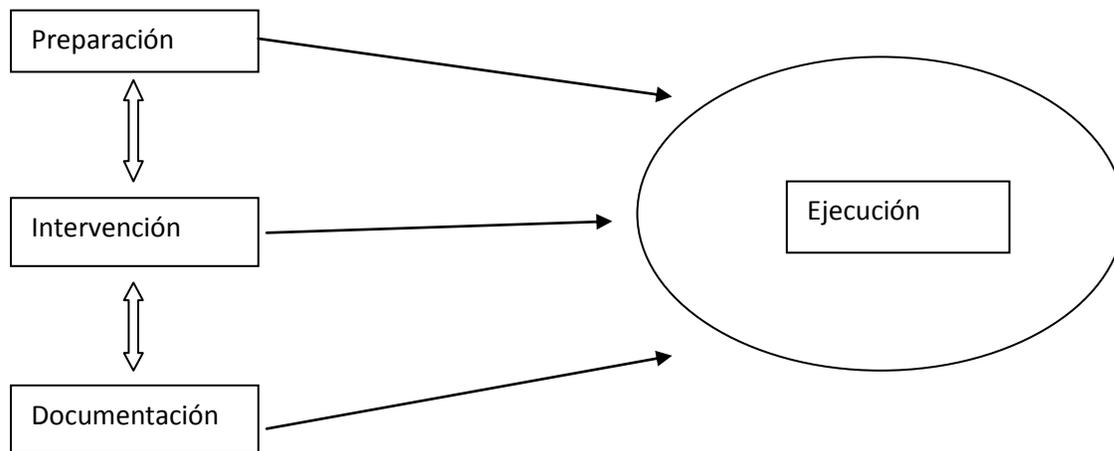
²⁰ Rodríguez, S. B. A., (2002). Proceso Enfermero, Aplicación Actual.

4.4.4 Ejecución.

Definición: Es considerada la cuarta etapa del proceso de enfermería, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Etapa en la que se ponen en práctica el plan de cuidados elaborado.²¹

De acuerdo con Potter y Perry, la enfermera debe contar con habilidades cognitivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados. Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz.²²

Fases de la ejecución.



Preparación:

Implica realizar las intervenciones de enfermería con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando cuidadosamente las respuestas. Si no obtienen las respuestas deseadas, se formularán preguntas para averiguar que va mal antes de continuar. Cuando se sepa que es lo que no funciona hacer los cambios requeridos y anotarlos en el plan de cuidados según sea necesario.

²¹ Iyer, P. W., Taptich, B. J. y Bernocchi, D. (1997) Enfermería Fundamental.

²² Potter. P. A. y Perry, A. G. Fundamentos de Enfermería.

La revaloración consiste en analizar las acciones, características del usuario y compatibles con las intervenciones de otras profesionales, proporciona un mecanismo que permite a la enfermera determinar si la acción propuesta resulta adecuada debido a los cambios en el estado de la persona, puede necesitar una modificación del cuidado enfermero planificado.

Intervención:

Es la implementación del plan de cuidados, también describe una categoría de conductas en las que se han iniciado y complementado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero. La implementación convierte el plan de cuidados en una acción.²³

Documentación:

Es el registro que realiza la enfermera en las anotaciones de enfermería, documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar las valoraciones, intervenciones y respuestas.

El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados, nombre y firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona, familia o comunidad.

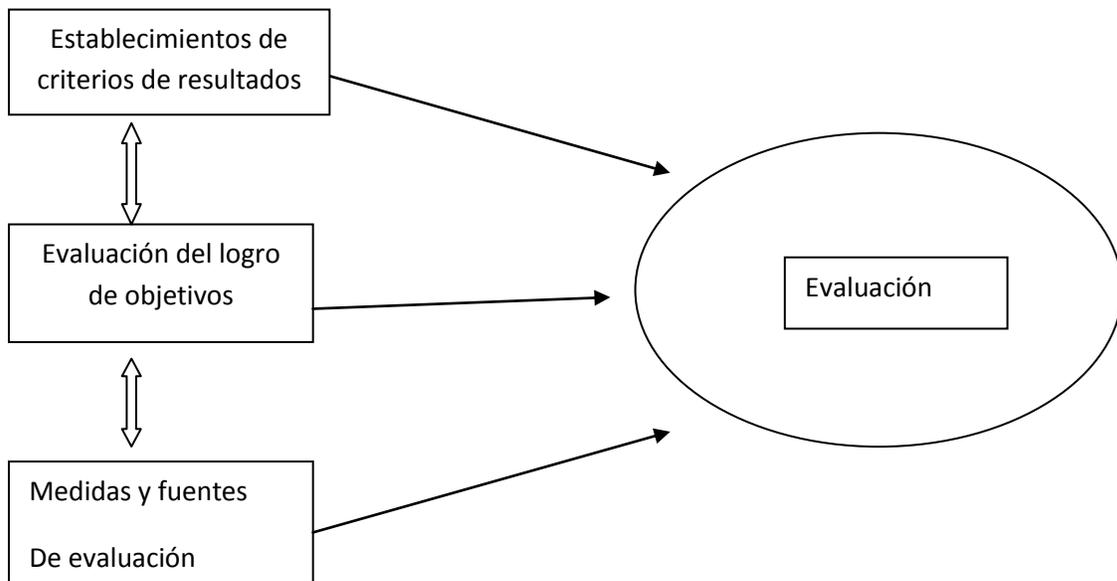
²³ Potter. P. A. y Perry, A. G. Fundamentos de Enfermería.

4.4.5 Evaluación.

Es considerada la quinta etapa, la evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones de enfermería con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

La evaluación crítica (evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados de la persona) es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinados a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora. También la evaluación proporciona retroalimentación necesaria para valorar las satisfacciones del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados.²⁴

Fases de la etapa de evaluación.



²⁴ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Ed. Doyma.

Establecimiento de criterios de resultados:

Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo (resultados esperados).

Se deben conseguir los resultados en un espacio corto de tiempo (en función del entorno en que se preste la atención). Una vez concluido el intervalo especificado de la implementación en el plan de cuidados, la enfermera evalúa la capacidad de la persona para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados.

Evaluación del logro de objetivos:

El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indican la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad.²⁵

Medidas y fuentes de evaluación:

La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realizar un juicio sobre el progreso de la persona. Los objetivos de este juicio, el cual se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados.

²⁵ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Ed. Doyma.

5 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

Referencias y antecedentes personales

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City. Missouri.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingreso a la escuela de enfermería del Ejército en Washington. D.C. en 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicio su carrera de docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingreso en el Teachers college de la universidad de Columbia, donde consiguió los títulos de B.S y M.A. en la rama de enfermería. En 1929 Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester.

Su influencia y sus logros conseguidos en la profesión de enfermería reportaron al menos 9 investiduras de Doctor – Honoris Causa. Recibió mención honorifica especial por contribuciones que realizó durante su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

Tras años de labor docente, asistencial y de investigadora, Virginia Henderson en 1956 define la función propia de la enfermera en el libro “The Nature of Nursing” en términos funcionales: la única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila” que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y a realizarlo de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

El valor teórico, la creatividad innovadora y su propia trayectoria vital hicieron de Henderson un modelo para las enfermeras, especialmente para las docentes e investigadoras.

Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson.

- ✚ Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- ✚ El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- ✚ Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero y por lo tanto no es independiente.

Valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson:

- ✚ La enfermera tiene funciones que le son propias.
- ✚ Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- ✚ La sociedad espera de la enfermera un servicio especial, que ningún otro trabajador le puede prestar.

Elementos más importantes de su teoría:

- ✚ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte tranquila.
- ✚ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.
- ✚ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros y las esferas en que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología, la 8 y la 9 están relacionadas con la seguridad, la 10 relacionada con la propia estima, la 11 relacionada con la pertenecía y de 12 a la 14 relacionadas con la autorrealización.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como ser humano único y complejo con componentes biológico, psicológico, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas, requisitos que debe mantener su integridad: Física, psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.²⁶

²⁶ Fernández F. C. Gloria N. El proceso Atención de Enfermería.

La persona y las 14 Necesidades Básicas

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidades de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidades de vivir sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas.
14. Necesidades de aprendizaje.

Las diferencias personales en la satisfacción de la 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existentes entre las diferentes necesidades, que implican que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

La salud. Independencia / Dependencia y causas de la dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas necesidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la 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 equiparada con la satisfacción por uno / a mismo/ a, en base a sus propias necesidades, de las 14 necesidades Básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que la identifica como “falta de fuerza”, “falta de conocimientos” o “falta de voluntad”.

El concepto de 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.

La dependencia, puede ser considerada 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 situación de las necesidades.

Fuentes de la dificultad, son obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza. Interpretado por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponible.
3. Falta de voluntad, entendida como capacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.²⁷

Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o cubrir estas necesidades y se aplica a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas de la persona.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de las situaciones en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

1. Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.
2. Factores variables: estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estado de inconsciencia, exposición al calor o al frío, etc.

²⁷ Fuentes, M. (2008) Enfermería. <http://donacion.organos.ua.es/enfermeria/enfermeria>. Consultado en agosto, 2013

5.1 Entorno.

Virginia Henderson no dio una definición propia de entorno. Acudió, en cambio al Webster New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”²⁸

5.2 Enfermería.

Virginia Henderson, definió a la enfermería en términos funcionales: “la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si controlar la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.²⁹

5.3 Salud.

Virginia Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia. Cito la definición de la OMS. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró, “se trata más bien de la calidad de salud que deja la propia vida, ese margen de vigor mental/ físico, lo que permite a una persona trabajar con mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción de vida”.³⁰

5.4 Persona.

Virginia Henderson pensaba que el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contemplaba al paciente y a su familia como una unidad.³¹

²⁸, ²⁹, ³⁰, ³¹. Fuentes, M. (2008) Enfermería. <http://donación.organos.ua.es/enfermería/enfermería>. Consultado en agosto, 2013.

6 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

6.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: Rosario A. H.

SEXO: Femenino.

EDAD: 58 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 17 de abril de 1955.

ESTADO CIVIL: Divorciada.

RELIGIÓN: Católica.

ESCOLARIDAD: secundaria

OCUPACIÓN: Jubilada.

PROCEDENCIA: Chiapas.

PERSONA/ S CON LAS QUE CONVIVE: dos hijos varones e hija.

UNIDAD: Oncología Médica.

HABITACION: 3401.

INGRESA A TRAVÉS DE: Admisión y altas.

ALERGIAS: Ninguno.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa y familiar hija.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Cáncer de mama derecha.

MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN: Tratamiento antineoplásico.

6.2 Presentación del caso

Femenino de 58 años, estatura de 1.58, peso 78 kg, divorciada, ocupación: jubilada, religión católica, niega alcoholismo y toxicomanías, lleva una dieta balanceada en donde incluye frutas y verduras, cereales, leguminosas y carnes.

Vive con sus hijos radicando en el municipio de Comitán de Domínguez, Chiapas.

Historia de Enfermería

Realizada a las 07 hrs. La paciente se muestra tranquila y colaboradora, comenta que se encuentra más tranquila que el día de su ingreso; tiene la cabecera de la cama en posición semifowler, cama con pliegues y se mueve en ella con bastante facilidad. Le acompaña su hija, que en todo momento se observa atenta a las necesidades de la paciente. Una y otra responden a las preguntas pero la hija se muestra más atenta ya que la paciente manifiesta padecer hipoacusia, explica que tiene tres hijos solteros que cuentan con un trabajo estable.

La paciente se frota las manos con frecuencia e informa que tiene preocupación por sus dos hijos que se encuentran en su lugar de residencia que aunque sean mayores de edad siempre ella se procura por ellos y por su hija que pidió permiso para estar con ella en el hospital. Informa que es la primera vez que recibe tratamiento de quimioterapia y que se encuentra preocupada por los efectos que tendrá después de recibir el tratamiento, aunque fue informada en la consulta externa del los efectos indeseables quedó con algunas interrogantes.

Antecedentes patológicos.

Inicia su padecimiento el 15 de febrero del 2012, cuando al realizarse el auto exploración física se palpo una pequeña bolita sin ponerle mucha atención ya que le dio pena y miedo en ese momento sin acudir al médico y sin comentar a sus hijos de la problemática. Para septiembre del 2012 la tumoración creció un poco y acudió a su clínica de medicina familiar del ISSSTE el cual le realizan examen de Papanicolaou siendo negativo a cáncer, exploración de mama palpando tumoración de aproximadamente un centímetro de diámetro, le solicitan mastografía manifestando tumoración con pequeñas ramificaciones. La canalizan al hospital regional de Tuxtla Gutiérrez para la realización de TAC y posteriormente para biopsia saliendo positivo a cáncer, la cual es programada para cirugía en enero de 2013 el cual se le realizó mastectomía total de mama derecha. Para el día 14 de agosto del año en curso ingresa al Hospital CMN 20 de Noviembre para su primer tratamiento antineoplásico. Informa que después de ser intervenida quirúrgicamente del procedimiento de mastectomía sufrió depresión por la pérdida del

órgano, recibiendo apoyo psicológico de personal profesional y estuvo en contacto con mujeres que pasaron por este mismo padecimiento y que fue positivo para superar poco a poco su duelo hoy se muestra más tranquila.

Miércoles 14 de agosto ingresa al hospital al servicio de oncología médica cama 3401 para tratamiento de quimioterapia por seis días y descansa 21 días (4 sesiones).

A su ingreso por su propio pie sin observar alteraciones en la marcha, consciente y orientada en lugar y espacio, se instala en su unidad, colocándose brazaletes de identificación, se canaliza en miembro superior izquierdo para su hidratación, se interroga si padece alguna enfermedad agregada a su padecimiento actual, si toma algún medicamento habitual por prescripción médica.

6.3 Valoración Física Focalizada a la Persona.

Signos Vitales: **Temperatura:** 35.7°C, **T/A:** 115/80, **Pulso:** 72 por minuto, **Respiración:** 20 por minuto.

Peso: 70 kg **Talla:** 158 **IMC:** 28 observándose desviación del rango normal sobrepeso.

Cabeza: Normal, simétrica.

Cabello: Se observa pelo largo entrecano, hidratado y brillante.

Cara: Simétrica y de tez morena, se observa hueso frontal y orbitales simétricos, cejas simétricas, pestañas lisas y abundantes.

Ojos: El color de los ojos café claro, de un tamaño adecuado.

Nariz: A la observación de la nariz se encuentra central y presenta una forma recta y delgada. A la inspección presenta una mucosa rosada e hidratada en fosas nasales y con una permeabilidad adecuada.

Boca: A la observación presenta una boca normal, con labios íntegros, delgados. Se observa desdentada de ambas arcadas dentales, placas totales dentales ajustadas. Presenta higiene adecuada a la observación. Su mucosa oral y lengua se observan hidratadas e íntegras.

Mejillas: Se observan acordes a la edad, sin presencia de cloasma, acné o manchas.

Cuello: A la inspección el cuello presenta una forma cilíndrica y una movilidad adecuada, además de una tráquea central y desplazable. Presencia de glándula tiroides sin alteración, no presenta alteraciones en cuanto a la piel.

Oídos: A la inspección se encuentran permeables y se observa la membrana timpánica de color perla sin alteraciones, presenta hipoacusia.

 **Tórax:** A la observación presenta un tórax simétrico, normal, con movimientos armónicos de inspiración y espiración toracoabdominales, sin dificultad respiratoria. A la auscultación se encuentran campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin fenómenos agregados, como estertores, sibilancias o atelectasia. Se encuentra al corazón con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, tono y frecuencia, además de un llenado capilar menor a 2 segundos.

 **Mamas:** A la observación se observa remoción del seno derecho y en su lugar se observa la reconstrucción mamaria, que se denota proceso de adaptación, presenta cicatriz quirúrgica, a la observación de la mama izquierda se observa una mama péndula, de abundante tamaño, de consistencia adecuada inspección de la mama izquierda no se encuentra alguna masa tumoral, ni ganglios sospechosos, de color acorde a la piel, la cual se encuentra hidratada y de adecuada turgencia, el pezón se encuentra en el centro, sin alteraciones ni salida de secreciones al contraerlo y hacer ligera presión.

 **Abdomen:** A la observación se denota un abdomen convexo. A la auscultación presenta motilidad intestinal adecuada, con presencia de ruidos peristálticos, a la palpación se encuentra un abdomen blando, depresible e indoloro, no se observa alteración de la piel, ni estrías.

 **Vulva:** No se realizó valoración de esta parte corporal, debido a la ideología de la paciente.

 **Extremidades superiores:** A la observación se denotan unas extremidades superiores integras y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con buen ritmo y una intensidad adecuada, con terapia intravenosa en miembro superior izquierdo, sin tatos de inflamación, extravasación, infiltración e irritación por tratamiento de quimioterapia.

 **Uñas:** Se observan uñas largas que no garantizan la higiene de las mismas, sin presencia de micosis. Aun no se observan efectos del medicamento quimioterapéutico, por lo que se observan rosadas y con adecuada resistencia.

 **Extremidades Inferiores:** A la inspección se denota unas extremidades inferiores integras y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con buen ritmo y una intensidad adecuada, no se observa la presencia de varices, edema, micosis u onicomiosis.

6.4 DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

VALORACIÓN:

- T/A : 115/80
- Pulso: 72 X min
- Respiración: 20 x min
- Temperatura: 35.7°c

DATOS DE DEPENDENCIA:

- Respiración armónica al inhalar y exhalar por cavidad oral, sin dificultad respiratoria, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, llenado capilar menor a 2 segundos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Disposición para mejorar la respiración manifestado por inhalar y exhalar por cavidad oral.

PLAN DE CUIDADOS:

Objetivo:

- Reforzar la técnica de respiración.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Enseñar la técnica de respiración inhalar por cavidad nasal y exhalas por cavidad oral.
- Fomentar una respiración lenta y profunda.
- Eliminar secreciones para mejorar la técnica de respiración.
- Aumentar la ingesta de líquidos para mantener hidratadas las mucosas.

EVALUACIÓN:

La paciente siguiendo las intervenciones de enfermería, se observa más relajada y tranquila, respirando por nariz y exhalando por boca.

 **VALORACIÓN:**

- Dieta Blanda que incluye frutas, verduras, cereales, leguminosas y carnes blancas y en poca cantidad las rojas. Usa prótesis dental total ajustada, mucosas orales hidratadas sin alteraciones, hace tres dietas al día.

 **DATOS DE DEPENDENCIA:**

- Con el tratamiento de quimioterapia presenta intolerancia a los alimentos tolerando líquidos fríos para disminuir el reflejo de la náusea y no llegar al vómito.

 **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

- Náuseas relacionados con Toxinas (p.ej., péptidos producidos por un tumor, metabolitos anormales asociados a cáncer). Manifestado por aumento de la salivación.
- Trastorno de la percepción sensorial olfatoria y gustativa relacionado con el tratamiento de quimioterapia manifestado por náuseas.
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con el bajo aporte de líquidos.
- Deterioro de la digestión relacionado con falta de conocimientos sobre la salud dental manifestado por ausencia de dientes.

 **PLAN DE CUIDADOS:**

Objetivo:

- Mantener la ingesta de líquidos adecuado.

 **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

- Facilitar los medios que puedan minimizar los efectos indeseables del trastorno sensorial.
- Controlar los efectos ambientales que se puedan evitar la náusea, (olores desagradables).
- Crear un ambiente placentero durante la comida (colocar cómodos, orinales y el equipo de succión fuera de la vista).
- Motivar y facilitar el consumo de alimentos que más agrada al paciente, siempre que sea posible.

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado).
- Monitorizar el estado nutricional.
- Tomar colaciones entre comidas para evitar la náusea.
- Administración de medicación: intravenosa (i.v).
- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Preparar la concentración adecuada de medicación i.v. de una ampolleta o vial.
- Administrar la medicación i.v. con la velocidad adecuada.
- Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

EVALUACIÓN:

- Los cambios de hábitos alimenticios para controlar las náuseas, comiendo durante el tratamiento de quimioterapia galletas saladas y alimentos fríos. A la ministración de medicamentos mejora el estado nauseoso, el cual mejora la ingestión de dieta en cantidad, se procura tener su unidad ventilada para evitar la a comulación de olores y el cómodo se retira al baño.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

VALORACIÓN:

- Con la quimioterapia hay estreñimiento, se observa cambios en el patrón de evacuación de dos veces al día disminuyendo a una formada con dificultad a la defecación.

DATOS DE DEPENDENCIA:

- Estreñimiento

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Estreñimiento relacionado con cambio en los patrones de alimentación habitual y aporte insuficientes de líquidos.

 **PLAN DE CUIDADOS:**

Objetivo:

- Aumentar el consumo de líquidos y fibras para facilitar la eliminación.

 **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado).
- Motivar la ingesta de líquidos.
- Motivar y facilitar el consumo de frutas y verduras que contengan un alto aporte de fibra.
- Ayudar y enseñar a dar masaje en el abdomen para facilitar la eliminación.

 **EVALUACIÓN:**

- Al aumento de líquidos y la ingesta de alimentos ricos en fibra disminuyó considerablemente el malestar para la defecación, motivando a la señora prevenir el estreñimiento.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

 **VALORACIÓN:**

- Al momento de la valoración no se encontraron datos que manifestaran dependencia.
- Paciente, que se observa abrigada por frío ya que vive en una región cálida.

 **DATOS DE DEPENDENCIA:**

- Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

VALORACIÓN:

- Realiza cambios de posición muy frecuente, deambula por el pasillo erguida sin problema alguno con apoyo de familiar para movilizar el tripié. No se observa alteración durante el tratamiento de quimioterapia. Deambula únicamente cuando se le indica.

DATOS DE DEPENDENCIA:

- La mayor parte del tiempo se la pasa en cama en decúbito dorsal, y en su casa no realiza ninguna actividad física.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Sedentarismo relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud manifestado por verbalizar preferencia por actividades con poca actividad física.

PLAN DE CUIDADOS:

Objetivo:

- Estimular al paciente a deambular continuamente para ayudar a evitar deterioro neuromuscular por mantenerse mucho tiempo en cama.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Determinar la motivación del individuo para empezar/ continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar las barreras para el ejercicio.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Incluir a la familia/ cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para el nivel de su salud.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno.

EVALUACIÓN:

- Al principio se observó resistencia por parte de la paciente, se orientó sobre los beneficios de la actividad física y mantener buena postura, a la hora salió a caminar por el pasillo por media hora con apoyo de familiar observando un cambio positivo en su forma de pensar sobre la movilización.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

VALORACIÓN:

- Acostumbra a descansar 7 horas y toma una siesta de una hora después de comer, durante el tratamiento de quimioterapia, ocasionalmente despierta durante la noche por la sensación de la náusea.

DATOS DE DEPENDENCIA:

- Durante la noche despierta continuamente por estar pendiente del sistema de venoclisis se encuentra en buen estado y no realizar un movimiento brusco y des canalizarse accidentalmente, así como la sensación de náusea.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones (p. ej., administración de terapias, control, pruebas de laboratorio) manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansado.

PLAN DE CUIDADOS:

Objetivo:

- Brindar bienestar para mejorar su estado físico y mental, tratar de lograr que mejore el trastorno del patrón de sueño.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Favorecer una respiración lenta, profunda intencionalmente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Sugerir tomar un baño antes de acostarse.
- Sugerir técnicas de relajación a través de aromaterapia y musicoterapia.

 **EVALUACIÓN:**

- Al realizar la terapia de respiración así como de la música de relajación y mantenerse el familiar cerca de la señora mejoró su seguridad y disminuyó la sensación de la náusea.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

 **VALORACIÓN:**

- Le gusta vestir de acuerdo con su edad, colores claros, modificando el tipo de blusa para disimular la falta de mama derecha.

 **DATOS DE DEPENDENCIA:**

Al momento de la valoración no se encuentra datos de dependencia ya que la señora elige las prendas de su gusto y preferencia.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

 **VALORACIÓN:**

- Por el tratamiento de quimioterapia no se le facilita realizar una higiene adecuada, ya que la venoclisis tiene que mantenerse como circuito cerrado, vigilando la piel donde se encuentra instalada la venoclisis y se observan uñas largas.

 **DATOS DE DEPENDENCIA:**

- Se observa facies de preocupación ya que le produce dificultad el bañarse con el tratamiento de quimioterapia, informando los beneficios de mantener las uñas cortas y aseadas.

 **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con sustancias químicas.
- Riesgo de traumatismo vascular relacionado con composición de la solución (p. ej., concentración, irritante, químico, temperatura, pH).

PLAN DE CUIDADOS:

Objetivo:

- Mejorar las condiciones de la piel
- Proporcionar apoyo para realizar un baño adecuado, higiene de las manos manteniendo uñas cortas
- Vigilar la integridad cutánea.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- vigilancia de la piel
- observar si hay enrojecimiento, calor, edema o drenaje en la piel, valorar el estado de la punción intravenosa.
- Instruir al miembro de la familia/ cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.
- Mantener la piel hidratada y lubricada.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Colocar toalla, jabón, esponja, desodorante para el baño.
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Facilitar que el paciente se bañe el mismo.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Cuidados de las uñas.
- Controlar o ayudar con la limpieza de las uñas.
- Controlar o ayudar a cortar las uñas, humedecer la zona alrededor de las uñas para evitar sequedad
- Observar si se produce algún cambio en las uñas.

EVALUACIÓN:

- Se muestra tranquila y relajada por el baño y toma la decisión de cortarse las uñas para prevención de infección por una mala técnica de lavado de manos se evalúa como un aprendizaje significativo, así como tener cuidado en no realizar movimientos bruscos para evitar lesiones en la piel.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

VALORACIÓN:

- Es una persona que siempre mide el peligro o trata de evitarlos, su hija permanece con ella para apoyar en sus necesidades.

DATOS DE DEPENDENCIA:

- A la valoración depende parcialmente para su movilidad observándose calzado inadecuado para la deambulaci3n y equipo en malas condiciones de uso, la paciente tiene disminuci3n de la agudeza auditiva, la hija siempre permanece con la paciente.

DIAGN3STICO DE ENFERMERÍA:

- Riesgo de caída relacionado con equipo utilizado para el tratamiento de quimioterapia.

PLAN DE CUIDADOS:

Objetivo:

- Orientar a la paciente y familiar sobre la importancia de deslizar adecuadamente el equipo utilizado para la infusi3n del tratamiento de quimioterapia (bomba de infusi3n).

INTERVENCI3N DE ENFERMERÍA:

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelo resbaladizo, y escaleras sin barandales).
- Bloquear las ruedas de las sillas, camillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin tener que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Utilizar barandales laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.
- Disponer una iluminaci3n adecuada para aumentar la visibilidad.
- Orientar al paciente sobre el orden f3sico de la habitaci3n.

- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.

 **EVALUACIÓN:**

- Se observa a la paciente atenta y con mucha atención a las indicaciones de enfermería y lo toman como educación para prevenir y evitar peligros. Deambula por el pasillo con zapatos y la hija manipulando el tripié con precaución.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

 **VALORACIÓN:**

- Se expresa de manera verbal, es coherente en su comunicación y congruente con sus expresiones, además de que refiere tener comunicación adecuada con sus familiares, se observa con disminución de la agudeza auditiva, el cual realiza movimientos para acercarse más al personal de enfermería para escuchar mejor.

 **DATOS DE DEPENDENCIA:**

- Se observa a la paciente con problemas en la agudeza auditiva el cual pide apoyo a su hija para que le explique las indicaciones de enfermería.

 **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

- Trastornos de la percepción sensorial auditiva relacionada con alteración transmisión sensorial manifestada por deterioro de la comunicación.

 **PLAN DE CUIDADOS:**

Objetivo:

- Dar a conocer las técnicas en donde el paciente centre su atención en el diálogo con la enfermera para tener una mejor comunicación.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Dar instrucciones sencillas, de una en una.
- Escuchar atentamente.
- Abstenerse de gritar al paciente con problemas de comunicación.
- Acercarse al oído menos afectado.
- Mirar directamente al paciente, hablar despacio claro y conciso.
- Utilizar palabras simples y frases cortas
- Aumentar el volumen de la voz.
- Llamar la atención del paciente mediante contacto físico.
- Comprobar la comprensión de los mensajes pidiendo al paciente que repita lo que se ha dicho
- Utilizar papel, lápiz para la comunicación.

EVALUACIÓN:

- Se observa a la paciente y familiar atentas en las condiciones en que se debe hablar con la paciente la cual opta por tomarlo como capacitación, la paciente tubo mejor comunicación con el personal de enfermería. se sugiere acudir con médico especialista (otorrinolaringólogo) para tratar la disminución de la agudeza auditiva.

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

VALORACIÓN:

- Se observa haciendo oración, agradecida con Dios y la Virgen de Guadalupe que le han puesto un reto el cual lo superara con éxito, ha reforzado sus creencias. En su cabecera se observa la imagen de la Virgen de Guadalupe y su Biblia.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

- Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

VALORACIÓN:

- Actualmente es jubilada no tiene preocupación para llegar a un trabajo, con el tratamiento de quimioterapia ya que el tratamiento es de aproximadamente seis días.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

- A la valoración no se encuentra datos de dependencia.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

VALORACIÓN:

- Es una persona que realiza caminata sin hacer mucho esfuerzo físico, en este momento ejercita su memoria con revistas de sopa de letras, ya que con el tratamiento de quimioterapia ha disminuido la deambulaci3n.

DATOS DE DEPENDENCIA:

- Desconocimiento de las actividades lúdicas que pueden estar a su alcance en el área hospitalaria.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Déficit de actividades recreativas relacionada con la disminuci3n de la estimulaci3n manifestada somnolencia y aburrimiento.

PLAN DE CUIDADOS:

Objetivo:

- Integrarla actividades sin necesidad de esfuerzo físico, por ejemplo juegos de mesa, sopa de letras, etc.
- Hacerle la atenta invitaci3n que acuda a alg3n evento social de m3nimo esfuerzo para su distracci3n.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Sugerir llevar un juego de mesa para mejorar la interacción social.
- Recomendar al familiar ser participativo en sus actividades.
- Involucrar otros pacientes en sus actividades recreativas.
- Ejercicios de gimnasia cerebral.
- Se sugiere acudir con las damas voluntarias para realizar actividades como pintura, tejido, lectura, etc.

EVALUACIÓN:

- Se muestra más activa, hay relaciones afectivas con otros pacientes, se muestra más participativa para mantenerse en actividades recreativas su hija forma parte del grupo. Acude con las damas voluntarias tomando la actividad de tejido mostrándose más atenta y relajada.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

VALORACIÓN:

- Es una persona que tiene dudas con respecto a su enfermedad y las reacciones adversas por el tratamiento de quimioterapia, busca por internet respuestas a sus dudas pero le cuesta trabajo entender ya que menciona haber terminaciones médicas a las cuales no logra entender.

DATOS DE DEPENDENCIA:

- Desconocimiento sobre los cuidados durante el tratamiento de quimioterapia el cual pregunta que es alopecia, mucositis, etc.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje.

PLAN DE CUIDADOS:

Objetivo:

- Orientar y proporcionar material ilustrativo a la paciente y familiar sobre los posibles efectos por el tratamiento de la quimioterapia y su resolución a los eventos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Adaptar la información para que cumpla el estado de vida/rutina del paciente.
- Asegurarse de que el material de enseñanza sea actual.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Presentar la información de manera estimulante.
- Fomentar la participación activa del paciente.
- Repetir la información importante.
- Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.

EVALUACIÓN:

- Se muestran atentas sobre la información y disipan sus dudas, observándose más tranquilas, para que la información sea más significativa se proporciona un manual de recomendaciones de enfermería en el Autocuidado del paciente oncológico.

6.5 Cuadro de Valoración y Diagnósticos de Enfermería

	Necesidad y Grado de dependencia	Datos de dependencia	Fuente de la dificultad	Diagnóstico de enfermería.
1	Oxigenación (Independiente)	Respiración armónica al inhalar y exhalar por cavidad oral, sin dificultad respiratoria, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, llenado capilar menor a 2 segundos.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar la respiración manifestado por inhalar y exhalar por cavidad oral.
2	Nutrición Hidratación (Parcialmente dependiente)	Con el tratamiento de quimioterapia presenta intolerancia a los alimentos tolerando líquidos fríos para disminuir el reflejo de la náusea y no llegar al vómito.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas relacionados con Toxinas (p. ej., péptidos producidos por un tumor, metabolitos anormales asociados a cáncer). Manifestado por aumento de la salivación. Trastorno de la percepción sensorial olfatoria y gustativa relacionado con el tratamiento de quimioterapia manifestado por náuseas. Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con el bajo aporte de líquidos. Deterioro de la digestión relacionado con falta de conocimientos sobre la salud dental manifestado por ausencia de dientes.

3	Eliminación (Parcialmente dependiente)	Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Estreñimiento relacionado con cambio en los patrones de alimentación habitual y aporte insuficientes de líquidos.
4	Termorregulación (Independiente)	No se observo ninguno durante la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> Empoderamiento del conocimiento 	Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.
5	Moverse y mantener una buena postura (Parcialmente dependiente)	La mayor parte del tiempo se la pasa en cama en decúbito dorsal, y en su cama no realiza ninguna actividad física.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de fuerza 	<ul style="list-style-type: none"> Sedentarismo relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud manifestado por verbalizar preferencia por actividades con poca actividad física.
6	Descanso y sueño (Parcialmente dependiente)	Durante la noche despierta continuamente por estar pendiente del sistema de venoclisis que debe permanecer en buenas condiciones y no realizar movimientos bruscos y des canalizarse accidentalmente, así como la sensación de las náuseas.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones (p. ej., administración de terapias, control, pruebas de laboratorio) manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansado.

7	Usar prendas de vestir adecuadas (Parcialmente dependiente)	No se observó ninguno durante la entrevista.		Al momento de la valoración no se encuentra datos de dependencia ya que la señora elige las prendas de su gusto y preferencia.
8	Higiene y protección de la piel (Parcialmente dependiente)	Se observa facies de preocupación ya que le produce dificultad el bañarse con el tratamiento de quimioterapia, informando los beneficios de mantener las uñas cortas y aseadas	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con sustancias químicas. Riesgo de traumatismo vascular relacionado con composición de la solución (p. ej., concentración, irritante, químico, temperatura, pH).
9	Evitar peligros (Parcialmente dependiente)	A la valoración depende parcialmente para su movilidad observándose calzado inadecuado para la deambulación y equipo en malas condiciones de uso, la paciente tiene disminución de la agudeza auditiva, la hija siempre permanece con la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de caída relacionado con equipo utilizado para el tratamiento de quimioterapia.

10	Comunicarse (Parcialmente dependiente)	Se observa a la paciente con problemas en la agudeza auditiva el cual pide apoyo a su hija para que le explique las indicaciones de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Empoderamiento del conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Trastornos de la percepción sensorial auditiva relacionada con alteración transmisión sensorial manifestada por deterioro de la comunicación
11	Vivir según sus creencias y valores (Independiente)	No se observo ninguno durante la entrevista		Al momento de la valoración no se encontraron datos que manifestaran dependencia.
12	Trabajar y realizarse (Parcialmente dependiente)	No se observo ninguno durante la entrevista		Al momento de la valoración no se encontraron datos que manifestaran dependencia.
13	Jugar, participar en actividades recreativas (Dependiente)	Desconocimiento de las actividades lúdicas que pueden estar a su alcance en el área hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Déficit de actividades recreativas relacionada con la disminución de la estimulación manifestada somnolencia y aburrimiento.

14	Aprendizaje (Independiente)	Desconocimiento sobre los cuidados durante el tratamiento de quimioterapia el cual pregunta que es alopecia, mucositis, etc.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje.
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				

7 CONCLUSIONES.

El arte del cuidado de Enfermería ha evolucionado de tal manera que las enfermeras (os) hemos asumiendo funciones comprometidas con la responsabilidad de ofrecer atención de calidad al individuo y a la comunidad.

La reciente profesionalización en los servicios de enfermería, nos marcan cambios y obligan a la enfermera a una formación continua y responsable, para mantener al día sus conocimientos y ser capaces de adaptarse a la vida moderna logrando así el reconocimiento como profesionales de la salud.

La enfermera profesional requiere del Proceso de Atención de Enfermería como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales y brindar atención individualizada para una atención de forma holística y de calidad al paciente, familia y comunidad.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería ayudó en forma personal a desarrollar habilidades para la elaboración de necesidades e identificación de factores de riesgo, incrementando la capacidad de observación de las respuestas humanas de la persona así como en la planificación y realización de las acciones pertinentes, cumpliendo con estos los objetivos planteado en el presente trabajo.

Durante el desarrollo de la relación enfermera paciente hubo confianza, fue así como se detectaron necesidades, miedos, dudas y esperanza de la pronta recuperación de la paciente. Se brindó una mejor calidad con apoyo a su rehabilitación.

Fue de utilidad para la señora Rosario ya que disipó dudas que tenía sobre las reacciones adversas que presentaría por el tratamiento de quimioterapia y tuvo mejor aceptación a su enfermedad.

El presente trabajo se elaboró bajo el modelo de Virginia Henderson quien define al ser humano con 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas y a la función de enfermería es lograr la independencia mediante intervenciones desarrolladas para satisfacer sus necesidades.

Al realizar este Proceso Atención de Enfermería se plantearon objetivos en cada una de las necesidades, las cuales se cumplieron en su totalidad logrando resultados satisfactorios para la paciente y familia ya que la persona mejoró su estado de salud físico.

Así mismo considero que es un instrumento de trabajo para la atención individualizada de cada paciente y que favorece la profundización en el conocimiento de la Enfermería y propicia un pensamiento crítico y reflexivo.

8 BIBLIOGRAFIA.

Alfaro. R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Ed. Doyma.

Kershaw Betty. Modelo de Enfermería. Ed. Doyma. Barcelona 1998.

Cárdenas Jiménez Margarita. Conceptualización de la Enfermera, Febrero 2000,

UNAM-ENEO. El Proceso de Atención de Enfermería. Curso - Taller.

Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. 2009-2011-NANDA. Editorial ELSEVIER, España.

Fernández Ferrin Carmen. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995.

Fuentes m. (2008) Enfermería. Disponible en [Http://Donación.Órganos.Ua.Es/Enfermeria/Enfermeria.Htm](http://Donación.Órganos.Ua.Es/Enfermeria/Enfermeria.Htm). Consultado en Agosto 2013.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Ed, ELSEVIER, MOSVY, Barcelona. España.

Kerouac Suzanne y cols. El Pensamiento enfermero. Masson, España 1996.

Lois E. Anderson. Diccionario de Medicina Océano Mosby., 4ta. Edición. Grupo editorial, S.A. Barcelona, España.

Wolf Lews, Luverne. Traduce Arturo Aparicio Vázquez, fundamentos de enfermería, 4º edición, Ed. Harla, México, 1992.

ANEXO

ANEXO 1. Instrumento para la valoración de las 14 Necesidades.

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: A. H. R	Edad: 58 años	Talla: 158 Peso: 70
Fecha de nacimiento: 17 abril 1955	Sexo: femenino	
Ocupación: jubilada	Escolaridad: secundaria	Fecha de admisión: 14 de agosto 2013
Hora: 07:00 am	Procedencia: Comitán, Chipas. México	Fuente de información: directa e indirecta (familiar)
Fiabilidad: (4)	Miembro de la familia/ persona significativa: cuatro integrantes Personas significativas: hijos	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a; no	Tos productiva /seca: no
Dolor asociado con la respiración: no	
Fumador: no	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	
negados	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características:	
T/A 115/80, pulso 72x1, respiración 20x1, temperatura 36.5	
Tos productiva /seca: No	Estado de conciencia: Consciente
Coloración de piel/lechos ungueales/peri bucal:	
Normal sin alteración	
Circulación del retorno venoso: No se observa	
Otros:	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo) Blanda que incluye frutas, verduras, cereales, leguminosas y carnes blancas y en poca cantidad las rojas.
Con su primer tratamiento de quimioterapia presenta náuseas sin llegar al vómito, únicamente tolera líquidos para no llegar al vómito.
Número de comidas diarias: 3
Trastornos digestivos: Negados
Intolerancia alimentarias/ Alergias: Negados
Problemas de la masticación y deglución: Usa prótesis dental total
Patrón de ejercicio: Solamente camina

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: Sin alteraciones, hidratadas y con buena elasticidad.
Membranas mucosas hidratadas/ secas: Hidratadas
Características de uñas/cabello: pelo largo entrecano hidratado y brillante
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Normal sin alteraciones
Aspecto de los dientes y encías: Las encías se observan sin datos de gingivitis, usa prótesis dental
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Se observa cicatriz sin datos de inflamación
Otros: Refiere regurgitaciones al consumo abundantes de grasas e irritantes

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: en este momento informa tener dos evacuaciones durante el día antes de la quimioterapia	
características de las heces/orina/ menstruación:	
Evacuaciones formadas de color amarillo, orina amarillo transparente no turbio y refiere estar en la menopausia	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Negados	
Uso de laxantes: No	Hemorroides: No
Dolor al defecar/menstruar/orinar: No, tampoco al orinar	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:	
Refiere sentirse nerviosa e informa haber tenido una evacuación pastosa en la mañana, la relaciona por el tratamiento de quimioterapia.	

Datos Objetivos:

Abdomen, características:
Abdomen blando depresible sin dolor a la palpación
Ruidos intestinales: Si
Palpación de la vejiga urinaria: Normal sin datos de globo vesical
Otros: Negados

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No, refiere ser friolenta aquí en el D.F.
Ejercicio, tipo y frecuencia: No
Temperatura ambiental que le es agradable: Cálido

Datos Objetivos:

Características de la piel: integra, sin cloasma, sin manchas,
Transpiración: No
Condiciones del entorno físico: Agradable
Otros: se observa arropada con chamarra temperatura de 35.7°c

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: Ninguna
Actividades en el tiempo libre: caminar
Hábitos de descanso: después de la comida hace una siesta de una hora
Hábitos de trabajo: realiza actividades cotidianos sin realizar gran esfuerzo

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: integro, sin problema	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: sin limitación por su condición no hay fatiga	
A la actividad física	
Posturas: no hay resistencia a la postura sedente	
Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: si, apoyada por familiar para poder caminar con el tripi3 para prevenci3n de ca3da	
Dolor con el movimiento: No	Presencia de temblores: Si, cuando hay hipotermia
Estado de conciencia: Normal	Estado emocional: Normal
Otros: No	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: No definido en el hospital	Horario de sueño: de 00:00 a 06:00 hrs
Horas de descanso: por lo regular de 6 a 7 horas	Horas de sueño: por lo regular 7 hrs. Pero disminuye por estar en el hospital
Siesta: una hora después de comer	Ayudas: No
Insomnio: Si, por las náuseas	Debido a: tratamiento de quimioterapia
Descansado al levantarse: No	

Datos Subjetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: consciente en sus tres esferas	
Ojeras: No	Atención: Si
Bostezos: Si	Concentración: Si
Apatía: No	Cefaleas: No
Respuesta a estímulos: Si	
Otros:	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Si	
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Si	
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No	
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No	
Datos Objetivos:	
Viste de acuerdo a su edad: Si	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Sin problema	
Vestido incompleto: No	Sucio: No
Inadecuado: No	
Otros: le gusta los colores claros	

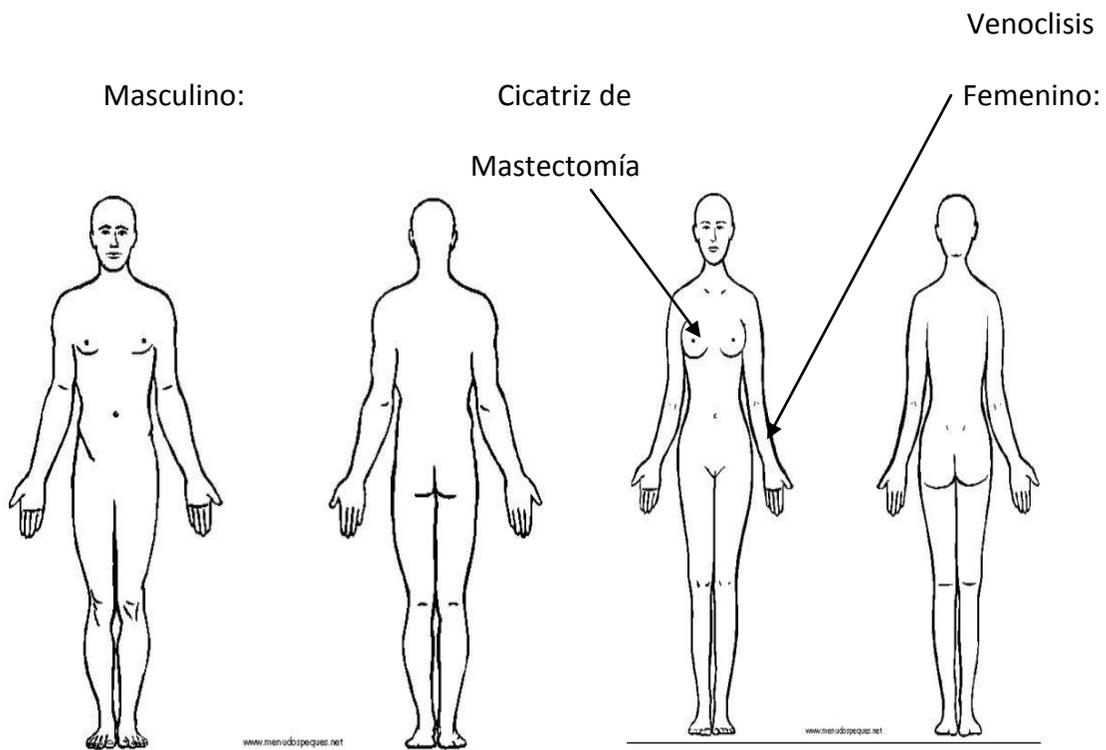
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: Dos veces al día por el clima caluroso
Momento preferido para el baño: por la mañana y tarde
Cuántas veces se lava los dientes al día: tres veces al día
Aseo de manos antes y después de comer: Si
Después de eliminar: Si
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

Datos Objetivos:

Aspecto general: limpia e higiénica	
Olor corporal: limpio	Halitosis: No
Estado del cuero cabelludo: limpia e hidratada	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): No	
Otros: Se observa venoclisis sin datos de flebitis, extravasación e infiltración. Cambia de posición , su cama se observa con pliegues	



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: 3 (dos hijos, hija)	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: Piensa antes de actuar	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si	
Hogar: Eléctricos, sustancias tóxicas, antiderrapantes e incendios	Trabajo: jubilada
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si	
familiares: Si, periódicamente	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: mantenerse ocupada	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: No
Condiciones del ambiente en su hogar: Agradable
Trabajo: lo que hace con agrado
Otros: para evitar peligros es una persona con mucha precaución, cuando ella está con los efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia nunca se encuentra sola, siempre tiene a su hija a su lado para todas sus necesidades

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: Divorciada	Años de relación: 15 años
Viven con: hijos	Preocupaciones / estrés: si, por su enfermedad del tumor y por el resultado del tratamiento de quimioterapia para su supervivencia
Familiar: hijos	
Otras personas que pueden ayudar: hija	
Rol en estructura familiar: hija	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Si	
Cuanto tiempo pasa sola: siempre está presente su hija	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: es jubilada pero mantiene contacto continuo con compañeros de trabajo	

Datos Objetivos:

Habla claro: Si	Confuso: No
Dificultad. Visión: No	Audición: Si, disminución de la agudeza auditiva
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: siempre con su familia y amigos	
Otros: se le habla con fuerza para que escuche mejor	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: Católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en la familia: respeto, justicia, compromiso y ayudar a los demás
Principales valores personales: respeto y compromiso
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): No
Permite el contacto físico: Si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Si, imagen de la virgen de Guadalupe
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: No	Tipo de trabajo: No
Riesgos: mínimos	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:
Está satisfecho con su trabajo: Si	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Si mas el apoyo económico	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Si	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraido/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: siempre es amigable pero en ocasiones se observa depresión por el temor de que no funcione el tratamiento médico que lleva actualmente de los efectos secundarios y que haya recurrencia de la enfermedad

Otros: se observa dinámica y activa

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: escucha música

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Si

Recursos en su comunidad para la recreación: Si

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: Si

Rechazo a las actividades recreativas: No

Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: participativo

Otros: Platica con su hija

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: secundaria	
Problemas de aprendizaje: No	
Limitaciones cognitivas: No	tipo
Preferencias. leer/escribir: Ambas	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si	
Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: Si	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Si	
Otros: Se informarse por internet acerca de su padecimiento	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: Normal
Órganos de los sentidos: Disminución de la agudeza auditiva
Estado emocional ansiedad, dolor: Refiere dolor de espalda por estar mucho tiempo en la cama en el hospital
Memoria reciente: Normal
Memoria remota: Recuerda etapas de su vida que fueron significativos con facilidad
Otras manifestaciones: teniendo algunas dudas sobre los efectos secundarios después del tratamiento de la quimioterapia

ANEXO II

CANCER DE MAMA

Definición

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade tejidos vecinos haciendo metástasis a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el Cáncer de Mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos.

Cuadro 1. Tipo histológico y su distribución

Carcinoma in situ Subtipos histológicos	15 – 30%
Carcinoma ductal in situ	80%
Carcinoma lobulillar in situ	20%
Carcinoma invasor Subtipos histológicos	70-85%
Carcinoma ductal infiltrante	79%
Carcinoma lobulillar infiltrante	10%
Carcinoma tubular / cribiforme infiltrante	6%
Carcinoma coloide (mucinoso) infiltrante	2%
Carcinoma papilar infiltrante	1%

Fuente: Cotran R., Kumar V., Pathologic Basis of Disease. 1999. 6th Ed; p 1107. (Harrison, 2007)

Epidemiología

La tasa de mortalidad por CaMa en México muestra un aumento notorio en las últimas cinco décadas. Entre 1960 y 1995, a partir de los primeros datos confiables, la tasa era alrededor de dos a cuatro muertes por 100,000 mujeres. Luego se elevó de manera considerable en las mujeres adultas de todas las edades hasta alcanzar una cifra cercana a 9 por 100,000 para la mitad de la década de 1990 y se ha mantenido más o menos estable desde entonces. El CaMa representa una pesada carga de muertes prematuras, ya que el 60% de las mujeres que mueren tienen entre 30 y 54 años de edad. También existen ciertas evidencias de que la edad promedio de inicio de la enfermedad es menor en los países en desarrollo que en los países más desarrollados.

Para el año 2006, el CaMa se ha convertido en la segunda causa de muerte más común en México entre las mujeres de 30 y 54 años y la tercera más frecuente entre el grupo entre el grupo de 30 a 59 años (después de la diabetes y las cardiopatías). Si bien el CaMa todavía es más común en los grupos de población de nivel socioeconómico más elevado, en la actualidad afecta a todos los estratos sociales.

Detección oportuna

Un estudio de 256 mujeres Mexicanas con diagnóstico de CaMa reveló que el 90% de los casos fueron ellas mismas las que identificaron su padecimiento y solo el 11% se diagnosticó en la etapa 1. El mismo tiempo también mostró que solo el 30% de las mujeres se practicó la autoexploración, e incluso un porcentaje todavía menor lo hizo de manera adecuada. De igual manera, a pesar de que sugiere que las mujeres con capacitación tienen mayor probabilidad de detectar una lesión.

Acciones del personal de salud para ayudar a la prevención para la detección de CaMa

El médico debe:

-  Instruir a todas las mujeres a realizarse la autoexploración mamaria mensual a partir de la menarca.
-  Informar que el examen clínico de la mama y la mastografía son estudios complementarios.
-  Solicitar la mastografía de escrutinio a partir de los 40 años de edad.
-  Vigilar especialmente a las mujeres de alto riesgo. (Ver factores de riesgo).
-  Solicitar ultrasonido mamario en mujeres de alto riesgo menores de 40 años.

Factores de riesgo

Como ocurre en otros tipos de cánceres, en el de mama existen factores que pueden estar solos o en conjunto para favorecer el desarrollo de esta neoplasia. Pueden estar presentes durante periodos largos; algunos de estos factores tienen riesgos relativos menores. La presencia de dos o más factores incrementa la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. Los más importantes son:

-  Edad avanzada.
-  Menstruación a temprana edad (antes de los 12 años).
-  Edad avanzada al momento del primer parto (34 años) o no haber dado nunca a luz.
-  Antecedentes personales de CaMa o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama (hiperplasia ductal atípica).
-  Madre o hermana (s) con CaMa.
-  Tratamiento con radioterapia dirigida a la mama/pecho 10 a 15 años previos al diagnóstico de CaMa.
-  Densidad mamaria aumentada en una mastografía.
-  Terapia de reemplazo hormonal.
-  Consumir bebidas alcohólicas.
-  Ser de raza blanca.
-  Alteraciones genéticas.

Otros factores de riesgo

El riesgo de desarrollar CaMa a 5 años puede ser tan bajo como de 0.4% en una mujer de 40 años sin factores de riesgo, o tan alto como el 6% en mujeres de 49 años con varios factores de riesgo. Mujeres entre 40 y 49 años de edad que presenten cualquier de los siguientes factores tienen un riesgo mayor de padecer esta enfermedad que en aquellas mujeres mayores de 50 años que no los presenten:

-  Dos biopsias previas de la mama.
-  Un familiar de primer grado con cáncer y una biopsia previa.
-  Diagnóstico previo de CaMa.
-  Carcinoma ductal in situ o hiperplasia atípica.
-  Historia de radioterapia a la pared torácica.

Diagnostico

Los signos y los síntomas de CaMa dependerán del tamaño del tumor, los principales son:

-  Tumor de glándula mamaria, región axilar o supraclavicular (generalmente indoloro).
-  Retracción de la piel o del pezón.
-  Asimetría de la glándula mamaria.
-  Exudado a través del pezón.
-  Erosión del pezón.
-  Enrojecimiento e induración generalizada de la glándula mamaria.

El CaMa puede presentarse aun en ausencia de factores de riesgo. Una de cada nueve mujeres puede desarrollar CaMa a lo largo de su vida. Es prioritario que el médico enfatice la autoexploración mamaria y el uso de los métodos de escrutinio.

El diagnóstico se hace por medio de la exploración física, la mastografía, el ultrasonido y la biopsia con aguja de corte. En presencia de adenopatías sospechosas, también se solicitara la biopsia con aspiración con aguja fina (BAAF), algunas pacientes también requerirán de la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía por emisión de positrones (PET). La mastografía es un estudio muy sensible y específico ya que detecta alrededor del 90% de los casos de CaMa, pero puede limitarse en presencia con densidad mamaria aumentada (mujeres jóvenes, mujeres que usan anticonceptivos orales y/o terapia de reemplazo hormonal), en estos casos el ultrasonido o bien la RMN serán los métodos de elección porque definen si el nódulo es quístico o es sólido. En la menopausia la mastografía es el mejor método para diagnosticar lesiones pequeñas no palpables. Los estudios son complementarios ya que incrementan la sensibilidad diagnóstica. Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer se solicitara estudio de imagen, (radiografía de tórax, ultrasonido hepático, gamma grama óseo) y de laboratorio para una mejor Estadificación y un tratamiento adecuado (TNM). Estos estudios se deberán realizar en el tercer nivel de atención.

Un número considerable de mujeres no presentan síntomas ni signos de enfermedad, es prioritario que en la atención primaria se promueva la mastografía como una herramienta de diagnóstico temprano en ausencia de manifestaciones clínicas, cuando las posibilidades de curación están por arriba de 90%.

Importancia de la autoexploración mamaria

El CaMa no puede evitarse, pero es curable si la enfermedad es detectada en una etapa clínica temprana (tumor menor de 2 cm).

En cuanto una mujer haya presentado su primer periodo menstrual es importante que el médico y el personal de enfermería enseñen y promuevan la autoexploración de las glándulas mamarias.

Existen diversas formas de exploración mamaria. Se realiza cada mes, preferentemente entre el 7° y 10° día después del inicio de la menstruación. Las mujeres con histerectomía o posmenopáusicas, podrán realizarlo el primer día de cada mes o un día elegido por ellas.

Método de autoexploración

La autoexploración debe realizarse en una habitación iluminada, de pie frente a un espejo con los brazos relajados colocados en ambos lados del cuerpo. La paciente deberá:

- 🎗 Observar la simetría, contorno, aspecto de la piel, coloración, zonas de hundimiento y/o retracción de la piel del pezón de ambas glándulas mamarias
- 🎗 Repetir los mismos pasos apoyando las manos sobre las caderas
- 🎗 Palpar las mamas con la yema de los dedos, puede hacerlo durante la ducha con la piel enjabonada o en la cama
- 🎗 Revisar ambas axilas y el cuello, en estos lugares pueden aparecer crecimientos de ganglios debido a metástasis
- 🎗 Tomar el pezón entre los dedos pulgar e índice y presionar para comprobar si sale líquido (secreción serosa o sanguinolenta).





Es necesario hacer énfasis a la mujer en consulta, poner atención en el cuadrante superior externo de ambas mamas, ya que aquí se presenta hasta el 50% de las neoplasias. Siempre debe realizarla por sí misma una vez al mes. En aquellas mujeres mayores de 40 años, siempre deberá solicitar estudio de tamizaje (mastografía bilateral).

Mastografía

La mastografía es un método de diagnóstico en el que se utilizan Rx para obtener imágenes de la glándula mamaria impresas en películas fotográficas. Debe realizarse con un equipo de Rx especialmente diseñado para efectuar el estudio de mamas. El principio del escrutinio para cáncer es detectar tumores en una etapa de desarrollo en la cual el tratamiento garantice mayores tasas de curación y la paciente tenga un mejor pronóstico.

En pacientes con densidad mamaria aumentada en una mastografía, existe un alto riesgo de CaMa, sobre todo en las mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal. La mastografía ha demostrado una disminución en la mortalidad por CaMa hasta en 30% (Centro de Nacional de Equidad y Género, 2012).

Etapas clínicas

Después de tener el diagnóstico histopatológico de Cáncer se realizan estudios de laboratorio y gabinete, encaminados a determinar la extensión de la enfermedad. El pronóstico y el tratamiento son individualizados y dependerá de la etapa clínica, esta se determina dependiendo del tamaño tumoral, la presencia o ausencia de metástasis ganglionares y/o a distancia (sistema de clasificación TNM). Estas etapas, de manera didáctica, se dividen en enfermedad temprana, localmente avanzada y metástasis. Es imprescindible diagnosticarlo en ausencia de síntomas, cuando su tamaño no sea mayor a los 2 cm., ya que de esta forma se puede curar alrededor de 90% de las mujeres.

Tratamiento

El tratamiento es multimodal (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y radioterapia), el uso de cada uno depende de la etapa clínica en la que se encuentre la paciente.

La cirugía es principal modalidad de tratamiento local del cáncer mamaria, existen diversos procedimientos quirúrgicos, considerándose la mastectomía radical modificada (MRM) el tratamiento estándar, sin embargo el CaMa se detecta en una etapa clínica temprana, se puede ofrecer un tratamiento conservados (Tumorectomía), en el la paciente puede incluso conservar su seno sin comprometer el tratamiento oncológico radical. Dependiendo del tamaño tumoral, el número de ganglios linfáticos con metástasis y de otros factores clínicos y patológicos se ofrecerá tratamiento con radioterapia, hormonoterapia y/o quimioterapia adyuvante.