



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

Proceso Atención de Enfermería a una mujer en edad madura con
alteración de la necesidad de evitar peligros, realizado bajo el enfoque
teórico de Virginia Henderson

Que para obtener el Título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

P R E S E N T A:

Bastida Hernández Mayra

Nº de cuenta: 306218220

Asesora: Mtra. Martha Lilia Bernal Becerril

México 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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres

Por su incondicional amor y apoyo en todos los momentos de mi vida, por haberme educado con seguridad y temple, por haberme transmitido los valores que fueron decisivos para la elección de ser enfermera y por hacer un gran sacrificio por darme educación. Simplemente gracias por ser mis padres.

A mi hermana

Por compartir ese lazo de amor y complicidad, por no dejarme sola en los momentos difíciles y por soportar mi mal genio.

A mis abuelos:

Abuelito gracias por tus enseñanzas y regaños, lo que hicieron de mi una mejor persona. Gracias por tener confianza en mí y por sentirte orgulloso de tu enfermera. Donde quiera que estés te amare y recordare por siempre. A ti abuelita, gracias por tus cuidados y tus apapachos que siempre me reconfortaron.

A mis amigos

Por formar parte de mi familia, ser un apoyo incondicional y vivir experiencias inolvidables juntos.

Gracias a Armando:

Por ponerme los pies sobre la tierra cada vez que era necesario, por ser mi confidente y por los momentos de alegría y tristeza que compartimos. Gracias por apoyarme en todo y sentirte orgulloso de lo que soy. También gracias por lidiar con mi mal genio y los berrinches.

A mi tutora:

Por ayudarme a concluir esta primera etapa de mi vida profesional y porque sin sus enseñanzas y su tiempo este trabajo no hubiera sido posible.

“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él.”

Florence Nightingale

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación	2
3. Objetivos	3
4. Marco teórico	4
4.1 Enfermería como profesión disciplinar	4
4.2 El cuidado como objeto de estudio y su historia	14
4.3 Teoría de enfermería	20
4.3.1 Concepto de teoría, objetivo y ventajas	22
4.3.2 Clasificación de teorías	24
4.3.3 Teoría de Virginia Henderson	30
4.4 El proceso de enfermería	36
4.4.1 Definición, objetivos y características	36
4.4.2 Descripción de las etapas	38
4.5 Mujer en edad adulta	47
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales	47
4.5.2 Principales alteraciones a la salud	50
4.5.3 Introducción al cáncer y Cáncer de mama	53
5. Desarrollo del proceso	69
5.1 Presentación de caso	69
5.2 Valoración por necesidades	70
5.3 Análisis de la valoración	74
5.4 Desarrollo de etapas	75

6. Plan de alta	100
7. Conclusiones	106
8. Bibliografía	107
Anexos 1, 2 y 3	

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados son la razón de ser de la enfermería y constituyen el motor del *quehacer* en la práctica profesional, transformando este cuidado en el objeto de estudio de la profesión.

Con la fijación del objeto de estudio se fueron desarrollando otras tantas características que le brindaron a la enfermería la categoría de ciencia, como tener también un sujeto de estudio y una filosofía propia; sin embargo, la construcción de modelos y teorías que proporcionaran conocimiento propio y una metodología científica para brindar cuidados sustentados bajo algún enfoque teórico, hacen que la enfermería presuma con argumentos sólidos el nombramiento de ciencia.

Esta metodología denominada Proceso atención de Enfermería está conformada por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, que tienen la finalidad de integrar de manera científica los cuidados proporcionados y poder re-evaluar los resultados, así como, el impacto en el sujeto cuidado.

Por tener la capacidad de aplicarse bajo cualquier enfoque teórico, el Proceso de Enfermería resulta funcional para cualquier persona, y no es la excepción para aquellas que presentan algún proceso oncológico. El cáncer en México, es la tercera causa de mortalidad en la población general y la primera en mujeres en edad productiva; siendo las neoplasias de la mama el primer lugar.

El cáncer de mama es una de las enfermedades que afecta por completo el holismo de la mujer, mermando su integridad en todas las esferas de la vida; es por eso, que la utilización de esta metodología enfermera con intervenciones guiadas por la prevención y educación para la salud hacen una gran diferencia en cuanto a la creación de un nuevo estilo de vida durante la enfermedad, pues es posible que aun dentro de ella existan comportamientos saludables.

2. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las estadísticas del cáncer a nivel mundial van en aumento y se estima que para el año 2030 morirán cerca de 12 millones de personas en todo el mundo, donde las neoplasias de la mama jugaran un papel importante en la mortalidad.

Aproximadamente 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco principales factores ligados al estilo de vida: IMC (Índice de Masa Corporal) elevado, escaso consumo de frutas y verduras, sedentarismo y consumo de tabaco y alcohol. En el caso específico de esta persona se identificaron cuatro de los cinco factores anteriores, por esta razón, se eligió hacer uso de la metodología del Proceso Atención de Enfermería por ser una herramienta útil y necesaria en la identificación de alteraciones a la salud reales o potenciales lo que da al cuidado la característica de ser dinámico, ordenado y regirse bajo un enfoque holístico, educativo y de prevención.

Aunque las estadísticas mundiales y nacionales no favorecen un futuro declive en este tipo de cáncer, la atención para disminuir los factores de riesgo será una medida crucial.

3. OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar y desarrollar el Proceso Atención de Enfermería en un ambiente comunitario bajo el enfoque teórico y filosófico de Virginia Henderson, a una mujer en edad madura cursando el posoperatorio inmediato correspondiente a mastectomía.

ESPECÍFICOS

- Aplicar un instrumento de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson y analizar los datos obtenidos en este proceso.
- Identificar necesidades alteradas, jerarquizarlas y de acuerdo a un juicio crítico estructurar los diagnósticos de enfermería.
- Planear las intervenciones de enfermería y ejecutarlas brindando cuidados holísticos encaminados a la prevención y a contribuir con la satisfacción de las necesidades alteradas.
- Evaluar los resultados de acuerdo al nivel de independencia y salud que haya alcanzado la persona.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

Para concebir a la enfermería como una disciplina es importante analizar su historia y todas las transformaciones que acontecieron en su devenir; sin embargo, analizar su historia no sería posible sin el estudio de lo que es la práctica y el oficio más antiguo del mundo, el cuidado; y que a través de su aparición se formaría la disciplina misma.

A medida de que el cuidado iba evolucionando la enfermería iba tomando características aun más científicas. Como más adelante se describe, las etapas del cuidado están íntimamente ligadas al desarrollo de la enfermería como una profesión, pero no sería hasta la etapa de profesionalización (en los años 50 del siglo XX) que verdaderamente la enfermería pasaría de ser un oficio a una profesión, mediante la aparición de las teorías y modelos metodológicos que dieron paso a la separación de la disciplina médica, a través de la construcción de conocimientos propios, un objeto y sujeto de estudio.

Sin duda alguna, el parteaguas de esta transformación lo dieron las teorías de enfermería y a través de estas obtuvo Paradigmas y Metaparadigmas propios de la disciplina, lo que a su vez dio origen a los propios modelos metodológicos.

Grandes corrientes de pensamiento enfermero

Paradigma

Se sabe que un paradigma es una corriente de pensamiento que integra las diferentes formas de ver o concebir el mundo; concepciones que influyen directamente en el *saber* y el *quehacer* de una disciplina a través de la construcción de principios, teorías, modelos, valores y creencias los cuales contribuyen al crecimiento o desarrollo de la ciencia.

A través de su historia la enfermería se ha situado en 3 principales pensamientos paradigmáticos:

- a) Paradigma de categorización
- b) Paradigma de integración
- c) Paradigma de transformación

Estos paradigmas le han dado a la enfermería una perspectiva única, dándole, a la disciplina la oportunidad de crear sus propios procesos de reflexión y

conceptualización lo que dio lugar a desarrollar conocimientos propios que guiaran la práctica profesional.

Paradigma de categorización

Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables¹.

Dicho lo anterior, este paradigma se aplica al campo de la salud orientándose en la búsqueda de algún agente causal de enfermedad. Por ejemplo: el estudio y clasificación de los microorganismos tales como bacterias, virus parásitos, etc. Y su conocimiento de las enfermedades específicas que causan; es decir; un microorganismo en especial causa una enfermedad con características bien definidas y medibles, sus manifestaciones son ordenadas y secuencialmente definidas en aparición.

Este paradigma inspiró dos orientaciones en la disciplina enfermera la primera está centrada en la salud pública tomando en cuenta a la persona y la enfermedad.

Se sitúa en la sociedad accidental aproximadamente entre los siglos XIII y XIX, los cuidados en esta etapa de la historia tenían influencias religiosas que regían todo el *que hacer*. El principal objetivo de esta orientación era satisfacer la necesidad de una mejor salubridad en la atención comunitaria o inmersa en el área clínica pues la sociedad no tenía conocimiento de las enfermedades infecciosas y mucho menos de su propagación o alguna medida higiénica para su prevención.

La guerra de Crimea también se encuentra dentro de esta orientación, pues gracias a los esfuerzos realizados por Florence Nightingale en los hospitales militares ingleses logro darles las condiciones salubres básicas adecuadas para bajar la tasa de mortalidad en los heridos de guerra.

El pensamiento de Nightingale estaba enfundado en que el cuidado debería tener una formación formal, ya que este, no solo estaba basado en la compasión, si no también, en la observación y la experiencia en donde se formaba un criterio clínico. La responsabilidad recaía en la enfermera cuyos cuidados estaban dirigidos a brindar a las personas un entorno adecuado que les permitiera el restablecimiento de su salud.

¹ Kerouac Suzanne, Pepin Jacinthe, Ducharme Francine, Duquette André, Major Francine. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2001. pág. 3

“La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por la enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.”²

La orientación hacia la enfermedad se caracteriza por la concepción de la salud como ausencia de enfermedad siendo su origen uni-causal y estableciendo el tratamiento solo para dicha causa descuidando las demás esferas personales.

Esto ocurre a finales del siglo XIX, cuando se mejora el control de infecciones, técnicas quirúrgicas y asépticas, para este momento el cuidado se brinda limitándose a los problemas y las deficiencias orgánicas de la persona poniendo particular atención a los síntomas observables. La persona se concibe como un paciente que está “bajo” el cuidado de la enfermera y no se involucra en sus cuidados.

Paradigma de integración

*Se reconocen los elementos y las manifestaciones de un fenómeno integrando el contexto específico en que se sitúa.*³

La situación o contexto en que se encuentra la persona al momento de algún proceso de enfermedad influenciara directamente la causa y la respuesta a la terapéutica. Inmerso en este paradigma se encuentra la orientación hacia la persona que se sitúa entre la década de los años 50 y 70 principalmente en Norteamérica.

El cuidado comienza a integrar las esferas social, mental y física de la persona y su enfoque es más individualizado y se establece en objetivos hacia el mantenimiento de la salud, la enfermera interactúa de forma más personal volviéndose consejera para prácticas de salud y se evalúa la necesidad de ayuda y los cuidados se trabajan “con la persona” y “no sobre la persona”.

En esta orientación se concibe al ser humano como un ser completo e indivisible que está en continuo contacto con su entorno, el cual puede influenciar de manera directa en diferentes situaciones de salud o enfermedad, con la capacidad para perjudicar o beneficiar estos procesos, y aunque en una persona se evalúen las mismas necesidades que en otros, estas no serán satisfechas de igual forma.

² Ibídem pág. 6

³ Ibídem pág. 9

Durante esta orientación la disciplina enfermera construyó modelos conceptuales diferentes al biomédico que permitieron precisar y sistematizar la práctica de los cuidados. Con la creación de los propios modelos conceptuales, el lenguaje y la actitud de la enfermera cambió, se integró a la persona a sus cuidados y el ser humano se consideró como un todo en su contexto.

A partir de lo establecido se hace más evidente la necesidad de que la enfermera obtenga una educación y conocimiento científico para que el cuidado pudiera evaluarse como de calidad y formar parte de la toma de decisiones propias de la disciplina para y en función del paciente.

Paradigma de transformación

Un fenómeno es único en el sentido en que no puede parecerse totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente.⁴

Este paradigma en particular representa un cambio de mentalidad, una revolución hacia la ciencia y el pensamiento enfermero, es la punta de lanza para la apertura de la enfermería al mundo.

En 1970 la organización mundial de la salud (OMS) fue la creadora de la declaración de Alma-Ata, en donde se establece que las personas tienen el deber y el derecho de participar activamente en las medidas de protección sanitaria en las que se vean inmersos.

Para este momento la persona participa en sus actividades de salud volviéndose protagonista e interactúa con los profesionales de salud como un compañero, como su igual. En esta corriente la definición de persona está totalmente aterrizada en que es un ser cuyas esferas vitales (bio-psico-socio-cultural-espiritual) forman una unidad que es indivisible y coexiste de forma directa a su entorno.

En cuanto a la salud, esta es concebida como una experiencia que puede formar parte de la vida propia y la promoción a la salud es el enfoque de los cuidados de enfermería, estos a su vez se re-direccionan hacia el bienestar y la intervención se transforma en “estar con” la persona incluyendo sensibilidad por parte de la enfermera.

Dicho lo anterior la enfermería enfrenta otro gran reto, la profesionalización; si bien hoy en día un gran porcentaje de enfermeras tiene estudios universitarios, no

⁴ Ibídem pág. 13

representan la mayoría. Por otro lado, social y culturalmente los enfermeros aun son vistos como la mano derecha del médico y como personas cuya obligación es brindar cuidados por caridad, esto en mi opinión, representa el más grande reto de la enfermería, lograr que algún día la sociedad identifique como una ciencia, una disciplina y una profesión única que podrá compartir similitudes con algunas otras pero al final única, esto se lograra a medida que las personas conozcan el verdadero y buen trabajo que las nuevas generaciones brindemos día a día.

Metaparadigma

Un metaparadigma es la perspectiva global de una disciplina la cual, es base para la creación de modelos conceptuales que guíen la práctica.

La enfermería es aun una ciencia joven, pero a través de su historia ha buscado la conceptualización de lo observado en situaciones de la realidad para describir dichos fenómenos, sus relaciones y poder prever sus consecuencias y de tal forma elaborar y sistematizar los cuidados de enfermería.

Desde los tiempos de Florence Nightingale y hasta la década de los 80 las teóricas de la enfermería han estructurado sus escritos en 4 principales metaparadigmas: la salud, el entorno, la persona y la enfermería los cuales han formado parte de las teorías y modelos de enfermería como eje central para la realización de planes de cuidados a la persona y comunidad.

Todas las teóricas hacen énfasis en la interdependencia y las interconexiones entre estos cuatro elementos, sin embargo, existe controversia al incluir dentro de estos metaparadigmas a la enfermería como un componente esencial, pues se incluye a la disciplina misma, aunque si se eliminara, los tres elementos restantes del metaparadigma podrían asociarse a la medicina o a cualquier otra profesión de la salud.

Si bien la controversia está presente, Meleis (2007) plasma estos cuatro elementos en conjunto que interactúan fundamentando el trabajo y la perspectiva global de la disciplina. Ella señala: “la enfermera interacciona con un ser humano en una situación de salud/enfermedad (persona), quien es parte integral de su contexto socio-cultural (entorno), el cual se encuentra en algún tipo de transición o esta anticipándola, las interacciones enfermera-paciente se organizan en torno a algún propósito y la enfermera recurre a ciertas acciones (cuidado de enfermería), para mejorar, inducir o facilitar el bienestar (salud)”.⁵

⁵ Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkás K. Paradigma y Metapadigma. En: Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkás K. Modelos de enfermería aplicación a la práctica. México: Manual Moderno; 2011. pág. 13-24.

Conceptualización de los elementos del Metaparadigma enfermero

Persona

Peplau (1988) la define solo como un individuo en desarrollo que vive en un equilibrio inestable y no integra a la comunidad, a diferencia de Henderson (1955) que además integra a la familia, para ella la persona es un individuo que necesita en cierta medida asistencia para poder alcanzar la salud o para una muerte tranquila, también considera las esferas biológica, psicológica, social y espiritual como parte importante.

Jhonson (1968) lo percibe desde el punto de vista conductual que es controlado por factores biológicos, psicológicos y sociales. En el modelo de Rogers (1980) la persona es concebida como un ser unitario y campo de energía, Orem (1959), por otra parte, la ubica como un ser con capacidad para auto-conocerse y auto-cuidarse. King (1981) y Neuman (1972) la describen como un sistema abierto con interacción constante en su entorno y Roy (1970) como un ser bio-psico-social con características adaptativas.

Al transcurrir de los años podemos observar que la visión de enfermería hacia la persona fue cambiando desde un ser físico y biológico que podía ser separado de la esfera psicológica y espiritual hasta el individuo que se concibe como un ser único e indivisible poseedor de dimensiones bio-psico-socio.cultural-espiritual las cuales interactúan con su entorno, es decir, un ser holístico.

Salud

En los modelos de enfermería la salud es definida como un estado dinámico del ciclo de vida (King 1981) que representa un nivel de adaptación (Roy 1980) y de independencia (Henderson 1955). Otros autores mencionan que se refiere a un estado de total funcionamiento (Orem 1995) o equilibrio de los sistemas que conforman a la persona (Jhonson 1968) que da como resultado el bienestar. (Neuman 1972)

Retomando características de cada uno de los autores en cuanto a este metaparadigma podemos decir que, la salud es un estado dinámico que forma parte del propio ciclo de vida, el cual se construye para la búsqueda de un equilibrio o bienestar percibido por la persona a través de la propia adaptación con su entorno.

Entorno

A pesar de que todas las teorías dentro de sus modelos integran este metaparadigma, resulta sobresaliente mencionar que todas lo analizan desde perspectivas diferentes, sin embargo esto permite una visión más amplia sobre cada uno de los modelos.

El entorno no solo es observado desde el exterior de una persona, sino también, desde el interior (Roy 1980, Orem 1995, Neuman 1972). Rogers (1980) lo describe como un campo de energía ligado al proceso de vida. También es mencionado como un sistema abierto que coexiste con los seres humanos (King 1968).⁶

Todas estas teorías coinciden en que el entorno es algo inherente al ser humano, no se puede cuidar a una persona o comunidad valorando fuera de este, pues tanto el ambiente interno como externo repercuten en la salud y la efectividad de los cuidados brindados.

Enfermería

Como se ha visto a lo largo de los elementos del metaparadigma, las teorías los describen de forma diferente aunque se puede observar que tienen varias similitudes, y para la definición de enfermería no es la excepción.

Desde los tiempos de Nightingale la enfermería se definía como la disciplina encargada de proporcionar un entorno adecuado para fortalecer al paciente. Para Peplau (1952) es un proceso interpersonal. Henderson (1955) lo define como la asistencia en la salud o enfermedad proporcionando a la persona fuerza, voluntad y conocimiento para lograr su independencia, mientras que Levine aterriza la disciplina basándose en la dependencia de las personas.

La enfermería es una fuerza de regulación externa para restaurar el equilibrio según Jhonson (1968) y Rogers (1980) integra los términos arte y ciencia como base de una disciplina con un cuerpo propio de conocimientos y juicio abstracto.

Orem (1995) considera a la enfermería como la asistencia según sea necesario en base a la capacidad de auto-cuidado de la persona, por otro lado, King (1968) es una firme abogada de la teoría de interacción en donde el cuidado es una completa interacción social, por su parte Neuman (1979) señala que es dar asistencia a la persona utilizando sus propios recursos.⁷

⁶ Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkâs K. OP. CIT pág. 22

⁷ Ibídem pág. 21

La enfermería a través del tiempo se ha considerado un arte y una ciencia del cuidado que asiste a la persona o comunidad sana o enferma para el mantenimiento o restablecimiento de la salud incluyendo como eje central las esferas bio-psico-socio-cultural-espiritual pero de forma unida, dándole así el termino de holismo en donde todas estas esferas interactúan de forma continua con el entorno y son inherentes a la persona.

Conceptualizando la disciplina en sus corrientes de pensamiento podemos iniciar con el análisis de su historia y todas las influencias sociales y culturales que repercutieron en *ser* y el *que hacer* de las enfermeras desde sus inicios y hasta nuestros días.

Influencias históricas socioculturales y repercusiones en la disciplina

Durante la valoración y el análisis de la evolución histórica de la enfermería se ha observado que el carácter cultural tan marcado de los cuidados ha influido directamente para el *ser* y *el que hacer* de la práctica enfermera. “En este sentido, los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que, en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que, desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente.”⁸

A través de los años se fueron entrelazando factores culturales principalmente en el género, las creencias, formas de concepción, pensamiento y normas sociales sumergidas en la práctica religiosa que guiaron a la disciplina durante su proceso de construcción⁹, pero estas características también repercutieron en la forma en que la sociedad percibía y concebía a la enfermería.

Dicho lo anterior, la complejidad de la historia de la enfermería se da por el conglomerado de todos los elementos sociales, culturales, religiosos y económicos que a través de la historia se plantaron en esta disciplina y donde se observa dificultad para concebir su ser. Las diferentes personas que ejercieron el cuidado, los hechos históricos y las distintas concepciones del objeto de estudio contribuyeron para el impacto a la sociedad y la distorsión de la imagen enfermera como se describe en el apartado del cuidado.

⁸ Hernández Conesa. J. Historia de la enfermería un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; 1995. pág. 27.

⁹ Siles González J. los cuidados de enfermería en el marco de la historia social y la historia cultural. En: González Canalejo C, Martínez López F. La transformación de la enfermería: nuevas miradas para la historia. Granada: Comares; 2010. pág. 219.

José Siles González señala en su estudio de *La enfermería en el marco de la historia social y la historia cultural* que: “La lenta evolución de la enfermería hacia la profesionalización se debe a un conjunto de influencias que convergen y se esfuerzan en su función entorpecedora respecto a cualquier transformación del papel socio sanitario de la mujer. La naturaleza compleja de los cuidados está directamente relacionada a los factores de género, pero también a las creencias y normas en un intento de hacer visible el entramado relacional que ha marcado la evolución de los cuidados”.¹⁰

Expresado de otra forma, y por poner un ejemplo: “¿Cómo se puede hacer historia de la enfermería sin atender a cuestiones de género?, pero, por otro lado ¿Se puede estudiar el papel de la mujer cuidadora como una cuestión exclusivamente dependiente del género?”¹¹

Resultan interesantes estas dos interrogantes que el autor nos señala. Si bien desde tiempos remotos la mujer era la encargada de brindar los cuidados para preservar la vida, no se puede desligar el género del estudio histórico pues es un factor determinante que ha acompañado a la disciplina desde sus inicios, sin embargo, la enfermería a través de su andar se ha colocado en una profesión de ambos géneros, pues el cuidado es una actividad inherente al ser humano, que no recae solo en las mujeres, aunque los hechos históricos tienen un gran peso para crear discusión.

En México la profesionalización de la enfermería comenzó con la construcción del Hospital General de México en 1905, donde dos años después se construyó la primera escuela de enfermería. Al transcurrir de casi un siglo la profesión se desarrolló bajo un conjunto de características tanto educativas como laborales.

Los modelos educativos fueron primero; escuelas hospitalarias, después escuelas vinculadas a facultades de medicina y por último escuelas y facultades de enfermería con estudios de grado. En la práctica laboral hay tres etapas correspondientes a los modelos de atención y las formas de adquirir conocimiento; como primera etapa se encuentra el modelo empírico, le sigue el empírico-práctico, para llegar a teórico-práctico.

“Al hacer un recuento del camino recorrido por las enfermeras mexicanas, se percibe una incongruencia entre los niveles académicos alcanzados y el trabajo desempeñado, con el reconocimiento social y laboral, medido a través del ingreso

¹⁰ *Ibíd*em

¹¹ *Ibíd*em pág. 220

y del estatus y prestigio obtenidos, tanto en el concierto de las profesiones, como de la sociedad en su conjunto.”¹²

Dicho lo anterior, la enfermería enfrenta una realidad que la descalifica, sin embargo, se debe poner atención en el estudio de los factores que han influido hasta ahora para determinar la valoración social de la profesión en los albores del siglo XXI y de esta forma mirar a la enfermería en el contexto profesional para tener impacto en la sociedad.

¹² Becerril Cárdenas L. La profesionalización de la enfermería en México un análisis desde la sociología de las profesiones. Barcelona: Pomares; 2005. pág. 11.

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO Y SU HISTORIA

Cuidar es un arte y la practica más antigua del mundo que nació junto con la aparición de las especies vivas, la cual está directamente asociada con mantener la continuidad de la vida.

Esta práctica se puede ver desde dos vertientes, una orientación analizada desde el principio de la historia del ser humano, en donde asegurar la continuidad de la vida y por ende el de la especie era la prioridad.

Si bien es cierto, que los cuidados aparecieron a la par con las especies vivas, se perpetraron con la aparición del linaje *Homo* cuyos tiempos se remontan hace 5 o 6 millones de años.

Cuidar, represento un conjunto de actos de vida convirtiéndose en prácticas cotidianas, como la alimentación, la vestimenta y la protección de peligros. Conforme estas prácticas a través del tiempo se alojaban en la vida del ser humano, se tornaron en actividades que formaban parte de ritos, costumbres y hábitos, en donde algunas prácticas se inclinarían más hacia mujeres y otras tantas a hombres, pero no sería posible hasta que la especie *homo* se convirtió en sedentaria.

Dicho lo anterior, la necesidad de salvaguardar a los descendientes, las provisiones, y el territorio se volvió aun más importante. Una transformación interesante sobre el cuidado, es la que se llevo a cabo cuando siendo sedentario el ser humano y teniendo ya una compleja evolución, se presentan los conceptos del *bien* y del *mal* junto con la integración del cuidado hacia la muerte y dando lugar a la formación de sociedades más complejas que presentaban líderes espirituales, recayendo en ellos la acción de discernir estos 2 conceptos y dar la interpretación y características definitorias entre uno y otro.

A través de los años, chamanes y sacerdotes se encargaron de etiquetar lo “bueno” y lo “malo” hasta la llegada de los médicos; quienes siendo descendientes del clérigo se enfocaban a eliminar los “males” que aquejaban el cuerpo humano, desencadenando así una particular lucha del médico contra el *mal* que era percibido como enfermedad y cuyo único objetivo era erradicarla, observando solo lo que se manifestaba y descuidando la atención en lo que aun estaba vivo o lo que de forma espiritual daba sentido a la vida de la persona.

Analizando lo anterior, la percepción de “bueno” recaía en la salud y lo “malo” en la muerte o la enfermedad, formándose así, el pensamiento de que los cuidados deberían ir encaminados a tratar la enfermedad, dando lugar a la segunda

orientación del cuidado, el nacimiento de la clínica y los cuidados apegados al modelo biomédico.

“Estas dos orientaciones han influido en el discurrir de la enfermería y han contribuido a dificultar la identificación de los cuidados”.¹³ En la primera corriente se menciona todo lo relacionado al mantenimiento y desarrollo de la vida, lo cual recae directamente en las actividades realizadas por las mujeres, cuidados al nacimiento, y de los hijos (contribuir a los cuidados de alimentación estos solo eran referentes a la agricultura y mantenimiento de animales domésticos) en pocas palabras los cuidados que recaían en la mujer eran los propios para dar y conservar la vida.

Por otro lado los hombres proveían de protección relacionada con fuerza al defender su territorio y proveer de alimento mediante actividades de caza utilizando instrumentos “fuertes” que eran competencia de hombres.

Esta percepción se ve reflejada en la segunda orientación pues los cuidados que exigían fuerza física también pasarían a ser competencia de hombres dando lugar a la práctica médica.

La historia de los cuidados ha tenido varias transformaciones al paso del tiempo y con ellas la forma de identificar su práctica, desde su identificación con la mujer al inicio de la humanidad y hasta el fin de la edad media, después el cuidado se ejerció como un acto para redimirse o por caridad a finales del siglo XIX (mujer-consagrada) y hasta la etapa en donde el cuidado y la disciplina como tal, se convirtieron en auxiliar-medico desde principios del siglo XX y hasta finales de la década de los 60.¹⁴

Etapas históricas del cuidado y su evolución

Etapa doméstica o desde tiempos remotos

Esta etapa se caracteriza principalmente porque los cuidados tenían el objetivo de preservar la vida frente a las condiciones adversas del medio, a través de cuidados básicos y habituales dando así los primeros cimientos para la razón de ser de la disciplina.

Es importante mencionar que estos tipos de cuidado se sembraron también en una cuestión de género, pues la mujer era quien los proporcionaba utilizando

¹³ Françoise Collière. M. Promover la vida. 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2009. pág. 10

¹⁴, ¹⁵ Ibídem pág. 17 y 14

elementos que eran parte de “la vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir BIENESTAR”.¹⁵

A partir de este momento y a través de la historia la mujer se convirtió en pieza clave para seguir brindando cuidados, aunque no con el mismo enfoque.

“Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños y también cuidados a los enfermos y a los moribundos puesto que ¿acaso dándoles la vida no les comunican la muerte?”¹⁶

Con el surgimiento del hombre, también surgió la necesidad de creencias sobrenaturales y espirituales en su intento de dar explicación a ciertos hechos, de esta forma las concepciones sobre la salud y la enfermedad comenzaron a formarse, pero dándole la connotación sobrenatural a esta última e identificándola como un castigo divino.

Con el nacimiento del hombre sedentario la persona que padecían alguna enfermedad que lo incapacitaba era cuidado y atendido por las mujeres de la comunidad y por el chamán o sanador, este último (de género hombre) con el objetivo de eliminar el *mal* que aquejaba el cuerpo de la persona.

Finalmente podemos decir que, en esta etapa el cuidado estaba totalmente influenciado por cuestiones sobrenaturales y espirituales, estos a su vez, definidos por el líder espiritual, sin embargo el cuidado persistía como un acto de vida.

Etapa vocacional

Esta orientación vocacional se da principalmente con la aparición de la religión cristiana. En donde la sociedad vinculaba la salud y la enfermedad hacia las voluntades de dios, de esta forma la persona que sufría era la designada por él.

Conforme el cristianismo fue creciendo, comenzaron a formarse monasterios y órdenes religiosas, quienes posteriormente dieran lugar a los primeros hospitales. En un principio los monasterios proporcionaron los cuidados sin embargo, la demanda de estos fue creciendo por los frecuentes encuentros bélicos; fue

¹⁵ García Martín-Caro C, Martínez Martín M. L. Historia de la enfermería evolución histórica del cuidado enfermero. España: Elsevier; 2001. pág. 15

entonces cuando llegaron mujeres voluntarias con la esperanza de poder hacer votos de caridad.

El cuidado se regía en las normas religiosas establecidas y “como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante de las personas dedicadas al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener. Actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de dios, permanecer en el seno de la Iglesia, reconfortar a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con Dios.”¹⁷

Como resultado de esta forma de cuidado las personas que lo practicaban no requerían de conocimientos teóricos ya que los procedimientos que realizaban eran muy simples. La única formación era la religiosa y el cuidado tomo un gran sentido de sumisión, indulgencia, obediencia y benevolencia.

Las primeras cuidadoras fueron protagonizadas por mujeres viudas o adultas mayores que eran merecedoras de respeto y formaban el grueso del personal que cuidaba, también se integraron las monjas y las damas voluntarias que pertenecían a un grupo con alto nivel económico en la sociedad.

Etapas técnicas

Después de la etapa vocacional y luego de un largo periodo de transición, la etapa técnica inicio su largo proceso desde el Renacimiento hasta el siglo XIX. En esta etapa el desarrollo científico y tecnológico tuvo su auge y el gremio médico centro sus objetivos en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento, para este momento la salud es concebida como ausencia de la enfermedad.

“Se fomentó realmente la concentración de todos los recursos sanitarios para la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales.”¹⁸ Las tecnologías que giraban en torno a los enfermos se volvieron cada vez más complejas y con esto se acrecentaba el trabajo que los médicos tenían que realizar, dicho lo anterior la utilización de personal como ayuda aligerara la carga de trabajo volviendo al personal cada vez más necesario.

De esta manera las cuidadoras se transformaron en auxiliares del médico interviniendo en actividades simples como la toma de signos vitales o ministración

¹⁷ Ibídem pág. 16

¹⁸ Ibídem pág. 18

de algunos medicamentos pero siempre bajo la orden médica y con la práctica de cuidado centrada en la persona como sujeto de enfermedad.

Durante la duración de esta etapa, la disciplina iba adquiriendo aires de trabajo, a diferencia de la etapa anterior, en donde el cuidado era una acción voluntaria y de caridad sin embargo, no sería hasta el siglo XX cuando realmente la enfermería sería vista como un trabajo.

Con el antecedente anterior, también se irían creando escuelas con una formación formal con la iniciativa de la pionera de la enfermería moderna, Florence Nightingale, quien adelantada a su tiempo constantemente pensaba que la enfermería tenía que tener una formación con disciplina y no solo adquirir los conocimientos de manera empírica con técnicas, si no que; todo *el que hacer* tenía que tener un porqué y para qué. Es también ella, quien dio paso a lo que sería la identificación y profesionalización de la disciplina.

Etapa de profesionalización

La creación de las escuelas formadoras de enfermeras fue la punta de lanza para el inicio de la profesionalización y la integración de la disciplina al campo laboral, si bien esta etapa inicio desde los años 50 del siglo XX, aún la estamos caminando.

En esta etapa se puede observar el cambio de mentalidad de la propia disciplina en el sentido de cómo se brindaban los cuidados y la percepción de la salud en la antigüedad y el cómo se brindan y perciben ahora.

Se comenzó el proceso de separación de la enfermería con la medicina a través de la construcción de conocimientos propios mediante teorías y modelos que sustentados en un método científico dieron los elementos para que la disciplina también fuera considerada ciencia e incluirla como formación universitaria.

En la actualidad y a través del tiempo, los 4 elementos del Metaparadigma enfermero se inmiscuyeron en un continuo cambio de percepciones, sin embargo, hoy en día están bien definidos y dichas características permiten guiar la práctica profesional.

Sin embargo, por estas definiciones del Metaparadigma, las enfermeras hoy en día nos preguntamos sobre nuestra razón de ser y el campo de acción de nuestra disciplina, tal vez y con la esperanza de que así sea, vayamos direccionados a cuidar más de la salud y brindar aquellos cuidados, que desde tiempos remotos nos permitían hacer actos de vida.

La lucha y nuestro andar por conseguir la separación de algunas otras disciplinas no se detendrán hasta ver el día en que el arte de cuidar sea totalmente reconocido por la sociedad y el gremio científico; porque un arte es considerado único e irreplicable y nuestra ciencia se sustenta en una base metodológica y teórica.

Analizando la historia del cuidado podemos observar que a través de esta se sustenta una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto de estudio, pues debido a esta interacción tan cercana con el ser humano se piensan y estudian los cuidados pertinentes para la continuidad de la vida.

La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social, y en la relación de dialogo estrecho y reciprocidad entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en donde se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Haciendo que el cuidado sea un objeto que debe estudiarse desde distintas perspectivas, tanto social, cultural, psicológica, biológica y espiritual; así como, su impacto en estas esferas, por la compleja estructura funcional del ser humano.

El cuidado también es concebido como objeto de estudio, porque gracias a él se genera conocimiento propio de la profesión y se construyen teorías y modelos en base a este, a demás de tener una filosofía propia que posee individualidad, compromiso, creatividad y amor (arte), comunicación y presencia.

4.3 TEORIA DE ENFERMERÍA

El surgimiento de teorías propias de enfermería proporciono un crecimiento notable para la profesión y desde hace 30 años se ha convertido en literatura constante para la formación de profesionales.

Como ya se mencionó anteriormente la historia de la enfermería moderna inicia con Florence Nightingale, sin embargo no se consideraba una disciplina ni una profesión.

Raile y Marriner refieren que aunque “algunos profesionales de la enfermería utilicen ambos términos (disciplina y profesión) indistintamente estos no significan lo mismo; la disciplina y la profesión están interrelacionadas, pero cada uno de estos términos posee un significado específico relevante para la enfermería”.¹⁹

El termino disciplina aterriza en la cuestión meramente académica y hace referencia a un determinado campo de conocimientos propio, mientras que la profesión es en un campo de trabajo que se basa en el esqueleto teórico de la ciencia de una disciplina y en las habilidades necesarias para su desarrollo.

Las autoras plasman estas diferencias con la intención de que se vea la importancia y la trascendencia de la enfermería desde que se concibió como una disciplina para llegar a una profesión.

A principios del siglo XX y durante su trascurso, la enfermería fue avanzando de manera gradual y de forma interesante pues en este siglo fue el auge en la aparición de más teoristas que llevaron a la enfermería a consolidarse. Este avance no había sido posible por los pocos antecedentes escritos que se tenía de enfermeras de épocas anteriores. “No fue hasta la primera mitad del siglo XX que los líderes de la enfermería empezaron a entender que se precisaba de una base de conocimientos para los profesionales de la práctica de la enfermería”.²⁰

Desde los tiempos de Nightingale se obtuvo la preocupación de qué conocimientos deberían obtener las enfermeras, de esta forma surgieron diferentes etapas, la primera fue la de Currículo, en donde se debía alcanzar un

¹⁹ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Importancia de la teoría para la enfermería como disciplina y profesión. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: Elsevier; 2003. pág. 14-31.

²⁰ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Introducción a la teoría de la enfermería: historia terminología y análisis. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: Elsevier; 2003. pág. 3-13.

conjunto de conocimientos estandarizados para poder brindar cuidados, transformado el conocimiento en diplomados.

A medida de que se iba buscando más conocimiento, surgió la etapa de la investigación, en donde la educación superior se hizo más evidente para la construcción de conocimiento científico y a la par comenzaron a instalarse cursos y planes de estudios en las universidades, muchos de estos programas incluían cursos de investigación basados en el método científico. De esta forma el conocimiento basado en la investigación resulto insuficiente sin una teoría que lo sustentara, dando lugar a la etapa de la teoría.

Integrando los estudios universitarios, el manejo de teorías y modelos, además de la investigación; la fase contemporánea tuvo lugar con énfasis en la aplicación de las teoría en la práctica profesional de los cuidados.

A lo largo de todas las etapas profesionales de la enfermería, podemos percibir que la preocupación por el desarrollo de un cuerpo de conocimientos era evidente, además de que se planteaba la cuestionante de que conocimientos tenía que poseer la enfermera para la práctica.

“A mediados de la década de 1970, la evaluación de 25 años de investigación en enfermería reveló que esta carecía de conexiones conceptuales y de marcos teóricos”²¹. También fue en esta década cuando las enfermeras se preguntaban si ¿la enfermería se basaba en otra disciplina o en la enfermería misma? Esto dio un giro sumamente importante pues llevo a la disciplina a la construcción de corrientes de pensamiento que sustentarían la práctica de los cuidados con modelos metodológicos y esos a su vez, con la integración de aspectos Metaparadigmaticos únicos.

Tanto la construcción de Paradigmas y Metaparadigmas consolidaron a la enfermería como una disciplina basada en la propia ciencia enfermera. Ciencia, que poseía un marco filosófico lo que le daba razón de *ser*, un marco teórico y conceptual, lo que establecía y delimitaba su campo de acción y su *quehacer* profesional, y por ultimo un objeto y sujeto de estudio incursionando en la investigación.

²¹ Ibídem pág. 5

4.3.1 Concepto de teoría, objetivo y ventajas

La construcción de cualquier profesión conlleva el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos y junto con esto el nacimiento de teorías y modelos. “En esencia, y de manera independiente a la disciplina todos los modelos tienen su raíz en una teoría o un grupo de ellas”.²²

Para poder analizar las diferentes teorías, sus objetivos y ventajas, se requiere del análisis del marco teórico de la enfermería, por lo que es esencial el estudio de la terminología sobre el tema. Este análisis se hará por niveles de conocimiento:

El **Metaparadigma** de la ciencia enfermera, constituye el **nivel de conocimientos abstractos**, enfatiza los principales elementos que informan sobre el tema principal de la disciplina.

El siguiente nivel es la **filosofía**, en este se plasman las concepciones de los elementos del Metaparadigma en los diferentes modelos teóricos. También existen otros trabajos teóricos filosóficos, un ejemplo de ellos es el de Nightingale que tiene enfoques o corrientes filosóficas propias de la enfermería.

Los modelos conceptuales o Paradigmas corresponden al tercer nivel de conocimiento, proporcionan un marco de referencia para intentar describir y explicar de forma sistemática y en ocasiones predecir las relaciones entre los fenómenos, también ofrecen distintos puntos de vista de la enfermería según las características de cada modelo. Por otra parte, **los conceptos** son los principales componentes de una teoría y las etiquetas que se utilizan para identificar a los fenómenos.

Una teoría debe estar basada en la observación de fenómenos, esto se refiere a la manifestación o acontecimiento de un suceso en la naturaleza.

El siguiente nivel de conocimientos es la construcción de teorías. “**La teoría** es un grupo de conceptos relacionados que proponen acciones que guíen la práctica”.²³ Algunas teorías también pueden derivar de otras disciplinas. Existen diferentes tipos de teorías según la corriente de pensamiento; estas se describirán más adelante.

²² Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkás K. Paradigma y Metapadigma. En: Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkás K. Modelos de enfermería aplicación a la práctica. México: Manual Moderno; 2011. pág.13

²³ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. OP. CIT pág. 6

A las afirmaciones que se definen como ciertas, pero sin ser demostradas ni comprobadas se les llama **supuestos**, mientras que una **hipótesis** es un enunciado que demuestra relación, pero este si debe comprobarse.

La ciencia se define como un cuerpo unificado de conocimientos que se encarga de temas específicos y procesos metodológicos para proporcionar dicho conocimiento.

Una vez descrita la terminología correspondiente, existen varios aspectos que según Marriner y Raile se deben evaluar un trabajo teórico. Se debe considerar su claridad, en el sentido de que deben identificarse sin dificultad los principales conceptos, subconceptos y sus definiciones, la claridad semántica y toda su estructura también son muy importantes.

Otro aspecto es la simplicidad, “Chinn y Kramer, sugieren que las enfermeras necesitan una teoría simple, que guie su práctica. Cualquier teoría debe ser lo suficientemente comprensible y en un nivel de abstracción que pueda servir de guía, aunque debería tener los menos conceptos posibles y relaciones simples para facilitar la claridad. Reynolds mantiene que: la teoría más útil es la que ofrece el mayor sentido del conocimiento”.²⁴

En una teoría debe examinarse el objetivo de sus conceptos y sus metas, cuanto más limitados estén los conceptos y las metas, menos general es la teoría. También debe valorarse la precisión empírica, esto relacionado con la comprobación de la teoría, en el sentido de que, sus conceptos estén aterrizados en la realidad observable. La teoría debe general hipótesis y ser útil para poder integrarla al campo de conocimientos.

Para evaluar las consecuencias deducibles es vital preguntarse ¿Es importante esta teoría? Para ser considerada útil, la teoría debe desarrollar y guiar la práctica, según Ellis. Mientras que Chinn y Kramer sugieren que la investigación y el ejercicio de las guías de la teoría de la enfermería deberían generar nuevas ideas, y diferenciar el centro de interés del de otras profesiones.

El objetivo principal para el desarrollo de teorías es que estas dan sentido al conocimiento para mejorar la praxis, de igual forma estas teorías incluidas en los modelos metodológicos benefician empoderando a la enfermería para poseer un juicio crítico y hacer uso de este para intervenir en la toma de decisiones en lo pertinente al arte del cuidado, asegurando así que la práctica profesional tenga

²⁴ Íbidem pág. 9

éxito, pues todo su *que hacer* está basado en conocimiento científico, justificado y fundamentado.

Por lo tanto la teoría lleva a la autonomía científica, da claridad a los valores y los supuestos, dirige los objetivos de la práctica, investigación y formación de nuevas generaciones con la concepción de un *ser* profesional científico más estable y definido.

“La cuantiosa herencia de los trabajos de las teóricas de la enfermería, sus filosofías, los modelos conceptuales y las teorías representan hoy en día el *status* de la enfermería como disciplina, al mismo tiempo que se sigue avanzando. Aún más importante puede considerarse el hecho de que los modelos y las teorías guían el pensamiento crítico de la enfermería y que están siendo mayormente aceptados por la comunidad enfermera. El debate no debería ser sobre lo que representa cada modelo, si no sobre cómo cada modelo representa los distintos valores que busca la enfermería”.²⁵

Si bien el desarrollo de teorías y modelos, le dieron a la disciplina status con un nivel igual al de otras profesiones, hoy en día se necesitan más recursos humanos que se interesen en la investigación, algunos autores señalan que no basta con que las personas realicen investigación, si no que se tiene que poseer un talento especial, características artísticas como la creatividad y la capacidad de búsqueda. “Rosenberg citó: le puedes enseñar a alguien como mirar, pero no como ver; como buscar, pero no como encontrar”.²⁶

Esto también representa un reto para la profesión, pues se ha visto que aunque a las generaciones nuevas se les forma con un mayor sentido científico es difícil enseñar o fomentar la creatividad.

4.3.2 Clasificación de teorías

A través de los años, las teorías de enfermería dejaron de ser algo nuevo o algo que estaba de moda y que se tenía que estudiar para ampliar el currículo. Desde que la enfermería se definió como profesión y se ofertó académicamente en las universidades, estudiar las teorías y modelos científicos formó parte de la principal plataforma de conocimientos y léxico propio de la profesión.

²⁵ *Íbidem* pág. 11

²⁶ Marquis Bishop S, Hardin Sonya R. Proceso de desarrollo de la teoría. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2003. pág. 35-49.

Al paso de la historia y desde la época de Florence Nightingale, se observaron distintos tipos de teorías que se diferenciaban por los enfoques vistos en cada una de ellas. De manera general en el tema de las teorías, existen tres grandes clasificaciones que se pueden adaptar a la profesión enfermera.

De acuerdo con el sociólogo Merton (1968) son: las denominadas grandes teorías, las de nivel medio y aquellas de alcance limitado.

Grandes teorías

Estas teorías se caracterizan por ser tan amplias, casi como el modelo mismo del que se derivan y son muy abstractas, además de que proponen algo verídico o que puede ser demostrable. Las principales Teóricas que se encasillan en este tipo de teoría son:

Dorothe E. Orem y su Teoría del Déficit de Autocuidado.

Orem definió el autocuidado como una necesidad humana y su teoría del Déficit de Autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, en este último ubica tres sistemas: totalmente y parcialmente compensatorio y por ultimo un sistema asistencial-educativo.

Ella define el autocuidado como: “El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo o sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar”.²⁷

Se proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficiente.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

²⁷ Taylor Susan G. Dorothea e. Orem: La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: Elsevier; 2003. pág. 189-211.

6. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potenciar humano.

Myra Estrin Levine y su Modelo de Conservación

Su modelo está basado en la intervención enfermera como una actividad de conservación que mantiene la integridad o totalidad de una persona. Utiliza cuatro principios de conservación para explicar todas intervenciones que mantiene la salud de una persona:

- a) Conservación de la energía (entrada y salida de fuentes de energía para un buen funcionamiento)
- b) Conservación de la integridad estructural (funcionamiento de las estructuras corporales)
- c) Conservación de la integridad personal (mantenimiento de la identidad personal)
- d) Conservación de la integridad social (capacidad de interactuar con otros)
- e) Importancia de la integridad social (patrones de afrontamiento individual)

Todos los principios de conservación están basados en los principales conceptos de la obra de Levine: holismo, globalidad, integridad y por supuesto la conservación. En base a estos principios también designo 4 niveles de respuesta:

- a) Miedo o respuesta de lucha o huida
- b) Respuesta inflamatoria
- c) Respuesta al estrés
- d) Respuesta sensorial

Como se puede observar en el trabajo de Levine, la influencia de otras ciencias es evidente, ella utilizo la sociología, psicología y fisiología para analizar las diferentes prácticas enfermeras y describir sus habilidades y actividades.

Martha E. Rogers y el Modelo de Seres Humanos Unitarios

En su modelo utilizo como eje central a los seres humanos en interacción con su entorno que se desarrollan en distintos bloques:

- a) Campos de energía (concebidos como unidades fundamentales de los seres vivos)

- b) Universo de sistemas abiertos (se refiere al entorno y la interacción con los campos de energía)
- c) Patrones (característica de un campo de energía que está en constante variación)
- d) Tetradsimensionalidad (hace referencia a un dominio no lineal, sin atributos de espacio ni tiempo; sus límites son imaginarios y fluctúan continuamente).

Bajo estos cuatro bloques se derivan los principios de Homeodinámica que funcionan como un medio para comprender la vida y los mecanismos que le afectan con intervenciones dirigidas específicamente bajo la resonancia, helicidad y reciprocidad como principios de la homeodinámica.

Dorothy E. Johnson y el Modelo de Sistemas Conductuales

Este modelo considera a la persona como un sistema conductual que está compuesto de una serie de subsistemas sistematizados, interactivos e interdependientes. El sistema está en constante cambio mediante conductas que son reguladas por los factores biológicos, psicológicos y sociales. Este sistema se mantiene en un equilibrio adaptándose a fuerzas internas y externas.

- a) Subsistema de afiliación (primero en desarrollarse, y promueve la supervivencia y el sentimiento de seguridad)
- b) Subsistema de dependencia (favorece la conducta de ayuda)
- c) Subsistema de alimentación
- d) Subsistema de eliminación
- e) Subsistema sexual
- f) Subsistema de agresividad
- g) Subsistema de realización

Sor Callista Roy y su Modelo de Adaptación

El modelo de Roy supone un claro ejemplo de cómo los conocimientos venideros de otras disciplinas aplican al campo de la enfermería y hacen propios. Este modelo integra sistemas y métodos de adaptación de una persona en su entorno que junto con la identidad nos da tres clases de estímulo: focal, residual y contextual. Estos estímulos a su vez crean necesidades tales como:

- a) La función fisiológica
- b) Autoconcepto
- c) Función del rol
- d) Interdependencia

También maneja dos mecanismos de afrontamiento el regulador y el cognitivo, estos dos mecanismos son subsistemas del sistema de adaptación de la persona.

Betty Neuman y su Modelo de Sistemas

Este modelo se centra en el estrés y la reducción del mismo y como este afecta el proceso de salud. La persona es un sistema abierto que interactúa con el entorno.

Para Neuman existen líneas de resistencia que representan los factores internos de una persona que interviene en los agentes estresantes, y líneas normal defensa que representan el estado de equilibrio de y de adaptación de una persona a través del tiempo, por otro lado, están las líneas flexibles de defensa que actúan como una barrera protectora para evitar que los factores estresantes se internen en la línea normal de defensa, y por ultimo esta la reacción a los agentes estresantes.

Los principales agentes estresantes son:

- a) Intrapersonales
- b) Interpersonales
- c) Extrapersonales

La reacción de una persona a un agente estresante está determinada por la resistencia natural y aprendida que se manifiesta por la línea de resistencia y las diferentes líneas de defensa.

Dentro de esta clasificación de teorías, también se encuentran las autoras *Imogene King y su Teoría de la consecución de objetivos y el Marco de Sistemas Interactivos* y Nancy Roper, Winifred W. Logan y Alison J. Tierney con Los elementos de la enfermería y la construcción de su modelo enfermero basado en un modelo de vida.

Teorías de nivel medio

Se caracterizan por tener el grado menos abstracto de todo el conocimiento teórico, pues incluyen detalles específicos y dirigidos de la práctica enfermera y quizá son las teorías de mayor beneficio para esta práctica. Esto es así porque se basan en el resultado de la investigación y por ende, la práctica se respalda por la evidencia.

“Las teorías de nivel medio comprenden información sobre la situación o condición de salud, el grupo de población o de edad del paciente, la ubicación o área de su práctica, y la acción de la enfermera o la intervención”.²⁸ Las principales teóricas son: Hildegard E. Peplau con la teoría de la Enfermería Psicodinámica, Ida Jean Orlando y La Teoría del Proceso Enfermero, Joyce Travelbee con su Modelo de Relación de Persona a Persona, Katharine Kolcaba y La Teoría del Confort, Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomilin y Mary Ann P. Swain y el modelado de roles. También se encuentran Ramona T. Mercer y la Adopción del rol maternal, Kathryn E. Barnard y su Modelo de la Interacción padre-hijo, Madeleine Lininger con la Cultura de los cuidados y la teoría de la diversidad y de la universalidad, Rosemarie Rizzo Parse y la evolución humana, además de Merle Mishel con su idea de la incertidumbre frente a la enfermedad y por último Margaret A. Newman y el Modelo de la salud.

Teorías de alcance limitado

También denominadas teorías de la práctica, estas son mucho más específicas y concretas que las dos anteriores y principalmente “indican a la enfermera si una acción específica tendrá un efecto benéfico sobre el sujeto de cuidado, o si de tener otra acción hará lo mismo”²⁹, estas teorías son muy útiles como guías específicas para la intervención lo que nos indican que se revelan como resultado de años de experiencia y algunos ejemplos son prácticas que se volvieron frecuentes como movilizar a la persona cada 2 horas.

Dentro de la profesión enfermera existe otra clasificación de teorías que dieron un enfoque filosófico a la ciencia, dentro de esta tenemos teóricas como:

²⁸ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Introducción a la teoría de la enfermería: historia terminología y análisis. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: Elsevier; 2003. pág. 3-13.

²⁹ Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkás K. ¿Qué son los modelos de enfermería y porque son necesarios? En: Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkás K. Modelos de enfermería aplicación a la práctica. México: Manual Moderno; 2011. pág. 6

Florence Nightingale que se denominó como la pionera de la enfermería moderna y su teoría del entorno, Ernestine Wiedenbach con su filosofía del arte de la ayuda de la enfermería, Faye Glenn Abdellah, Lydia E. Hall con su modelo de introspección, cuidado y curación, Jean Watson y por ultimo Virginia Henderson quien menciona 15 necesidades básicas que necesita el ser humano para ser independiente y conservar la salud. El próximo apartado será dedicado a esta última teórica, pues en base a ella se realizara el correspondiente Proceso Atención de Enfermería.

4.3.3 Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en la ciudad de Kansas, siendo la quinta hija de una familia de ocho hermanos. A consecuencia de que su padre era abogado y ejercía su profesión en Washington DC. Henderson tuvo que estudiar en Virginia y sus primeros destellos de interés hacia la enfermería surgieron en la primera guerra mundial. Posteriormente en 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington DC. En donde se graduaría para después aceptar su primer puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Para el año de 1922, Henderson comenzó a impartir clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Desde 1925 y hasta el año de 1948 estuvo inmersa dentro del área de docencia, durante esos años, se licencio como profesora de enfermería y realizo un master, además de trabajar como supervisora del profesorado en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester e impartió cursos sobre el Proceso Enfermero en el Teacher College.

Mientras Henderson era profesora de este último colegio rescribió la cuarta edición del libro Textbook of the Principles and Practice of Nursing de Barta Harmer y para su quinta edición ya incluía su propia definición de enfermería (1955). Desde principios de los años cincuenta, Henderson colaboraba con la Universidad de Yale para potenciar la investigación en enfermería, a partir de este momento ella trabajaría en publicaciones independientes y en colaboración con otros autores e instituciones, entre las obras destacan, su opúsculo Basic Principles of Nursing Care, The Nature of Nursing, The Principles and Practice of Nursing, también fue cofundadora del Interagency Council on Information Resources of Nursing y del New England Regional Council on Library Resources for Nursing.

Debido a sus logros y sus contribuciones a la profesión, fue acreedora de varios reconocimientos, entre ellos: fue nombrada doctora honoris causa, le concedieron el premio Christiane Reimann, gano el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing estadounidense, varios puestos honoríficos en distintos recintos y recibió el premio Mary Tolle Wringht Founders de la Sigma

Theta Tau International que es uno de los honores más altos que concede esta asociación.

Virginia Henderson, murió a la edad de 98 años en Marzo de 1996 y para este momento todo su trabajo era conocido mundialmente. “Halloran escribió en Internet: Miss Virginia Avenel Henderson fue al siglo XX lo que Florence Nightingale fue al siglo XIX. Ambas escribieron una extensa obra que ha influido al mundo entero”.³⁰

Afirmaciones teóricas

Una vez descrita la vida de esta teórica, podemos dar paso al análisis de su teoría como tal. Cuando Henderson plasmo sus ideas, en la re-escritura del libro de Barta Harmer, en un principio solo intento definir la enfermería y no concibió sus ideas como bases de una probable teoría. A lo largo de sus escritos podemos identificar diferentes supuestos, que si bien Henderson no los especifico, por las características se identifican como tal, estos también se relacionan directamente con el Metaparadigma enfermero.

Supuestos de la teoría de Virginia Henderson³¹

Enfermería

- La función principal de las enfermeras es la de ayudar a los individuos sanos y enfermos.
- La enfermera forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de la enfermera es totalmente independiente al trabajo del médico, sin embargo deberá colaborar conjuntamente con él para la recuperación del

Persona

- Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla.
- La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.
- El paciente y su familia son una unidad.
- Cada individuo es una totalidad compleja, que requiere satisfacer

³⁰ Marriner Tomey A. Virginia Henderson: definición de la enfermería clínica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: Elsevier; 2003. pág. 89-111.

³¹ Ibídem pág. 102.

³⁰ García González. Ma. De Jesús. Capitulo 2: Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson. En: García González. Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1ª ed. México: Progreso; 1997. pág. 7-17.

paciente.

necesidades fundamentales.

- La enfermera puede y debe diagnosticar para tratar al individuo si la situación lo requiere.

Salud

- Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo.
- La persona desea ser independiente en cuestiones de salud.
- La prevención y la educación para la salud es más importante que el cuidado del enfermo.

Entorno

- Los individuos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de ellas.

De igual forma, Henderson conceptualiza los 4 elementos del Metaparadigma, establece sus definiciones e identifica las 14 necesidades que comprenden su teoría.

Enfermería

Ella señala: La función única de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

Persona

La persona y su familia son una unidad que debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, pues la mente y el cuerpo son inseparables. La persona tiene la capacidad de aprender y de esta forma llegar a ser independiente.

Salud

Este proceso es sinónimo de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades básicas, por ende cuando no se satisfacen estas necesidades llega un momento de dependencia y a su vez de enfermedad.

Entorno

Ella utilizo la definición del *Webster's New Collegiate Dictionary*. "El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo". También menciona que, en este ambiente es donde el individuo desarrolla su actividad.

Necesidades

Henderson no establece una propia definición de necesidad, pero si plantea las 14 necesidades que según su teoría son las básicas para que una persona pueda vivir íntegramente.

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminación de desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Descanso y sueño
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias
12. Realización personal
13. Participar en actividades recreativas

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Dentro de las afirmaciones teóricas de Henderson, también podemos observar que la enfermera se relaciona en tres niveles de atención con respecto a la persona:

- a) La enfermera como sustituto
- b) La enfermera como ayuda
- c) La enfermera como compañera y orientadora

La enfermera actúa como sustituto de la persona cuando esta se encuentra incapaz de satisfacer sus necesidades básicas, un ejemplo podría ser una persona hospitalizada en terapia intensiva. El nivel de ayuda, se orienta hacia la asistencia de la persona que es capaz de satisfacer sus necesidades pero que requiere de alguna intervención para este cumplimiento y por último el nivel de orientadora va encaminado hacia la educación para un individuo que es completamente capaz de satisfacer sus necesidades por si solo pero que requiere orientación para el mantenimiento de la salud.

“La enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven. Virginia Henderson.”³²

Analizando lo anterior, también se plantean diferentes barreras denominadas fuente de dificultad, que son propias de la persona y que en determinado momento impiden la satisfacción de las necesidades. Henderson señala tres:

- a) Falta de fuerza: la dependencia aparece cuando la persona carece de fuerza no solo física, si no también moral o espiritual.
- b) Falta de voluntad: esta barrera está relacionada con la pérdida de algo significativo, por ejemplo la salud o con las capacidades intelectuales y factores socioculturales.
- c) Falta de conocimiento: es todo lo referente a la prevención, curación y rehabilitación.

³² García González. Ma. De Jesús. Capítulo 2: Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson. En: García González. Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1ª ed. México: Progreso; 1997. pág. 7-17.

La teoría de Virginia Henderson, forma parte de un trabajo filosófico y reflexivo, pues ella se encargó de establecer de manera concreta la relación **enfermera-paciente**, dándole una importancia de peso, pues la actitud que la enfermera tomara al momento de enfrentarse con alguna situación de salud o enfermedad, daría la pauta para el éxito de los cuidados brindados.

Ella decía que, una enfermera primero debía identificar las necesidades que no se encontraban satisfechas en la persona, para después poder confirmarlas junto con ella. Esta valoración debía realizarse con sentimientos de empatía, lo que Henderson decía que era *ponerse en la piel* de la persona y estableciendo que la enfermería debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad misma, y que cualquier enfermera que desempeña el papel de médico delega su función primaria y carece de identidad por lo que cederá su papel con facilidad.

Otra afirmación teórica fue la relación **enfermera-médico**, donde ella insiste en la diferencia de profesiones y por lo tanto en el *que hacer* de su práctica profesional, aunque si bien, el plan de cuidados se elabora para el paciente y está íntimamente relacionado con el plan terapéutico médico, no se rigen por el mismo objeto de estudio, demostrándose en la práctica.

También mencionaba que **la enfermera formaba parte del equipo sanitario** y debía trabajar en conjunto con otros profesionales, sin embargo, no debían intercambiar tareas, ella afirmó: “ningún miembro del equipo deberá hacerle una petición demasiado exigente al otro miembro, de modo que este no pueda realizar sus propias tareas”. Para ejemplificar este postulado, Henderson compara al equipo sanitario con una gráfica de pastel, en donde el tamaño correspondiente a cada miembro del equipo varía en medida que el paciente va progresando a su independencia, en un principio hay profesionales que no intervienen, sin embargo, se pretende que el paciente haga uso de la mayor parte del equipo profesional sanitario.³³

Analizando todo lo anterior y con el antecedente de que Henderson no pretendía hacer un trabajo teórico, se puede identificar su obra como una Teoría filosófica por las afirmaciones antes mencionadas y como un modelo conceptual que puede ser aplicado a un Proceso Atención de Enfermería con la capacidad y funcionalidad para guiar la práctica profesional.

³³ Marriner Tomey A. Virginia Henderson: definición de la enfermería clínica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: Elsevier; 2003. pág. 89-111.

4.4 El Proceso de Enfermería

La disciplina enfermera inmersa en la historia, ha dado la oportunidad de analizar su desarrollo como profesión y ciencia del cuidado. Con la integración y formalización de los estudios de la disciplina a niveles universitarios, la construcción de un método que ayudara a brindar los cuidados de forma individualizada y sistematizada se volvió una prioridad, porque la atención cada vez demandaba más calidad.

Como se ha venido mencionando a lo largo del marco teórico, la enfermería tiene características bien definidas que le permiten poseer el título de ciencia, una de estas características es el sustento metodológico basado en teorías y modelos propios de la disciplina, a este se le denomina Proceso de Atención de Enfermería, que está basado en el método científico, por lo que permite la solución de problemas (necesidades alteradas) con un orden lógico a través de diferentes etapas.

La enseñanza de este proceso se llevó a cabo por el año de 1973 en las escuelas de enfermería, en donde se consideraba un instrumento útil para el cuidado individual del paciente³⁴. Con la enseñanza de esta metodología desde la formación de la identidad profesional, se pretendía fomentar el pensamiento crítico y reflexivo en la enfermera y hacer partícipe de su cuidado a la persona.

Gracias a esta adaptación del modelo científico a la disciplina de enfermería los cuidados fueron adquiriendo una mayor organización y la capacidad de integrar a la persona en su recuperación o mantenimiento de la salud.

4.4.1 Definición, objetivos y características

En el año de 1976 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C definió el Proceso como *un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia o comunidad.*

Por su parte, Rosalinda Alfaro (1993) define el Proceso de Atención de Enfermería como: *un método sistemático y organizado de brindar cuidados enfermeros individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas*

³⁴ García González. Ma. De Jesús. Capítulo 3: El proceso de enfermería según el modelo de Virginia Henderson. En: García González. Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1ª ed. México: Progreso; 1997. pág. 19-52.

*de la persona, familia o comunidad a las alteraciones de salud, reales o potenciales.*³⁵

Existen otros autores que también definen el proceso enfermero, por ejemplo: Marriner señala que es *la aplicación del método científico a los cuidados de enfermería* y Macfarlan lo menciona como *un método sistemático de toma de decisiones y planificación de cuidados*. Analizando las diferentes definiciones podemos encontrar que todos resaltan en pensamiento crítico y reflexivo para la práctica profesional.

En base a lo anterior, podemos observar que la metodología enfermera está conformada por diferentes características que la definen propia de la disciplina³⁶:

1. **Ordenado y sistemático:** consta de 5 etapas ordenadas lógicamente, en cada una de ellas se llevan a cabo acciones específicas, orientadas a maximizar la eficiencia y la obtención de resultados con beneficios.
2. **Con enfoque holístico e individualizado:** Durante las etapas, se integran las esferas biológicas, sociales, psicológicas y culturales de una persona para verla en conjunto con su entorno.
3. **Dinámico y cíclico:** esta metodología nos permite volver al inicio o al final para cambiar intervenciones y seguir persiguiendo el mismo objetivo y resultado
4. **Centrado en el cumplimiento de los objetivos y por ende en los resultados:** el proceso está integrado de tal forma que permite centrar la atención en si la persona recibe el mayor beneficio con los cuidados brindados.
5. **Puede ser aplicado a una sola persona o comunidad en procesos de enfermedad o salud**

Toda esta metodología enfermera persigue objetivos y en base a ellos se rige para la construcción de los objetivos específicos del sujeto de cuidados.

³⁵ Almansa Martínez P. Metodología de los cuidados de enfermería. México: DM; 1999. pág. 32

³⁶ Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2005. pág. 4.

- De primera intención el Proceso de enfermería pretende desarrollar en el profesional pensamientos lógicos y críticos que estén bien fundamentados en base a la elección de un modelo conceptual y teoría en específico.
- Aplicar intervenciones ordenadas e individualizadas basadas en un pensamiento holístico trabando junto con el paciente o comunidad y proporcionar un cuidado de calidad.
- Desarrollar habilidades, actitudes y aptitudes para poder identificar, factores de riesgo, problemas reales, conductas generadoras de salud, formación de diagnósticos de enfermería y en el caso del modelo de Virginia Henderson jerarquizar necesidades.

4.4.2 Descripción de las etapas

Como hemos mencionado, el proceso de enfermería es una metodología científica de resolución de problemas y como metodología, esta consta de 5 etapas que se describirán a continuación con el enfoque del modelo de Virginia Henderson, utilizado para la aplicación de este Proceso Enfermero.

Valoración

Esta etapa consiste en la recolección de datos objetivos y subjetivos del estado de salud para identificar problemas reales o potenciales que intervengan en la independencia de la persona y la satisfacción de las 14 necesidades básicas de Henderson, a través de diferentes técnicas de recolección.

Para la realización de esta primera etapa, Alfaro recomienda seguir una lista de pasos ordenados, estos consisten en:

1. Recogida de datos

Esta acción se realiza desde el primer contacto con el paciente y continúa hasta dado por terminado el proceso, pues esta característica de ser dinámico y continuo nos brinda información desde el inicio y con el avance de esta metodología. Es importante seguir recabando datos pues la condición del paciente no es estática y una constante valoración, arrojará datos nuevos que intervengan en los cuidados. La efectividad de este primer punto se lo dan las características de ser completo, sistemático y ordenado y con este fin se elaboraran los instrumentos de valoración que sean funcionales para lograr la recogida de datos y su registro.

Para conseguir que la valoración sea ordenada se pueden efectuar 2 tipos, la valoración de datos básicos y la focalizada, la primera se lleva a cabo desde el primer contacto con la persona y es una valoración general del estado de salud para la evidencia de un panorama más amplio, la segunda apunta a la recolección de datos de un aspecto específico en donde se identifican signos que denoten la existencia de algún problema de salud real o potencial.

También existen diferentes tipos de fuentes para poder obtener información, de forma directa a través de la propia persona con técnicas como la entrevista, la observación y la valoración física o de forma indirecta analizando la información de la familia y los registros médicos del expediente clínico, registros de las hojas de enfermería o directamente en la bibliografía correspondiente a las alteraciones.

Los datos que se obtengan en la valoración podrán ser de dos tipos: objetivos y subjetivos. Los objetivos serán datos medibles y observables por el profesional, en tanto que, los subjetivos no son visibles y se identifican por lo que el paciente dice; sus opiniones, creencias, actitudes y percepciones.

2. Validación de los datos obtenidos

Este paso se refiere a la comprobación de que los datos obtenidos sean veraces para evitar hacer afirmaciones, excluir información importante, malinterpretaciones, realizar conclusiones precoces o hasta errar en la identificación de las necesidades alteradas lo que llevaría a no conseguir los resultados deseados. Para una adecuada validación se deben tomar en cuenta las siguientes medidas:

- **Revisar los propios datos** (los datos medibles pueden ser considerados ciertos, sin embargo en caso de no tener seguridad se puede pedir a otra persona que los mida para su corroboración).
- **Comprobar la congruencia** entre datos objetivos y subjetivos evitando confusiones.
- **Verificar que no existen datos transitorios** que afecten los datos medibles.
- **Comprobar la información que arroje datos críticos o anormales.**

3. Organización de datos

Llegado a este punto se deben agrupar los datos recabados para clasificarlos e identificar los datos que resultan irrelevantes, normales o anormales. En función del modelo de Henderson, los datos deberán dividirse en dependientes o independientes para señalar las necesidades que se encuentren alteradas.

La realización de este paso nos permite vislumbrar los problemas, las causas probables y la fuente de dificultad que experimenta la persona.

4. Registro de los datos

Aunque este paso está ubicado como el último, se debe comenzar junto con la recopilación de datos, pues si no se hace un adecuado registro es común omitir información que después resulte relevante, además con las diferentes técnicas de recolección resulta una gran cantidad de información que debe ser registrada para no perder detalle.

También es importante anotar información objetiva y reservarse los juicios o hacer interpretaciones de la información sin antes haberla analizado a profundidad.

Diagnóstico de enfermería

Se podría mencionar como la identificación del problema, en esta etapa se analizan los datos obtenidos en la valoración para identificar el grado de dependencia o independencia con relación a las necesidades alteradas que presenta la persona y así formular diagnósticos que serán la base del plan de cuidados.

Esta etapa también es considerada como el eje central del Proceso enfermero, pues permite “identificar el problema y los factores de riesgo, predecir los problemas o las complicaciones potenciales, además de los recursos y los puntos fuertes”³⁷ de la persona que recibe los cuidados.

La NANDA (IX Conferencia 1990) define el diagnóstico de enfermería como: *Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad, frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales.* Alfaro (1993) coincide con esta definición: *juicio clínico que identifica problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas de un individuo o grupo, que los profesionales de enfermería deben ubicar y tratar de forma independiente.*

³⁷ Alfaro LeFevre R. OP. CIT pág. 80

Tipos de diagnóstico

1. Real: es un problema que ya existe o que está presente en el momento de realizar la valoración y describe la respuesta actual del individuo, familia o comunidad.
2. Potencial o de riesgo: describe aquellas respuestas humanas que contienen factores de riesgo para presentar un problema real.
3. De salud: en este diagnóstico se describen las conductas generadoras de salud que se pueden potencializar.

La elaboración de un diagnóstico enfermero conlleva un proceso complejo de análisis de datos para después dar paso al planteamiento de hipótesis provisionales una vez que se hace la interpretación de la información y se ha elaborado un listado de posibles problemas. Una vez que se ubicó el problema, comienza otro proceso de análisis en donde a través de una valoración focalizada se identifican las posibles causas y factores que contribuyen al surgimiento del problema.

Componentes del diagnóstico

1. Etiqueta diagnóstica

En el año de 1982 se crea la NANDA, Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros por sus siglas en inglés, quienes crearon a través del análisis de las repuestas humanas una clasificación de diagnósticos propios de la profesión y quienes se reúnen cada 2 años para la discusión de nuevos diagnósticos.

Esta asociación elaboro los diagnósticos a través de la construcción de frases concisas que determinarían los problemas relacionados a repuestas humanas, en donde se incluyeron calificativos como deficiente, alterado, deteriorado, inefectivo, excesivo, alterado y aumentado seguido de un patrón de palabras clave que terminarían de construir el diagnóstico.

2. Definición de la etiqueta diagnóstica

Describe de forma clara el diagnóstico permitiendo aclarar su significado y diferenciándolo de otros similares.

3. Características definitorias

Esta otra parte de la construcción de los diagnósticos se refiere a los signos y síntomas que ponen en manifiesto al problema y aparecen dentro de 2 tipos de diagnósticos de los 3 descritos con anterioridad, los reales y de salud.

4. Factores relacionados

Se caracterizan por ser las circunstancias que contribuyen y/o causan el desarrollo de un problema o su permanencia. Se utilizan en los diagnósticos reales o de riesgo.

5. Factores de riesgo

Estos son utilizados para la construcción de los diagnósticos de riesgo y se refieren a todos los factores ambientales, físicos, biológicos, psicológicos, espirituales, etc. Que potencialicen la posibilidad de presentar alguna alteración.

Formulación de los diagnósticos

Para la construcción de estos diagnósticos se utilizara el formato *PES* propuesto por Gordon.

- a) Problema: corresponde a la etiqueta diagnóstica.
- b) Etiología: se refiere a los factores relacionados
- c) Signos y síntomas: que corresponden a las características definitorias

“Estas tres partes se unen entre sí con las frases *“relacionado con”* que establece la relación entre la primera parte y la segunda, y *“manifestado por”* para identificar los datos que apoyan el diagnóstico”.³⁸

Aunque el formato *PES* es muy utilizado, específicamente para este Proceso de Enfermería, los diagnósticos serán construidos a partir de las necesidades alteradas.

1. Diagnósticos reales

Este tipo de diagnóstico se conforma con los tres componentes.

³⁸ Almansa Martínez P. OP. CIT pág. 107

2. Diagnóstico potencial o de riesgo

Por ser una situación de riesgo este diagnóstico carece de características definitorias y solo se formula con los factores relacionados.

3. Diagnóstico de salud

Debido a que en este diagnóstico el factor relacionado no cambia (el deseo de lograr un mayor nivel de salud) solo se elabora con las características definitorias.

Planificación de los cuidados

Para esta etapa se desarrolla un plan de acción tomando en cuenta lo siguiente:

Se priorizaran las necesidades alteradas en base a qué necesidad necesita más cuidados, fijar los objetivos específicos de la persona para la obtención de resultados, determinar las intervenciones, elaborar el plan por escrito y de forma individualizada.

1. Fijar prioridades

En este paso se deben analizar los diagnósticos de enfermería y en base a ello determinar qué problema se abordara primero. De esta manera el profesional identifica la diferencia entre aquellos problemas urgentes y los que pueden ser apartados para un segundo tiempo.

Dicho lo anterior se identifican 2 niveles de importancia, la objetiva en donde se hace uso de los criterios profesionales basados en fundamentos científicos y la subjetiva que el paciente refiere en base sus experiencias y deseos.

Los criterios para priorizar van en función del compromiso que exista sobre la continuidad de la vida de la persona hasta los problemas que no representan ninguna amenaza³⁹.

- a) Prioridad 1: problemas reales o potenciales que pongan en peligro la vida de la persona.
- b) Prioridad 2: problemas reales o potenciales que son prioridad para la persona/familia y que a causa de estos, se impida centrar el cuidado para la resolución de otros problemas.

³⁹ Almansa Martínez P. OP. CIT pág. 126

- c) Prioridad 3: problemas que contribuyen o dan la causalidad de otros y que la resolución ayude a mejorarlos.
- d) Prioridad 4: distintos problemas que puedan abordarse en conjunto por tener la misma etiología.
- e) Prioridad 5: problemas con solución sencilla que una vez corregidos influyan directamente en la resolución de otros más complejos.

2. Establecimiento de objetivos

Una vez realizada la jerarquización se da paso a establecer los objetivos que serán la antesala para poder determinar y dirigir las intervenciones de enfermería. Para redactar el objetivo es necesario tener en cuenta que esta frase tendrá que estar orientada a los nuevos comportamientos que esperamos observar en la persona /familia con la aplicación del cuidado, además tienen que estar redactados con frases cortas y concisas de lo que se pretende lograr pues estos constituyen el eje central de la etapa de evaluación.

Según su tiempo los objetivos se dividen a corto plazo y largo plazo, generalmente estos últimos requieren un periodo largo para su consecución y se plantean en personas con un plan de alta, en conductas generadoras de salud o pacientes estables, en donde los cuidados serán guiados por el profesional y la persona se integrara a estos, a diferencia de los objetivos a corto plazo que permiten medir los cambios de forma rápida en aquellas situaciones agudas o críticas por su duración de horas o días.

3. Determinar las intervenciones

Las intervenciones de enfermería son los cuidados específicos para la persona, familia o comunidad que permitirán llegar al logro de los objetivos. Estas estarán dirigidas al mantenimiento de la salud, prevención de posibles consecuencias o el control del problema, además de promover, mantener y restablecer la independencia.

Es preciso mencionar que para la determinación de las intervenciones, la enfermera debe consultar el plan terapéutico del médico, ya que las especificaciones influyen en los cuidados brindados por la enfermera.

En el modelo de Virginia Henderson la enfermera deberá centrar sus intervenciones en base a tres niveles de atención: de sustitución, ayuda y orientadora, es importante mencionar que estos niveles solo serán aplicados a las

intervenciones que son propias, a diferencia de las que son interdependientes que estarán sujetas a las acciones de otras disciplinas.

En general todas las intervenciones enfermeras deberán ser:

- Realistas: tomando en cuenta recursos de todo tipo
- Congruentes: con otros planes terapéuticos
- Seguras: para no ser la causante de otro problema
- Individualizadas: en función de las capacidades de cada persona

4. Documentación del plan de cuidados

El plan de cuidados con la documentación del mismo, pretende que todos los profesionales enfermeros conozcan las estrategias para que el cuidado se brinde de forma continua y en constante evaluación para poder unificar criterios.

El registro del plan de cuidados deberá estar redactado de forma concreta con el sujeto que realizara la acción, la acción a realizar, la forma y por último la fecha y la firma.

Ejecución

Se refiere a la puesta en práctica del plan de cuidados, pero no solo es la realización, se debe reflexionar acerca de lo que se está haciendo *por qué y para qué*. Se debe valorar el estado actual de la persona antes de iniciar las intervenciones, y una vez iniciada la intervención se valorara la respuesta inicial.

De igual forma y aunque la evaluación es la última etapa del Proceso de enfermería, este análisis continuo de las intervenciones y del grado de beneficio para la persona permite identificar de forma oportuna las principales barreras que influyen para que las intervenciones no estén siendo funcionales, y si lo están siendo, para que el cuidado siga direccionado con el enfoque de un inicio.

Evaluación

En esta etapa se determina si la persona ha logrado sus objetivos, se debe establecer cuál es la condición de salud después de las intervenciones y que tanto se contribuyó para que la persona lograra su independencia. Después de esta evaluación se debe reconsiderar si el plan de cuidados necesita modificaciones para un mayor beneficio a la persona.

Como ya me menciono anteriormente, la evolución deberá de ser continua, periódica y final. Para una buena evaluación se debe tomar en cuenta en qué medida se lograron los objetivos y que variables pudieron afectar su consecución, se deberá actualizar el plan de cuidados si así lo requiere o finalizarlo.

La importancia de la evaluación radica en que tan apropiadas son las intervenciones de enfermería para la resolución de algún problema en base a respuestas humanas y con eso valorar si los cuidados brindados son de calidad y constan de un cuerpo de conocimientos científicos.

El Proceso de Atención de Enfermería constituye uno de los principales cambios para la profesión, pues a través de él se logra esquematizar y direccionar los cuidados permitiendo identificar problemas y dar solución a ellos con la capacidad de demostrar objetivamente sus resultados a través de un método científico. También permite una práctica profesional más estrecha y con sentido de colaboración, además de sembrar en cada uno de los profesionales practicas responsables y sentimientos de valía cuando en conjunto con la persona, familia o comunidad se alcanzan los objetivos para asegurar la continuidad de la vida.

4.5 Mujer en edad adulta

A través del desarrollo humano, las personas caminan por diferentes etapas que son marcadas con características específicas en cada una de sus esferas vitales.

Los seres humanos a diferencia de otras especies, tiene un desarrollo muy complejo pues no solo deben adaptarse a los cambios biológicos que el propio cuerpo experimenta si no también, a los cambios cognitivos y exigencias sociales que conlleva este cambio, es por eso que, en este apartado del Marco Teórico se integra la descripción de la etapa adulta por la que cursa la persona a quien se le aplico el Proceso de Enfermería junto con las características biológicas, psicológicas y sociales, además de las alteraciones en la salud que se presentan en este grupo de edad, con el fin de poder entender mejor la aparición de la patología y como esta repercute en las esferas vitales.

Jones Guerrero (2009) señala que la etapa adulta es la más larga de la vida y se divide en tres etapas. La etapa adulta temprana que se sitúa entre los 22 y los 40 años, la etapa adulta intermedia que inicia a los 40 años y termina a los 65 edad en la que comienza la vejez. Otros autores como Graig y Baucum mencionan que cuando una persona inicia los años 40 está entrando a la etapa de madurez.

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales

El inicio de la edad adulta y la madurez constituyen un evento importante en el desarrollo de una persona, pues estas no se sienten formar parte del grupo de jóvenes pero, tampoco de la vejez, se encuentran en una edad donde ya están consolidados a razón de las actividades laborales, sociales y de identidad, sin en cambio se vislumbra toda una cascada de modificaciones biológicas y psicológicas que a su vez repercutirán en los respectivos roles sociales que deben cumplir.

Características biológicas

Aproximadamente entre los 39 y los 40 años las personas en general llevan a cabo una evaluación de los logros y errores que han tenido a través de la vida, comienzan hacerse conscientes del deterioro corporal a través de la pérdida de la energía, la aparición de arrugas y pérdida de la tonicidad de la piel, también es en esta etapa cuando inicia la aparición de enfermedades y con esto la idea de la muerte propia.

En las mujeres, la aparición de los síntomas del climaterio, los cambios corporales físicos, la idea de perder la juventud y el inicio de la menopausia, la hacen sentir insegura en cuanto a su sexualidad y como consecuencia menos deseadas. A

partir de estos acontecimientos puede venir un declive psicológico manifestado por baja autoestima y depresión sin embargo no siempre se presentan.

En la edad madura es común observar un deterioro en las capacidades físicas, las que se ven más afectadas son las habilidades sensoriales y motoras, así como, el funcionamiento interno del organismo.⁴⁰

1. Sensoriales

La capacidad visual comienza a disminuir a partir de los 40 años y es gradual, la audición también disminuye pero esta, rara vez se ve lo suficientemente afectada para entablar una conversación. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor se deterioran en distintos momentos de este periodo, aunque estos cambios son más graduales y menos perceptibles.

2. Habilidades motoras y tiempo de reacción

El tiempo de reacción se alarga lentamente durante la adultez y se exagera en la vejez. Aunque es inminente que se disminuyan las habilidades motoras, estas se mantienen constantes por la experiencia y la práctica. También se percibe el aumento en la dificultad para aprender habilidades nuevas.

3. Cambios internos

Después de los 50 años se ve reducida la actividad del sistema nervioso central, las articulaciones se vuelven rígidas y la postura se va encogiendo durante la adultez, la piel y los músculos comienzan a perder su elasticidad. El corazón bombea un 8% menos de capacidad sanguínea por cada década después de iniciada la adultez, se reduce el calibre arterial, y decrece la función pulmonar. Todo esto en conjunto pone freno a la realización de actividades vigorosas como se hacía en la juventud. Como ya se mencionó los síntomas del climaterio y la menopausia constituyen uno de los grandes cambios internos para las mujeres. Con estos hechos también sobrevienen alteraciones óseas y en la zona genital.

Características psicológicas

Centrándonos en el género femenino, los cambios concernientes al climaterio y la menopausia dejan en la mujer cambios emocionales como depresión y sensación de ser menos atractivas, aunque esta reacción puede variar de acuerdo a la personalidad de cada mujer.

⁴⁰ Craig Grace J, Baucum Don. Adultos de edad Madura: desarrollo físico y cognitivo. En: Craig Grace J, Baucum Don. Desarrollo Psicológico. 9ª ed. México: Prentice Hall; 2009. pág. 478-509.

Si estos hechos no la afectan, pueden venir momentos de satisfacción por haber concluido su rol activo de madres, además de sentirse liberadas por poder ejercer su sexualidad sin el riesgo de un embarazo, aunque también existe un declive en las prácticas sexuales.

Con la independencia de los hijos también puede surgir la oportunidad de que la pareja retome su relación, aunque el llamado *síndrome del nido vacío* y los cambios propios del varón son determinantes importantes para las repercusiones psicológicas de la mujer.⁴¹

También se experimentan cambios de roles familiares, de ser padres a ser abuelos. De igual forma se menciona que en esta etapa se presenta un mayor número de divorcios por la incapacidad de retomar la relación.

En esta etapa de la vida comienza hacerse evidente el cambio intelectual, es decir se da una transformación entre lo que fue la inteligencia fluida, que consiste en las capacidades para aprender nuevo conocimiento como la memorización, el razonamiento abstracto y la percepción de relaciones entre objetos y hechos, y la inteligencia cristalizada que es el conocimiento que se logra por la educación formal y las experiencias de la vida en general. En el aspecto laboral las personas maduras se desempeñan mejor cuando pueden utilizar las experiencias y conocimientos que han venido acumulando. Para este punto las personas miran hacia atrás y evalúan lo que han hecho pero también, mira hacia el futuro re-direccionando su vida y estableciéndose nuevas metas.

En general las personas que cursan por esta etapa del desarrollo y libran las batallas de los múltiples cambios, presentan estabilidad emocional, económica y familiar, aunque en lo biológico ya inician su declive.

Características sociales

“Madurar también se determina y define de manera social. Cualquier sociedad ha definido las fases y expectativas vitales acerca del comportamiento apropiado para una edad, y es frecuente que sea la fase de la vida más que la edad lo que determina actitudes y conductas”.⁴²

⁴¹ Jones Guerrero R. Psicología médica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. pág. 52.

⁴² Berryman J. C, Hargreaves D, Herbert M, Taylor A. Capítulo 13: edad adulta y vejez. En: Berryman J. C, Hargreaves D, Herbert M, Taylor A. Psicología del desarrollo. México: El manual moderno; 1994. pág. 211-230.

Es evidente que todas las características mencionadas anteriormente influyen directamente en esta esfera de la vida, los nuevos roles adoptados, los probables cambios con la pareja y la nueva apariencia física que comienza a revelarse son determinantes para la percepción y concepción ante la sociedad.

Las personas que se sitúan en esta etapa de la vida viven el tránsito de la adultez temprana a la mediana edad relativamente tranquilo, en lugar de ver hacia el futuro como lo haría un adulto joven, estos individuos se concentran en el presente y en el compromiso con su familia, amigos y otros grupos sociales que adquieren nueva importancia. Aceptar las nuevas circunstancias personales se vuelve eje de esta nueva etapa, pues se pueden dar divorcios y con esto la ruptura familiar, a demás de que se comienzan a presentar algunas alteraciones a la salud y con esto se deberán cambiar los roles sociales y la forma en que la misma sociedad los conceptualice repercutiendo en la vida personal.⁴³

4.5.2 Principales alteraciones a la salud

Los cambios biológicos que se presentan en esta etapa del desarrollo humano son un factor determinante para que la salud o la enfermedad puedan estar presentes. Si bien el cuerpo humano esta interactuando en constante riesgo con factores que lo predisponen a padecer algún proceso de enfermedad, en la etapa madura esos riesgos aumentan, ya que a esta edad el cuerpo comienza a experimentar una serie de acontecimientos declinantes con respecto a las funciones corporales. También un factor importante es el sexo, ya que de acuerdo al género existen algunas patologías específicas.

Se ha observado que buena parte de vivir una salud estable en esta etapa de la vida es por los antecedentes de buenos o malos hábitos de salud. Una dieta balanceada, la actividad física continua y un estilo de vida con niveles bajos de estrés, forma parte importante de la longevidad y del retraso del envejecimiento biológico para un sentido de bienestar durante la madurez y después de esta.

Estas actividades generadoras de salud pueden mejorar la resistencia y las capacidades físicas, aumentando la capacidad cardiaca y pulmonar suministrando oxígeno al organismo, lo que aumenta la energía, también permiten disminuir el deterioro muscular, reducir la grasa acumulada, prevenir el deterioro articular y combatir algunas clases de artritis.⁴⁴

⁴³ Feldman Robert S. Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2006. pág. 378-380.

⁴⁴ Craig Grace J, Baucum Don. OP. CIT pág. 494.

A diferencia de los buenos hábitos que se aprenden desde la niñez, los malos se acumulan y se aprenden en la juventud manifestándose los daños en la madurez. En esta etapa de la vida es común que los procesos patológicos que se presenten sean los crónicos y sus principales causas son las conductas que se adquieren en la juventud por imitación o por la intención de pertenecer a algún grupo social, sin embargo estos hábitos se perpetúan y causan daños, los más comunes son el tabaquismo, alcoholismo y malos hábitos alimenticios, de estos se derivan problemas crónicos pulmonares, del hígado, enfermedades cardiovasculares, obesidad y con esto diabetes mellitus.

Las estadísticas del año 2011 mostradas por el INEGI revelan que las primeras 6 causas de morbilidad en la etapa adulta madura son:⁴⁵

1. Enfermedades del corazón
 - a) Enfermedades isquémicas del corazón
2. Diabetes Mellitus
3. Tumores Malignos
4. Accidentes
 - a) De tráfico de vehículos de motor
5. Enfermedades el Hígado
 - a) Enfermedad alcohólica del hígado
6. Enfermedades cerebrovasculares

Las principales 3 causas de muerte en mujeres por grupos de edad desde los 35 a los 64 años son:⁴⁴

1. Tumores malignos de la mama y del cuello uterino
2. Diabetes Mellitus
3. Enfermedades del corazón

Si bien es cierto que por naturaleza propia del cuerpo humano, factores genéticos, hereditarios y características específicas de esta edad del desarrollo, las alteraciones a la salud pueden estar presentes, sin embargo los estilos de vida

⁴⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2011 (sede WEB). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

saludables y las conductas adoptadas desde la niñez y en la juventud tiene influencias para poder llegar a una madurez con estilos de vida saludables y de esta forma prevenir que aparezcan enfermedades crónicas que en la etapa de la vejez causen más problemas a la salud.

4.5.3 Introducción al Cáncer y Cáncer de mama

El cáncer es una enfermedad muy compleja pues se podría decir que siempre está en movimiento y por sus distintos tipos y lugares de aparición es una patología con difícil tratamiento, que además causa un sinnúmero de efectos adversos.

Cuando la vida del ser humano se ve amenazada por alguna enfermedad, su entorno y las esferas que están integradas a su alrededor sufren cambios y transformaciones muy completas, esto no es excepción para el cáncer, de hecho es una de las enfermedades que más impacto causa a la vida de la persona en donde las esferas más involucradas son la psicológica, espiritual y económica. Este impacto se debe a la gran cantidad de mitos y creencias que flotan alrededor de esta enfermedad, es por eso que para un profesional de enfermería, trabajar con estas personas se vuelve un gran reto, pues las alteraciones son variadas y en todas las esferas de la vida, colocando al profesional en un gran papel de proveedor de cuidados y transformando la relación enfermera-paciente en algo estrecho y de confianza lo que permite brindar los cuidados trabajando en conjunto con la persona.

A continuación se describen situaciones generales que están inmersas en el cáncer para después describir la patología específica de la persona sujeta al cuidado, perteneciente a la clasificación de neoplasias de la mama para tener un panorama general de la enfermedad.

Para comprender el proceso de cáncer primero hay que definirlo, el cáncer desde el punto de vista biológico, es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; su consecuencia es el desarrollo de una clona que puede invadir y destruir los tejidos adyacentes, y diseminarse hacia sitios distantes en los que se forman nuevas colonias u ocurre propagación metastásica.

Los estudios epidemiológicos han identificado un gran número de factores de riesgo, o sucesos relacionados con la aparición de cáncer, que con frecuencia no son la causa directa, sino indicadores de los factores reales. En contraste, los agentes etiológicos son el origen directo de la transformación maligna y desencadenan diversos mecanismos, genéticos y bioquímicos, que conducen a la aparición de un tumor, proceso al que se le conoce como carcinogénesis u oncogénesis.⁴⁶

⁴⁶ Herrera Gómez A, de la Garza Salazar J. G, Granados García. M. Principios generales: Cáncer. En: Herrera Gómez A, Granados García. M. Manual de Oncología: procedimientos médico quirúrgicos, 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2010. pág. 1

Una vez que se ha determinado el diagnóstico se debe dar una estadificación de la enfermedad, esto ha de determinar en qué nivel se encuentra. La estadificación se lleva a cabo mediante un sistema llamado TNM.

La American Joint Committee on Cancer (AJCC), determinó un sistema para la estadificación tumoral, el TNM basado en la valoración de 3 componentes básicos: el tamaño del tumor primario (T), la ausencia o presencia de ganglios o nódulos linfáticos regionales (N) y la ausencia o presencia de metástasis a distancia (M).

Para esta enfermedad se reconocen y practican tres tipos de tratamiento: la cirugía que generalmente se percibe como mutilante, la quimioterapia a base de medicamentos que intervienen directamente en el ciclo celular pudiendo ser citotóxicos o citostáticos y la radioterapia. A diferencia de otras enfermedades, el tratamiento del cáncer no solo es con la intención de curar, si no también, para la paliación de síntomas una vez que el cáncer es incurable.

Cáncer de mama

Epidemiología

La American Cancer Society calculó que, a lo largo de 2007, se diagnosticaría cáncer de mama a 1787.480 mujeres y a 2.030 hombres en Estados Unidos. Otras 62.030 mujeres fueron diagnosticadas con carcinoma *in situ*. Esta neoplasia fue la causa de mortalidad de 40.640 mujeres y 450 hombres durante ese año.⁴⁷

La incidencia de cáncer de mama es mayor entre las mujeres con una mejor situación socioeconómica. Aunque la incidencia de esta neoplasia es mayor en las mujeres caucásicas, la raza negra tiene una mayor probabilidad de fallecer por esta enfermedad.

Cifras arrojadas por el INEGI en el 2011, muestran que en México el cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres de entre 35 a 64 años, y con 22,524.04 consultas de primera vez al año en un periodo que fue del 2008 al 2012 según cifras del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). En este mismo periodo se muestra que esta neoplasia forma parte de las 10 primeras causas de muerte hospitalaria.

⁴⁷ Pegram Mark D, Casciato Dennis A. Tumores sólidos: Cáncer de mama. En: Casciato Dennis A. Manual de oncología clínica. 6ª ed. China: Wolters Kluwer; 2009. pág. 241-267.

Durante la última década en México, la mortalidad por cáncer mamario se incrementó en 10.9% (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000); sin embargo, en los países desarrollados, la mortalidad durante la última década disminuyó.⁴⁸

Factores de riesgo

Al menos 60% de los casos carece de algún factor de riesgo identificable, por lo que, en principio, todas las mujeres se encuentran en riesgo.

La presencia de antecedentes familiares de primer y segundo grado con procesos oncológicos, la menarca temprana y la menopausia tardía, los ciclos menstruales de corta duración, la nuliparidad y edad tardía de la primera gestación, la ausencia de embarazos y lactancia, una dieta hipercalórica con grasas saturadas y obesidad, así como la administración de terapia de restitución hormonal y anticonceptivos orales se asocian a una mayor probabilidad de presentar alguna alteración que intervenga en el ciclo celular y pueda influir para que se presente un proceso oncológico.

Uno de los factores de riesgo que causa más inquietud en el personal de salud, es la predisposición genética a padecer este tipo de neoplasia. Aunque la mayoría de los pacientes con cáncer de mama son diagnosticados esporádicamente y no se asocian a ninguna predisposición genética, aproximadamente un 10% tiene tumores que pueden atribuirse a mutaciones hereditarias en la línea germinal en genes que controlan la reparación de ADN, la regulación del crecimiento celular o el control del ciclo.

Los defectos genéticos en la línea germinal asociados a un mayor riesgo de cáncer de mama son⁴⁹:

- **BRCA-1:** este gen es el encargado la detección a la señalización de lesiones en ADN, la regulación de la transcripción y la reparación del ADN.
- **BRCA-2:** este gen codifica una proteína aunque interviene en la reparación del ADN, una vez mutado aumenta el riesgo de padecer melanomas, cáncer de mama, ovario y páncreas, las mutaciones de este gen se presenta más en edades avanzadas a diferencia del gen BRCA-1.

⁴⁸ Lara Medina F, Arce Salinas C, Alvarado Miranda A, Castañeda Soto N, Zinder Sierra J. Cáncer de mama. En: Herrera Gómez A, Granados García. M. Manual de Oncología: procedimientos medico quirúrgicos, 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2010. pág. 691

⁴⁹ Pegram Mark D, Casciato Dennis A. OP. CIT pág. 241-242.

- **Síndrome de Li-Fraumeni:** este se debe a mutaciones del gen de supresor tumoral (p53), además de cáncer de mama aumenta el riesgo para tumores cerebrales, leucemia, sarcomas y tumores suprarrenales.
- **Gen PTEN:** este codifica un supresor tumoral, al mutar causa síndrome de Cowden este a su vez, causa hamartomas benignos y tumores malignos como de mama y tiroides.
- **CHEK-2:** es un gen de control del ciclo celular y constituye un importante componente de la vía de reparación del ADN. Su mutación aumenta el doble el riesgo de cáncer mamario.

Fisiopatología

La mayoría de los cánceres mamarios se presentan en el tejido epitelial por lo que reciben el nombre de carcinomas, los cánceres que no proviene de este origen son poco comunes. A partir de la morfología celular, los tumores pueden clasificarse ampliamente como tumores compuestos por células de origen ductual o de origen lobulillar.

Los tumores malignos de mama también se clasifican en carcinomas infiltrantes, es decir, que pueden llegar a causar metástasis y no infiltrantes los cuales pueden invadir mas allá de la membrana basal llamados *in situ*⁵⁰.

1. Carcinoma ductual in situ (CDIS)

Este tipo de cáncer es la forma más común de cáncer no invasor de la mama. Representa entre 3 y 4% de los tumores sintomáticos y hasta 30% de las neoplasias detectadas en escrutinio. En 30% de los casos es multifocal y multicéntrico, además de que puede ser bilateral en 10% de las lesiones.

El cáncer canalicular *in situ* tiene la capacidad de progresar hasta convertirse en la forma invasora; por ello, es necesario tratarlo al momento del diagnóstico. También se sabe que ciertas lesiones proliferativas se asocian con mayor riesgo de desarrollar un cáncer de mama in situ o invasor.

Por sus características histológicas, el CDIS se divide en cinco subtipos: comedo, cribiforme, micropapilar, papilar y sólido. A su vez, por su citología se dividen en

⁵⁰ Ibídem pág. 244

lesiones de bajo grado (cribiforme, sólido, papilar y micropapilar) y de alto grado, con la variedad comedo.⁵¹

Histología	Citología	Necrosis	Calcificación
Comedo	Alto grado	Extensa	Lineal, ramificada
Intermedio	Intermedio	Limitada	Focal, puntiforme
No comedo	Bajo grado	Ausente	Focal, microscópica
<ul style="list-style-type: none"> • Cribiforme • Sólido • Micropapilar 			

Se han desarrollado nuevas clasificaciones que incluyen grado nuclear, necrosis o ambas. Los patrones morfológicos también se han desarrollado. Por lo general, las lesiones de alto grado presentan receptores hormonales negativos, así como la expresión de genes supresores como p-53 o c-erb-2(neu) o la actividad de la telomerasa, y microinvasión y posibilidad de metástasis ganglionares. El CDIS se clasifica como:

- I. Muy agresivo
- II. Moderadamente agresivo
- III. Poco agresivo

Para lo cual se toma en cuenta la histología (grado nuclear, necrosis y estado de los receptores hormonales) y la expresión molecular de Ki-67, p-53, Her-2/neu, la ciclooxigenasa 2 y las anomalías cromosómicas.

El CDIS de alta agresividad se caracteriza por un alto potencial de progresión a carcinoma ductal, invasor en un periodo de tiempo de entre cinco y diez años, y mayor potencial de recurrencia local de 24 a 26 meses posteriores a la escisión. En cambio, los de menor agresividad tienden a recurrir después de 15 a 20 años de la escisión a CDIS de bajo grado.

⁵¹ Robles Vidal Carlos D. Carcinoma *in situ* de la mama. En: Granados García. M, Herrera Gómez. A. Manual de Oncología: procedimientos médico quirúrgicos, 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2010. pág. 678.

La historia natural del CDIS es poco entendida. Sin embargo desde el punto de vista clínico y sustentado en la evidencia, la carcinogénesis mamaria es un proceso lineal de varios pasos en el que la célula normal del epitelio se transforma en un CDIS, puede progresar a Carcinoma ductual infiltrante (CDI) y más tarde a enfermedad metastásica, patológica y molecular.

2. Carcinoma lobulillar in situ

A diferencia de la frecuencia del CDIS, el carcinoma lobulillar in situ (CLIS) es de relativa rareza.³⁵ Sólo representa 0.5% de los tumores sintomáticos y 1% de los detectados por escrutinio. Se presenta como una distensión del lobulillo por células malignas pequeñas de núcleos redondos u ovals. Con frecuencia es un hallazgo incidental al realizar biopsias por alguna otra afección. Más que una lesión preneoplásica, algunos autores lo consideran un marcador de riesgo de lesión maligna; por ello, se ha propuesto el término de “neoplasia lobulillar” con riesgo de desarrollo de carcinoma lobulillar.

3. Carcinoma ductual infiltrante (CDI) y Carcinoma lobulillar infiltrante (CLI)

El CDI representa 85% de las lesiones invasoras y le sigue el CLI que representa de 5 a 10%. En el contexto histológico, el CDI se relaciona con carcinoma ductal in situ en la mayor parte de los casos. Las características histológicas importantes son:

- a) Grado nuclear
- b) Invasión vascular-linfática,
- c) Presencia de metástasis axilares y tamaño del tumor

El grado nuclear se divide en tres tipos:

- a) Óptima
- b) Moderada
- c) Escasamente diferenciado

El CLI se caracteriza por tener células epiteliales regulares y pequeñas que tienden a crecer alrededor de conductos y lóbulos en “fila india”. Entre las más frecuentes existen variedades histológicas que en orden descendente son el carcinoma clásico, el sólido, el alveolar, el tubulolobular, el trabecular y el pleomórfico. Existen otras variedades menos frecuentes que incluyen al carcinoma

micropapilar, al metaplásico y al medular atípico, todas las cuales conllevan un peor pronóstico.

La organización mundial de la salud (OMS) enlista una serie de subtipos histológicos pertenecientes al cáncer de mama.

Carcinoma invasivo	Carcinoma apocrino
Carcinoma ductual in situ	Carcinoma con metaplasia
Carcinoma lobulillar in situ	Carcinoma inflamatorio
Carcinoma invasivo	Carcinoma adenoideo-quístico
Carcinoma ductual invasivo	Carcinoma secretor (juvenil)
Carcinoma lobulillar invasivo	Carcinoma papilar
Carcinoma minucioso	Otros
Carcinoma medular y tubular	Enfermedad de Paget del pezón

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas son variables y oscilan desde la enfermedad subclínica (sólo detectable por imagen) hasta la enfermedad manifestable por síntomas. Con frecuencia, el cáncer de mama se presenta como un tumor palpable indoloro, que tiende a ser solitario, unilateral, solida, duro e irregular y hasta en 30% de los casos se descubren adenopatías metastásicas palpables. Los tumores con avance local importante pueden producir cambios en la piel como retracción, piel de naranja y ulceración.

Es poco común la secreción espontánea de líquido serohemático a través del pezón; sin embargo, la causa más común por la que aparece es una afección benigna. Otras formas de presentación son la presencia de adenopatías axilares metastásicas o como hallazgo en la mastografía de escrutinio, ambas sin tumor mamario.

Diagnóstico y estadificación

El diagnóstico suele establecerse mediante un interrogatorio exhaustivo, un examen físico minucioso, los estudios de imagen y una biopsia de la lesión.

La exploración física debe realizarse en dos posiciones: con la paciente sentada y en posición supina. En ambas posiciones, las manos se colocan detrás de la

cabeza con los codos hacia afuera. La información más útil que arroja esta exploración es la visual, al inspeccionar características de piel y mama en general. También se realiza una palpación por cuadrantes y una vez que se detecta el tumor, es necesario medirlo. La palpación de la axila se realiza con el brazo relajado en aducción con la paciente sentada. Además, se busca de forma intencionada la presencia de adenopatías infraclaviculares y supraclaviculares, y crecimiento hepático.

Aunque la exploración física es el método más utilizado, su exactitud clínica es muy baja, la detección de alguna masa anormal mediante palpación depende en gran medida del tamaño de la tumoración. Un estudio reportó que para tumores de 0.3 cm la sensibilidad es de 4%, en comparación con 94% para tumores de 1 cm.⁵²

En la actualidad la mastografía es el mejor método de detección con un porcentaje de sensibilidad del 70 al 75%, sin embargo también posee desventaja, puede pasar más de un año para que un tumor se haga visible en mastografías de control en 10% de los casos los tumores pueden pasar desapercibidos por este estudio. La densidad del tejido mamario está directamente relacionada con la sensibilidad de la mastografía, en mamas con tejido adiposo, este estudio suele tener una buena sensibilidad a diferencia de mamas densas.

También se puede utilizar el ultrasonido y la resonancia magnética como un complemento de la mastografía y la exploración física. Y por último otro estudio que ayuda a establecer el diagnóstico o confirmarlo es la biopsia ya sea por aguja fina, con tru-cut o ambos, es un procedimiento muy útil, de bajo costo, fácil de realizar y que no requiere preparación. En manos expertas, la biopsia por aspiración tiene una exactitud diagnóstica de 90%.

Una vez confirmado el diagnóstico histopatológico de cáncer, sigue la etapa de estadificación. Éste es un sistema de clasificación basado en la extensión anatómica aparente del carcinoma; un sistema universal de estadificación permite comparar los tipos de cáncer de origen celular similar. Esta clasificación ayuda a determinar el plan de tratamiento y el pronóstico para cada paciente, evaluar y comparar resultados de los tratamientos en forma multicéntrica.⁵³

⁵² Lara Medina F, Arce Salinas C, Alvarado Miranda A, Castañeda Soto N, Zinder Sierra J. Cáncer de mama. En: Herrera Gómez A, Granados García. M. Manual de Oncología: procedimientos medico quirúrgicos, 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2010. pág. 698.

⁵³ Kohen Nelson. Diagnóstico y estadificación. En: Goldman Adriana. Manual de Enfermería Oncológica, Argentina: Instituto Nacional del Cáncer. pág. 15.

El estadio debe determinarse antes de iniciar el tratamiento pues es fundamental para la toma de decisiones. Con frecuencia la estadificación cambia después de una cirugía pues se tiene oportunidad de ver con más presión el tamaño del tumor y la red ganglionar comprometida así como el número.

En la tabla siguiente se muestra la clasificación TNM para el cáncer de mama.⁵⁴

TUMOR PRIMARIO	
Tx	Tumor primario no puede ser evaluado.
T0	Sin evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ.
Tis (CDIS)	Carcinoma ductal in situ.
Tis (CLIS)	Carcinoma lobulillar in situ.
Tis (Paget)	Enfermedad de Paget del pezón sin tumor.
T1	Tumor de 2 cm o menos en sus dimensiones mayores.
T1 mic	Microinvasión de 0.1 cm o menos en sus dimensiones mayores.
T1a	Tumor > 0.1 cm y < 0.5 cm en sus dimensiones mayores.
T1b	Tumor > 0.5 cm y < 1 cm en sus dimensiones mayores.
T1c	Tumor > 1 cm y < 2 cm en sus dimensiones mayores.
T2	Tumor > 2 cm y < 5 cm en sus dimensiones mayores.
T3	Tumor > 5 cm en sus dimensiones mayores.
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o la piel.
T4a	Extensión a pared torácica, no incluye musculo pectoral.
T4b	Edema (incluye piel de naranja) o ulceración de la piel de la mama o lesiones confinadas a la misma mama.
T4c	T4a y T4b

⁵⁴ Cigler Tessa, Ryan Paula D. Oncología de la mama: presentación clínica y genética. En: Chabner Bruce A, Lynch Tomas Jr, Lango Don L. Harrison Manual de Oncología. México: McGraw-Hill; 2009. pág. 511-519.

T4d	Carcinoma inflamatorio.
GANGLIOS REGIONALES.	
Nx	Los ganglios no pueden ser evaluados.
N0	Sin metástasis en ganglios regionales.
N1	Metástasis móviles a ganglios axilares ipsolaterales.
N2	Metástasis a ganglios axilares ipsolaterales fijas o en conglomerado. Metástasis en cadena mamaria interna clínicamente aparente con ausencia de metástasis axilares ipsolaterales.
N2a	Metástasis axilares fijas entre ellas o a otras estructuras o conglomerados.
N2b	Metástasis clínicamente aparentes a la cadena mamaria interna en ausencia clínica de metástasis axilares.
N3	Metástasis a ganglios infraclaviculares ipsolaterales con o sin compromiso axilar o metástasis a cadena mamaria interna en presencia de metástasis axilares clínicamente evidentes o metástasis a ganglios supraclaviculares ipsolaterales con o sin afección axilar o de la cadena mamaria interna.
N3a	Metástasis a ganglios infraclaviculares ipsolaterales.
N3b	Metástasis a ganglios de la cadena mamaria interna y axilar.
N3c	Metástasis a ganglios supraclaviculares ipsolaterales.
GANGLIOS PATOLÓGICOS	
pNX	Los ganglios regionales no pueden ser evaluados.
pN0	No hay evidencia histológica de metástasis si se hace búsqueda intencionada de células aisladas.
pN0(i-)	Sin evidencia histológica de metástasis, inmunohistoquímica negativa.
pN0 (i+)	Sin evidencia histológica de metástasis, inmunohistoquímica positiva > 0.2 mm.
pN0 (mol-)	Sin evidencia histológica de metástasis, hallazgos moleculares negativos (RT-PCR).

pN0 (mol+)	Sin evidencia histológica de metástasis, hallazgos moleculares positivos (RT-PCR).
pN1	Metástasis de 1-3 ganglios axilares o en la cadena mamaria interna detectada por ganglio centinela, pero sin apariencia clínica.
pN1mi	Micrometástasis (> 0.2 mm pero < 2 mm).
pN1a	Metástasis de 1-3 ganglios axilares.
pN1b	Metástasis de cadena mamaria interna sin evidencia microscópica de enfermedad, detectada por ganglio centinela, clínicamente inaparente.
pN1c	Metástasis de 1-3 ganglios axilares con enfermedad microscópica detectada en ganglios de la cadena mamaria interna, clínicamente inaparente.
pN2	Metástasis de 4-9 ganglios axilares o en ganglios clínicamente aparentes de la cadena mamaria interna en ausencia de metástasis axilares.
pN2a	Metástasis de 4-9 ganglios axilares (al menos uno > 2.0 mm).
pN2b	Metástasis en ganglios clínicamente aparentes de la cadena mamaria interna, en ausencia de metástasis axilares.
pN3	Metástasis en 10 o más ganglios axilares o en ganglios infraclaviculares o en ganglios de la cadena mamaria interna clínicamente aparentes en presencia de 1 o más ganglios axilares positivos o en más de 3 ganglios axilares con metástasis microscópicamente negativas de la mamaria interna o metástasis en ganglios supraclaviculares ipsolaterales.
pN3a	Metástasis en 10 o más ganglios axilares o metástasis en ganglios Infraclaviculares.
pN3b	Metástasis clínicamente aparentes en la cadena mamaria interna en presencia de 1 o más ganglios axilares positivos o más de 3 ganglios axilares y ganglios en la mamaria interna con enfermedad microscópica detectada por ganglio centinela, clínicamente inaparente.
pN3c	Metástasis en ganglios supraclaviculares ipsolaterales.
METÁSTASIS A DISTANCIA	

Mx	No pueden ser evaluadas.
M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.

Agrupación por etapa TNM en cáncer de mama.

Etapa 0	Tis N0 M0
Etapa I	T1 N0 M0
Etapa Iia	T0 N1 M0; T1 N1 M0 (incluyendo T1 mic), T2 N0 M0
Etapa Iib	T2 N1 M0; T3 N0 M0
Etapa IIIa	T0 N2 M0; T1 N2 M0 (incluyendo T1 mic); T2 N2 M0; T3 N2 M0
Etapa IIIb	T4 cualquier N M0
Etapa IIIc	Cualquier T N3 M0
Etapa IV	Cualquier T cualquier N M1

Además de la estadificación, también existe el término de graduación, referente a la clasificación de células de acuerdo con la diferenciación celular, esto quiere decir: comparar el grado de semejanza con las células normales en estructura, funcionamiento y madurez. Las células pueden obtenerse mediante examen citológico, biopsias o resección quirúrgica de una masa sospechosa.⁵⁵

Grado de diferenciación tumoral		
Grado	Diferenciación	Definición/células
X	No puede valorarse	
I	Bien diferenciado	Células maduras que se asemejan al tejido normal.
II	Moderadamente diferenciado	Células con algún grado de inmadurez.
III	Mal diferenciado	Células inmaduras que se

⁵⁵ Kohen Nelson. OP. CIT pág. 15

		asemejan poco al tejido normal.
IV	Indiferenciado	No se asemejan al tejido normal.

Factores pronósticos y predictivos

Un factor pronóstico es aquel cuya medición objetiva o subjetiva se traduce en cambios en el periodo libre de enfermedad o de supervivencia; a diferencia de, un factor predictivo cuya medición se traduce en una respuesta específica a un tratamiento definido.

Los factores pronósticos y predictivos que influyen en la decisión del manejo de pacientes con cáncer de mama son:

- Estado de los ganglios axilares.
- Subtipo histológico.
- Permeación vascular-linfática.
- Tamaño tumoral/estadio al diagnóstico.
- Proliferación celular.
- Grado histológico o nuclear.
- Estado de los receptores de estrógenos y progesterona.
- Edad y estado menopáusico.
- Expresión HER-2/neu.
- Factores moleculares.

Tratamiento

Para la descripción del tratamiento debemos tomar en cuenta el estadio de la enfermedad. La enfermedad temprana abarca los estadios I y II en donde la quimioterapia preoperatoria es de suma importancia para garantizar el éxito de la cirugía.

Cirugía

La mejor forma de tratar la enfermedad temprana es con cirugía. El tratamiento quirúrgico incluye la excisión de todo el tejido invasivo con márgenes amplios. El tratamiento primario del tumor es quirúrgico.

La mastectomía se refiere a la remoción quirúrgica de la mama. Hay varios tipos diferentes de esta cirugía.

En la mastectomía radical se remueve la mama junto con los músculos pectoral mayor y menor, se hace resección en bloque del contenido axilar incluyendo ganglios linfáticos más allá de vena subclavia. La mastectomía simple o total que junto con la extirpación de la mama, también se remueve una pequeña cantidad de piel, a diferencia de la anterior, en esta no se quita los ganglios axilares.

En el caso específico de esta paciente la cirugía que se le realizó fue la mastectomía radical modificada que consiste en la remoción de toda la mama junto con disección axilar, en la cual se incluyen ganglios linfáticos axilares en los niveles I y II.

Complicaciones post quirúrgicas

- Edema quirúrgico en brazo: la incidencia aumenta en las pacientes tratadas con radioterapia posquirúrgica. El edema suele aparecer durante los 6 meses siguientes a la intervención. El tratamiento consiste en la elevación del brazo, medias de compresión del brazo, masaje linfático y fisioterapia.
- Edema del brazo con presencia de dolor: se observa en más de un mes después de la cirugía y puede ser un reflejo de la recidiva del tumor, las pacientes pueden referir escozor o dolor en las manos, y debilidad y atrofia progresiva de los músculos de la mano y el brazo. Si el tiempo pasa, se puede palpar una masa tumoral en la axila o en la fosa supraclavicular.
- Trombosis de la vena axilar
- Pérdida de sensación

Quimioterapia

Para el caso de esta paciente, el tipo de quimioterapia que se usó fue la neoadyuvante, que es un tratamiento farmacológico que se usa antes del tratamiento principal; en este caso fue la cirugía. Se ministra con el objetivo de reducir las dimensiones tumorales y facilitar su extirpación, además contribuye a

destruir depósitos de células cancerosas que no se pueden ver en un simple estudio de imagen.

Se demostró que la poliquimioterapia basada en antraciclenos producía una disminución de 3% absoluta en la mortalidad al compararla con poliquimioterapia sin antraciclenos (CMF: ciclofosfamida, metotrexato, fluoruracilo). En la actualidad, los antraciclenos (adriamicina o epirrubicina) son el fármaco de elección y ambos tienen eficacia similar.

Existen ensayos clínicos en mujeres con cáncer de mama operable en los que se incorporaron los taxanos al tratamiento. Hasta el momento no se ha logrado comprobar el beneficio de los taxanos en mujeres con receptores hormonales positivos al analizar los estudios de forma individual. Existe menos información en pacientes con ganglios negativos con excepción de un estudio, GEICAM 9805, que muestra beneficio en supervivencia libre de enfermedad con el uso de taxanos.⁵⁶

El Grupo Cooperativo del Este demostró que paclitaxel y docetaxel son iguales en eficacia. El primero es mejor en supervivencia libre de enfermedad (SVLE) y supervivencia global (SVG) cuando se administra con frecuencia semanal y el segundo es mejor en SVLE cuando se administra cada 3 semanas.

Radioterapia

El uso de radiación posterior a un evento quirúrgico es con la intención de erradicar la enfermedad residual, la dosis y el tiempo de este tratamiento dependerá de la re-valoración con los resultados del análisis del tumor para confirmar o re-establecer la estadificación de la enfermedad.

Enfermedad metastásica

En México, alrededor de 10% de las pacientes tendrá enfermedad metastásica al momento del diagnóstico. Sin embargo, de acuerdo con el estadio clínico al momento del diagnóstico, hasta 75% de las pacientes tendrá recurrencia sistémica. En términos generales, la enfermedad metastásica puede clasificarse como visceral (hígado y sistema nervioso central) y no visceral (incluye derrame

⁵⁶ Lara Medina F, Arce Salinas C, Alvarado Miranda A, Castañeda Soto N, Zinder Sierra J. Cáncer de mama. En: Herrera Gómez A, Granados García. M. Manual de Oncología: procedimientos medico quirúrgicos, 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2010. pág. 709.

pleural, partes blandas y hueso), con supervivencia global para el primer grupo de 12 meses y para el segundo de 3 a 5 años.⁵⁷

Prevención del cáncer de mama

Se recomienda un examen físico por un médico en mujeres menores de 40 años cada 3 años y después de los 40 en forma anual. La exploración de la mama debe incluir la inspección y palpación de toda la glándula, así como de las áreas ganglionares axilares y supraclaviculares.

La mastografía puede detectar cánceres de mama antes que sean palpables, pero su sensibilidad aumenta al combinarla con la exploración física; por lo tanto, son recursos diagnósticos complementarios.

Las recomendaciones actuales para el uso de la mastografía son⁵⁸:

1. A cualquier edad, cuando los hallazgos clínicos sean muy sugestivos de cáncer.
2. No realizar mastografías de escrutinio en mujeres menores de 35 años, excepto cuando existan indicaciones específicas. La incidencia de carcinoma en este grupo de edad es muy baja y el tejido mamario por lo general es denso y radiopaco como para revelar anomalías patológicas en la mastografía.
3. Sólo realizar mastografías periódicas con intensidad baja de radiación entre los 35 y 49 años, después de evaluar con detenimiento los factores de riesgo. Las pacientes de alto riesgo o con sospecha clínica deben incluirse en esta categoría.
4. En mujeres de 50 años de edad o más, se justifica la mastografía anual como detección selectiva.

⁵⁷ Ibídem pág. 715

5. DESARROLLO DEL PROCESO

5.1 Presentación del caso

Datos de identificación

Nombre: A. M. G. N. **Edad:** 51 años **Ocupación:** ama de casa

Estado civil: unión libre **Religión:** católica **Escolaridad:** secundaria

Unidad de salud donde se atiende: Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)

Femenina de 51 años con diagnóstico médico de Cáncer de mama derecha en estadio IIB y cursando su 2º día post-operada de mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar derecha.

Inicia el padecimiento en Agosto de 2012 con dolor costal derecho no incapacitante. La persona refiere que posterior a sentir una masa anormal en la mama derecha se realizó mastografía en diciembre del mismo año, donde se confirmó su existencia. En ese mismo mes ingresa a consulta de primera vez en el INCAN y tras una biopsia es valorada confirmándose el diagnóstico de Cáncer de mama.

Es sometida a tratamiento de quimioterapia neoadyuvante, posterior al término de esta (última sesión el día 9 de Septiembre) y una vez comprobada la reducción del tamaño del tumor, se decide la intervención quirúrgica para el día 12 de septiembre de 2013. La valoración fue realizada el primer día posterior a su alta hospitalaria el día 14 de Septiembre en su domicilio.

5.2 Valoración por necesidades

Respirar normalmente

De acuerdo a la entrevista la paciente no refiere tener alguna alteración en esta necesidad sin embargo, menciona que dentro de su núcleo familiar convive con fumadores.

A la exploración física presenta movimientos torácicos de amplexión y amplexación simétricos con buena profundidad, frecuencia respiratoria de 19 por minuto, se auscultan campos pulmonares ventilados sin presencia de estertores ni sibilancias y no se perciben ruidos anormales a la percusión.

Ruidos cardiacos de buen ritmo e intensidad, frecuencia cardiaca de 78 latidos por minuto, presión arterial de 110/60 y llenado capilar de 2 segundos.

Alimentación e hidratación

Refiere consumir alimentos y bebidas altas en carbohidratos, además de que con frecuencia duplica las raciones en cada comida. Presenta intolerancia con lácteos y algunas leguminosas y no menciona alergias alimentarias.

Se encuentra con un IMC de 31.9 lo que según la academia Mexicana para el estudio de la Obesidad presenta obesidad grado II.

En la exploración de la cavidad oral se observa ausencia de piezas dentales superiores, específicamente de un incisivo central, dos incisivos laterales derechos y dos izquierdos, primer y segundo molar izquierdo y segundo molar derecho, por lo que debe usar prótesis, con el uso de esta no refiere ningún problema con la masticación o la deglución. Se observa cavidad oral limpia, con mucosas húmedas, sin presencia de halitosis ni lengua saburral.

Eliminación

Menciona presentar de forma intermitente disminución de la frecuencia de evacuaciones, esfuerzo, dificultad y dolor anal para evacuar, flatulencias y eliminación de heces duras. Aunque en el momento de la valoración no presenta estas alteraciones sigue con riesgo alto.

En cuanto a la eliminación vesical no presenta alteraciones. La fecha de su última menstruación fue en 2008 y refiere no presentar más síntomas del climaterio.

En la exploración abdominal se encuentra abdomen blando, depresible e indoloro sin presencia de masas anormales, se percuten fosas renales sin evidencia de dolor.

Movimiento y mantener buena postura

Ella refiere no tener mucha actividad física y se considera sedentaria por no tener tiempo para ejercicio, sin embargo menciona la falta de interés y de dinero pues considera que realizar ejercicio es una actividad cara.

Con base en la entrevista y la exploración física no presenta problemas articulares o musculares que le impidan desplazarse por sí sola, con el antecedente de la mastectomía se valoro la movilidad del miembro torácico derecho y no se encontró compromiso. En cuanto a la deambulación adopta una postura erguida.

Descanso y sueño

En la entrevista, menciona que en ocasiones tiene dificultad para conciliar el sueño, sin embargo esto se presenta esporádicamente y no afecta de forma importante sus horas de sueño o sus actividades cotidianas. Se le observa descansada, activa y reactiva con buena concentración. En una noche cotidiana duerme aproximadamente de 8 a 9 horas.

Vestirse y desvestirse

Se viste de acuerdo al clima que se presente, es capaz de vestirse y desvestirse sola y refiere que ella elige las prendas que usa para sentirse a gusto.

Termorregulación

No presenta ninguna alteración en esta necesidad, ella sabe cómo medir la temperatura corporal y los parámetros normales.

Higiene e integridad de la piel

Su estado general se observa limpio y alineado, sus hábitos de baño y cambio de ropa son diariamente junto con la limpieza bucal y prótesis dental. Se observa herida quirúrgica por mastectomía derecha con cierre por primera intención limpia, sin datos de sangrado activo y con 2 drenajes tipo biovac uno en lecho quirúrgico y otro axilar drenando moderado liquido sero-hemático.

Evitar peligros

Debido al tratamiento quirúrgico, esta persona se encuentra con riesgo elevado de presentar algún proceso infeccioso. El dolor agudo causado por la intervención quirúrgica se encuentra con una puntuación de 6 en escala de EVA.

Ella tiene el esquema de inmunización completo, realiza autoexploración mamaria cada mes, la última citológica vaginal es del año en curso con resultados normales, refiere que no se auto-medica y sigue el plan terapéutico médico correspondiente a su padecimiento. Tiene un factor de riesgo por ser fumadora pasiva. En cuanto a su nueva apariencia física causada por el tratamiento de quimioterapia se muestra optimista y refiere no causarle problemas.

Comunicación

Fisiológicamente y en el aspecto cognitivo no presenta alguna alteración que le impida comunicarse. Ella se percibe como una persona optimista pero también realista, en su entorno se puede observar el apoyo de su familia y amigos, también refiere que la comunicación con ellos es continua, abierta y de confianza.

Creencias y valores

Durante la entrevista recalco que lo más importante para ella es su familia, sin embargo también piensa en su bienestar como algo de interés pues si ella “no se encuentra bien su familia también sufre”

También mencionó que la vida le ha dado todo lo que ella esperaba y aunque su salud ahora se encuentra inestable ella cree que son cosas que pasan y sirven para dejar enseñanzas y nuevos valores.

Trabajo y realización

De acuerdo a la entrevista, no presenta ninguna limitación o dificultad para poder relacionarse con su entorno y las personas que se encuentran en él, tienen actitudes positivas hacia la vida y su enfermedad.

Menciona que le gusta su ocupación de ama de casa pues esta con sus hijos de forma continua, pero refiere que desde que le diagnosticaron la enfermedad sus actividades en casa se han visto un poco disminuidas así como, la convivencia con su familia. En este momento sus metas son recuperar la salud y continuar con la unión familiar.

Recreación

Ella se observa muy extrovertida, animada y ríe constantemente, menciona que la mayor parte de sus actividades recreativas son fiestas o reuniones con toda la familia y eso le satisface.

Aprendizaje

Se observa con muchas dudas acerca de los cuidados de la herida quirúrgica y los drenajes que le dejaron. También sobre alimentación y la forma de prevenir el estreñimiento.

Sus capacidades cognitivas no presentan disminución considerable y su actitud hacia el aprendizaje es de interés y curiosidad. Ella refiere tener el hábito de lectura y la información que adquiere es principalmente de libros y revistas científicas por influencia de sus hijos.

Refiere que desde el diagnóstico del padecimiento a tratado de mejorar muchos aspectos de su salud, sin embargo menciona que necesita de alguien que la guíe para lograrlo.

5.3 Análisis de la valoración

Necesidades	Satisfecha	Insatisfecha		Grado de dependencia	
		<i>Real</i>	<i>Potencial o de riesgo</i>	<i>Parcialmente dependiente</i>	<i>Totalmente dependiente</i>
Respirar normalmente			Riesgo	Parcial	
Alimentación e hidratación		Real		Parcial	
Eliminación			Riesgo	Parcial	
Movimiento y mantener buena postura		Real		Parcial	
Descanso y sueño	Satisfecha				
Vestido	Satisfecha				
Termorregulación	Satisfecha				
Higiene e integridad de la piel	Satisfecha				
Evitar peligros		Real	Riesgo	Parcial	
Comunicación	Satisfecha				
Creencias y valores	Satisfecha				
Trabajar y realizarse	Satisfecha				
Recreación	Satisfecha				
Aprendizaje		Real		Parcial	

5.4 Desarrollo de las etapas

Diagnósticos reales

Necesidad alterada: Evitar peligros	Causa de la dificultad: Falta de fuerza	Nivel de atención: Ayuda
Diagnóstico de enfermería Dolor agudo, relacionado con agente lesivo, manifestado por facies de dolor y verbalización del mismo.		
Objetivo: Contribuir a la disminución del dolor a un nivel mínimo.		
Planeación de la intervención	Fundamentación teórica	Ejecución
Valorar el tipo de dolor, duración e intensidad.	<p>El dolor puede presentarse de 2 formas diferentes, tanto nociceptivo como neuropático, el primero a su vez se clasifica en somático y visceral y el segundo en periférico y central. De esta forma, es de suma importancia realizar una adecuada valoración del tipo de dolor que experimenta la persona para poder elegir el tipo de analgesia.</p> <p>Un instrumento para la evaluación de la intensidad del dolor es la escala visual análoga EVA, que permite mediante el juicio de la persona, identificar el dolor en una escala numérica del 0 al 10 donde la intensidad del dolor se marca</p>	Se realizo

	<p>gradualmente llegando hasta “el peor dolor imaginable” (Hernández Santos J, R, Tenopala Villegas S, Torres Huerta J. C. 2006)</p>	
<p>Una vez identificado el tipo de dolor y la causa proporcionar un alivio optimo del dolor mediante analgésicos prescritos (Ketorolaco y paracetamol), corroborando la receta médica, el historial de alergias y la escala analgésica de la OMS.</p>	<p>La escala analgésica de la OMS proporciona tres escalones, el primero corresponde a un dolor leve a moderado tratado con AINE. En el escalón 2 el tipo de dolor va de moderado a severo tratado con opioides débiles en combinación con AINE. Para el escalón 3 el dolor solo es severo y el tratamiento es con opioides potentes y se pueden combinar con AINE. (Hernández Santos J, R, Tenopala Villegas S, Torres Huerta J. C. 2006)</p> <p>El ketorolaco es un analgésico antiinflamatorio no esteroideo eficaz para el tratamiento del dolor agudo moderado y grave. Actúa a nivel periférico inhibiendo la actividad de la ciclooxigenasa y en consecuencia impide la formación de prostaglandinas y tromboxanos.</p> <p>El paracetamol es un antipirético y analgésico eficaz para disminuir la fiebre y aliviar el dolor somático de baja o moderada intensidad, ambos efectos tiene relación con la inhibición de la síntesis de prostaglandinas y ciclooxigenasa a nivel central.</p>	<p>Se ministro el tratamiento analgésico vía oral. Ketorolaco 10 mg. c/8 hrs por tres días y Paracetamol 500 mg. c/8 hrs por tres días, corroborando la receta médica, el historial de alergias y la escala analgésica de la OMS.</p>

	(Rodríguez Carranza R. 1999)	
Verificar y enseñar a la persona a valorar constantemente la eficacia de los analgésicos en base a la disminución o aumento del dolor, tomando como eje central el nivel de dolor que la persona considera apropiado para su confort.	La valoración continua del dolor proporciona dirección en las intervenciones y con la respuesta de la persona, permite re-valorar un ajuste en la analgesia. (American Pain Society, 2004)	Se realizo, en base a la enseñanza de la escala EVA.
Informar a la persona sobre los posibles efectos adversos del tratamiento analgésico y proporcionar información acerca del dolor, tal como las causas y el tiempo que durara.	Con la ministración de la analgesia se pueden presentar reacciones adversas desde leves hasta severas por eso es de suma importancia informarlas para evitar complicaciones posteriores. (Hernández Santos J, R, Tenopala Villegas S, Torres Huerta J. C. 2006) Uno de los pasos más importantes hacia la mejora del control del dolor consiste en una mejor comprensión de la naturaleza del mismo y el cumplimiento por parte del usuario. (American Pain Society, 2004; McCaffery y Pasero, 1999)	Se realizo
Enseñar a la persona a seguir el plan terapéutico en cuanto a los analgésicos, cumpliendo con los horarios, las dosis y el tiempo de tratamiento,	Seguir de forma correcta el tratamiento mantiene un buen control del dolor, pues se evita el desequilibrio entre episodios de dolor y ausencias. (Hernández Santos J, R,	Se realizo

<p>a demás de explicar las consecuencias de no seguir las indicaciones.</p>	<p>Tenopala Villegas S, Torres Huerta J. C. 2006)</p>	
<p>Enseñar técnicas no farmacológicas para ayudar a disminuir el dolor, como relajación, imaginación guiada, terapia de juegos, musicoterapia, etc.</p>	<p>Las estrategias de conducta pueden restaurar la sensación que tiene el usuario de auto-comfort y participación activa en su cuidado. Las intervenciones farmacológicas se deben emplear para suplementar, no para sustituir a las intervenciones farmacológicas. (American Pain Society, 2004)</p>	<p>Se realizo solo en base a la enseñanza de las técnicas.</p>
<p>Evaluación: Con la ministración de los analgésicos se logro disminuir la puntuación de 6 a 3 en escala de EVA en un periodo de entre 30 a 45 minutos. El control del dolor fue óptimo al paso de los días manteniéndose en 3 puntos, ella refirió que no fue necesario poner en práctica alguna técnica de relajación. En opinión de la persona el dolor fue disminuyendo hasta que ya no sentía lo más, lo que coincidió con la cicatrización de la herida quirúrgica. También logró terminar el tratamiento analgésico de forma correcta lo que se vio reflejado en un buen control del dolor.</p>		

<p>Necesidad alterada:</p> <p>Alimentación e hidratación</p>	<p>Causa de la dificultad:</p> <p>Falta de conocimientos</p>	<p>Nivel de atención:</p> <p>Ayuda y orientadora</p>
<p>Diagnóstico de enfermería</p> <p>Desequilibrio nutricional por exceso, relacionado con alta ingesta de carbohidratos y número de raciones por comida, manifestado por IMC (31.9) mayor al óptimo para su talla.</p>		
<p>Objetivo: con la información brindada y la promoción a la salud A. M. logrará realizar cambios en los hábitos alimenticios para mejorar su dieta diaria y comenzar a disminuir el peso corporal lentamente.</p>		
<p>Planeación de la intervención</p>	<p>Fundamentación teórica</p>	<p>Ejecución</p>
<p>Determinar el deseo y motivación de la persona para cambiar sus hábitos alimenticios y comenzar a reducir de forma lenta el peso corporal.</p>	<p>Un buen nivel de motivación proporciona autocontrol ayudando a la persona a adherirse a los criterios determinados de realización y progreso hacia los objetivos deseados. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se realizo</p>
<p>Determinar sus preferencias de comida, tomando en cuenta los alimentos que le causan desagrado, los que le gustan y los que causan intolerancia o alergia, el nivel socioeconómico y cultural.</p>	<p>Tener en cuenta las preferencias de comidas y las capacidades socioeconómicas permite la realización de un plan alimenticio más individualizado y de esta forma, tener en cuenta los aspectos que se pueden cambiar y los que no. Lo que la persona considera prácticas dietéticas saludables puede estar basada en concepciones culturales. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se realizo</p>

<p>Explicar el propósito para realizar cambios en los hábitos alimenticios y la importancia específica en su padecimiento.</p>	<p>La dieta puede reenfocar el papel de la genética en el desarrollo del cáncer. El consumo determinado de algunos alimentos puede ayudar a evitar la progresión de la enfermedad, por otro lado, nuevas investigaciones se enfocan en la modificación de la dieta encaminada a la reducción del riesgo en la aparición de cánceres secundarios durante el periodo de supervivencia. (E. Brown Judith, 2010)</p>	<p>Se realizo</p>
<p>Establecer un plan de comidas realista junto con la persona que incluya 3 comidas diarias, la disminución de la ingesta de alimentos en función de las raciones, y los alimentos con alto contenido de azúcar refinada, grasas animales y harinas, también disminuir el consumo de carnes rojas y favorecer el consumo de pescado o pollo pero, de consistencia magra y la preparación y consumo de agua natural.</p> <p>De igual forma aumentar el consumo de fibra a partir de verduras y</p>	<p>Realizar por lo menos tres comidas y una colación hace que no se consuma una mayor cantidad de alimentos.</p> <p>Los azúcares simples como harinas refinadas, azúcar de mesa, dulces, pastelería, etc. Se digieren rápidamente y pasan al torrente sanguíneo aumentando los niveles de glucosa en sangre, si no son usadas por el organismo rápidamente y convertidas en energía se almacenan en forma de glucógeno en músculo e hígado o se transforman en grasa y se almacenan como tal en las células adiposas. El consumo de pescado o aves proporciona ácidos grasos poliinsaturados que son necesarios para el crecimiento, desarrollo y metabolismo</p>	<p>Se armo un plan alimenticio y se le entrego una lista de alimentos con las raciones adecuadas. <i>(ver tablas de equivalencia en Anexos 2)</i></p>

<p>frutas con cascara, leguminosas y cereales.</p> <p>A demás de mencionarle los alimentos que deberá evitar en su totalidad como, bebidas gasificadas, alimentos procesados, fritos, empanizados, ahumados, semi-cruos o con alto contenido de sal.</p>	<p>normal. (Servin Rodas, 2008)</p> <p>La ingestión de cantidades adecuadas de fibra soluble e insoluble diariamente, puede contribuir al adecuado mantenimiento o descenso del peso corporal pues ambos tipos de fibra aumentan su volumen ayudando a que la persona se sienta satisfecha por más tiempo. (Bolio Galvis, 2009)</p> <p>El consumo alto de verduras, frutas y antioxidantes es la principal estrategia dietética para reducir la progresión del cáncer de mama en etapas iniciales. A demás la obesidad creciente principalmente en posmenopáusicas, está relacionada con la aparición del cáncer de mama y su progresión. (E. Brown Judith, 2010)</p> <p>El consumo diario de leguminosas proporciona alto contenido de fibra, proteínas y bajo contenido de lípidos.</p> <p>Los alimentos procesados contienen cantidades ocultas de sodio, azúcar, grasas y aditivos.</p> <p>Los compuestos utilizados en este tipo de conservación, son potencialmente carcinógenos. (Servin Rodas, 2008)</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Enseñar el plato del buen comer y su uso para la planeación de comidas, también se sugerirán las técnicas adecuadas de cocción en los alimentos y se enseñara a utilizar los recursos disponibles.</p>	<p>A partir del 2006 se estable en México este esquema para brindar orientación alimentaria.</p> <p>Se propone el consumo de tres grupos de alimentos, cada uno de estos grupos reúne alimentos que son equivalentes, lo que significa que pueden ser sustituibles entre sí, sin que se altere notablemente al aporte nutritivo, pero a la vez, son complementarios, esto es, que se debe consumir en el mismo tiempo de alimentación (desayuno, comida y cena), por lo menos un alimento de cada grupo. (Servin Rodas, 2008)</p>	<p>Se enseñó como usar el plato del buen comer en los menús diarios.</p>
<p>Planificar un programa de ejercicios teniendo en cuenta las limitaciones de la persona, sus oportunidades económicas y de tiempo.</p> <p>Además explicarle a la persona que realice sus evaluaciones de sus propios avances pesándose cada mes después de iniciado el plan. De igual forma, dejar en claro que los avances serán en un</p>	<p>El consumo de energía y la actividad física deben mantener un equilibrio para alcanzar y mantener el peso ideal para la talla. (Servin Rodas, 2008)</p> <p>Cuando el profesional hace un reconocimiento de los logros obtenidos, instala en la persona motivación y ánimos de seguir con el plan armado. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se planifico el programa y se animo a la persona a monitorizar sus avances.</p>

principio sutiles.		
<p>Valorar constantemente la funcionalidad del plan alimenticio, estableciendo una relación cordial y de confianza con la persona para que de esta forma, se comuniquen las dificultades.</p>	<p>La comunicación con la persona ayuda a analizar su conducta y determinar si las estrategias utilizadas son efectivas para contribuir a su progreso. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se realizo, sin embargo esta valoración se hizo de forma intermitente vía telefónica con las dudas expuestas de la persona.</p>
<p>Evaluación: con las intervenciones realizadas si se logró que la persona cambiara algunos hábitos alimenticios, por ejemplo: en los tres tiempos de comidas consumía ya, solo las raciones indicadas y no las duplicaba, disminuyó el consumo de alimentos procesados que contenían azúcares y en su lugar logro consumir más frutas y verduras, también aumento el consumo de cereales y leguminosas, disminuyendo las pastas. En cuanto a las grasas, solo consumió aceites vegetales utilizando lo necesario, en los alimentos de origen animal consumió con frecuencia pollo y carne de res, el pescado no lo incluyo de forma continua en sus menús. Y el consumo de bebidas gasificadas también se vio disminuido en gran medida por el consumo de agua de frutas o natural.</p> <p>En lo correspondiente al peso corporal, no se logro evaluar si se presento alguna disminución por el tiempo en el que se aplico este Proceso de Enfermería sin embargo, si se prevén cambios por la buena disposición de A. M. en el cumplimiento del plan alimenticio.</p>		

Necesidad alterada: Movilidad y buena postura	Causa de la dificultad: Falta de voluntad	Nivel de atención: Ayuda y orientadora
Diagnóstico de enfermería Sedentarismo, relacionado con falta de interés, tiempo y carencia económica, manifestado por rutina diaria de bajo contenido de actividad física.		
Objetivo: A. M. iniciara una rutina de actividad física que le provoque motivación para modificar su estilo de vida sedentario.		
Planeación de la intervención	Fundamentación teórica	Ejecución
Evaluar el nivel actual de actividad física en la persona.	Esta evaluación permite conocer en grado se encuentra la capacidad física o que tanto está afectada y de esta forma, tener más claridad en qué tipo de ejercicio es mejor para la persona.	Se realizo
Explorar experiencias deportivas anteriores y determinar su motivación para realizar ejercicio.	Las expectativas de resultados respecto al ejercicio influirán en gran manera en el deseo de realizarlo. Indagar en las actividades que causan motivación es un factor a favor para que la rutina de ejercicios se cumpla. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)	Se realizo
Informar a la persona del propósito y el beneficio de realizar ejercicio para su estilo de vida y específicamente en el impacto hacia su padecimiento.	Hacer unos de una rutina de ejercicios aeróbicos es un auxiliar efectivo para combatir la obesidad y de esta forma disminuir el riesgo de progresión del cáncer. (E. Brown Judith, 2010) Desde el momento del diagnóstico la mujer tiene que resistir varios tipos de de efectos secundarios	Se realizo

	<p>asociados a la terapia, estos se agrupan en tres niveles: físicos, funcional y psicosocial.</p> <p>El impacto de los efectos secundarios es máximo durante el tratamiento y conllevan una agresión multidimensional y supone disminución global de la calidad de vida en la mujer. El establecimiento de un plan de ejercicios físicos personalizado en base a las capacidades individuales consigue paliar los síntomas de fatiga. (Serdá Ferrer y Bernat Charles, 2000)</p>	
<p>Informar a la persona acerca de las actividades apropiadas en función de su estado físico y sobre la frecuencia, duración e intensidad de los ejercicios. También ayudarla a organizar su tiempo para no afectar sus actividades cotidianas.</p>	<p><i>La American College Sports</i> recomienda ejercicio aeróbico de moderada intensidad, con una frecuencia semanal de 3 a 5 sesiones de 15 a 60 minutos.</p> <p>Específicamente para el cáncer de mama en estadios iniciales se recomienda actividad aeróbica caminatas, ciclismo y natación con una frecuencia de 3 a 5 sesiones por semana de baja intensidad y moderada duración de entre 15 minutos hasta 60 minutos. (Serdá Ferrer y Bernat Charles, 2000)</p>	<p>En base a los recursos económicos se le sugirió a la persona que la actividad física más apropiada para sus actividades cotidianas eran las caminatas con una duración de entre 15 y 30min. Minutos por las mañanas.</p>
<p>Proporcionar información acerca de los recursos disponibles en función de las capacidades económicas, haciendo uso de</p>	<p>Valorar el entorno comunitario es de gran utilidad pues se pueden identificar centros o programas comunitarios gratuitos que ayuden a la activación física. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se le sugirió que el lugar muy apropiado era un parque comunitario muy cerca de su casa.</p>

<p>grupos de apoyo comunitarios gratuitos.</p>		
<p>Enseñar a identificar señales de fatiga o cansancio que estén siendo provocadas por el tipo de ejercicio, a demás de enseñar las precauciones necesarias para poder ejercitarse como, estar al pendiente de los resultados de laboratorio como la hemoglobina, plaquetas y 86eutrófilos, también de sensaciones físicas como: mareo, adinamia, nauseas, cansancio extremo, etc.</p>	<p>El ritmo de progresión de la actividad física dependerá de la capacidad cardiovascular y que tanto está comprometida, además los efectos secundarios que la misma enfermedad y los tipos de tratamiento vayan causando en el organismo de la persona, por eso es importante la valoración de las rutinas de ejercicio y su constante reestructuración. (Serdá Ferrer y Bernat Charles, 2000)</p>	<p>Se mencionaron las posibles señales de fatiga</p>
<p>Evaluación: A. M. logro iniciar con las caminatas por las mañanas todos los días y mencionó que su principal motivación fue el querer contribuir con su propia recuperación. También logro incorporar durante las caminatas una actividad recreativa como escuchar música lo que continuo promoviendo la motivación, y mencionó que al termino de las caminatas también realizaba la rutina de ejercicios para la prevención del linfedema, pues disfrutaba de estar al aire libre, encontrando estas caminas muy satisfactorias y relajantes.</p>		

<p>Necesidad alterada:</p> <p>Aprendizaje</p>	<p>Causa de la dificultad:</p> <p>Falta de conocimiento</p>	<p>Nivel de atención:</p> <p>Orientadora</p>
<p>Diagnóstico de enfermería</p> <p>Conocimientos deficientes acerca del cuidado de la herida quirúrgica y los drenajes, relacionado con falta de información, manifestado por información verbal del problema.</p>		
<p>Objetivo: A. M. lograra comprender la información brindada y será capaz de aplicarla para el cuidado de la herida quirúrgica y los drenajes.</p>		
<p>Planeación de la intervención</p>	<p>Fundamentación teórica</p>	<p>Ejecución</p>
<p>Enseñar a la persona y a la familia medidas higiénicas básicas, como un lavado de manos que resulte efectivo, antes y después de manipular la herida quirúrgica o los drenajes.</p>	<p>Es necesaria una evaluación exhaustiva para determinar la capacidad de Aprendizaje de la persona. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p> <p>En las manos se identifican dos tipos de flora bacteriana. La flora transitoria: son bacterias que se encuentran en las manos como resultado de las actividades cotidianas y se adhieren en la grasa y la suciedad; Este tipo de flora es la causante de procesos infecciosos. Por otro lado, está la flora residente que a diferencia de la primera, son organismos que viven y se reproducen en la piel, son de baja virulencia y llegan a proteger contra infecciones.</p> <p>El lavado de manos es un método efectivo y económico para prevenir todo tipo de</p>	<p>Se enseñó la técnica de lavado de manos a la persona y su familia mediante la propia realización de técnica.</p>

	<p>infecciones, y evita en gran medida la transmisión de microorganismos de una persona a otra, de modo que se constituye en un obstáculo para la diseminación bacteriana utilizando medios mecánicos y químicos. (Rincón Sánchez S. R, García Flores Martha, 2012)</p>	
<p>Educar a la persona y familia sobre los datos de alarma de una infección y a vigilar periódicamente las características de la herida como: color, tamaño, estado de las suturas y olor, así como, de los drenajes poniendo énfasis en la cantidad drenada, color, olor y permeabilidad del drenaje.</p>	<p>El aprendizaje es mejor cuando los usuarios están motivados y atentos a los puntos más importantes de lo que hay que aprender. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se enseñaron los datos de alarma y las características de la herida quirúrgica.</p>
<p>Mencionar que a la hora del baño deberá retirar las gasas o apostos que cubran la herida y los sitios de inserción de los drenajes. Instruir para lavar la herida con la mano enjabonada (jabón neutro) y movimientos circulares dejando que el agua corra por la herida y el resto del cuerpo lavarlo de forma normal.</p>	<p>Una adecuada higiene corporal evita la aparición de infecciones en la herida quirúrgica.</p> <p>La utilización de productos de limpieza ásperos, agua caliente en el baño, y la fuerza con la que se realiza la limpieza del sitio de la herida contribuye al deterioro de la piel y el retraso en la cicatrización. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se dieron las instrucciones para una adecuada higiene de la herida y los drenajes.</p>
<p>Una vez terminado el baño</p>	<p>La permeancia de humedad</p>	<p>Se dieron las instrucciones</p>

<p>se deberá secar la herida y los sitios de drenaje perfectamente, sin realizar movimientos de arrastre por la herida; el secado deberá ser con palmadas suaves.</p>	<p>en la herida quirúrgica retrasa el proceso de cicatrización y promueve la reproducción de los microorganismos. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>para una adecuada higiene de la herida y los drenajes.</p>
<p>Enseñar a la persona y a la familia a cubrir la herida quirúrgica y los sitios de inserción de los drenajes con gasas manteniéndolas estériles, así como, la adecuada fijación de los tubos para evitar la extracción incidental y proporcionar mayor comodidad.</p>	<p>El aprendizaje es mejor cuando los usuarios están motivados y atentos a los puntos más importantes de lo que hay que aprender. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se enseñó como cubrir la herida, los sitios de inserción de los drenajes y de qué forma mantenerlos fijos para una mayor comodidad.</p>
<p>Enseñar como abrir y vaciar el dispositivo que contiene el líquido drenado de forma aséptica y de qué forma mantenerlo permeable. Enseñar cómo medir la cantidad drenada para la elaboración de un diario que permita valorar la cantidad por día.</p>	<p>El registro de los drenajes proporciona cantidades específicas por día y de esta forma, evaluar constantemente los líquidos perdidos ayudando a identificar cuando es momento de reponer las cantidades perdidas y prevenir deshidratación. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se enseñaron las medidas para mantener los drenajes permeables, la forma de abrirlos y vaciarlos con las pertinentes medidas higiénicas, como medir su contenido y anotarlos en su diario.</p>
<p>Evaluación: con la información y la enseñanza de los cuidados de una herida quirúrgica y sus drenajes se logró que A. M. comprendiera la información y fuera capaz de aplicarla para su propio cuidado, la familia también fue pieza clave como ayuda para la aplicación de este conocimiento.</p>		

Diagnósticos potenciales o de riesgo

Necesidad alterada: Evitar peligros	Causa de la dificultad: Falta de fuerza y conocimiento	Nivel de atención: Ayuda y orientadora
Diagnóstico de enfermería Riesgo de infección, relacionado con ruptura de la barrera primaria por procedimiento quirúrgico.		
Objetivo: A. M. aplicara las medidas higiénicas correspondientes en el cuidado de la herida quirúrgica y lograra disminuir los factores de riesgo para padecer algún proceso infeccioso hasta que se cumpla el proceso de cicatrización.		
Planeación de la intervención	Fundamentación teórica	Ejecución
Valorar el entorno domiciliario para determinar la limpieza general y la eliminación apropiada de basura.	La presencia de basura y una mala higiene del entorno pueden provocar presencia de patógenos. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)	Se realizo la valoración domiciliaria.
Valorar el grado de vulnerabilidad de la persona para ser invadido por algún microorganismo patógeno.	La piel es la primera barrera o línea de defensa que encuentra en contacto con los microorganismos, si esta se ve afectada se convierte en una puerta de entrada para estos microorganismos. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)	Se realizo la valoración e identificación de factores de riesgo.
Enseñar a la persona y familia a vigilar el estado de la herida quirúrgica, inspeccionando enrojecimiento, calor al tacto o drenado de la herida con	La vigilancia continua ayuda a prevenir complicaciones mayores. Son signos de respuesta inflamatoria, presentes cuando se está iniciando un proceso	Se brindo información acerca de los datos de alarma de una infección.

<p>características purulentas, además de fiebre mayor a 38°C.</p>	<p>infeccioso. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	
<p>Informar la importancia de que la persona no conviva con otras personas enfermas y hacer uso del lavado de manos en todo momento y de la higiene corporal diaria.</p>	<p>Un lavado de manos correcto disminuye la transmisión de organismos de la flora transitoria. (Rincón Sánchez S. R, García Flores Martha, 2012)</p>	<p>Se enseñó la técnica de lavado de manos y las medidas de protección para evitar contagios a la persona y su familia.</p>
<p>Profilaxis antimicrobiana (cefalexina), corroborando la receta médica e historial de alergias.</p>	<p>La cefalexina es una cefalosporina de primera generación con actividad bactericida inhibe la actividad enzimática transpeptidasa esto impide la biosíntesis del peptidoglucano dando consistencia y rigidez a la pared bacteriana perdiendo su capacidad para resistir la presión en el interior, lo que ocasiona su rompimiento y la muerte del microorganismo.</p> <p>Es activa contra diversos microorganismos grampositivos y gramnegativos que pueden ser eliminados con un correcto lavado de manos. (Rodríguez Carranza R. 1999)</p>	<p>Se ministro la profilaxis antimicrobiana vía oral. Cefalexina 500 mg c/8 hrs. Por 7 días.</p>
<p>Hacer hincapié en que la persona siga las indicaciones precisas para la ministración del antibiótico, cumpliendo con la dosis, el horario y la duración del</p>	<p>El mal uso de antibióticos en cuanto al tiempo del tratamiento y los horarios puede crear multiresistencia de los microorganismos a los antibióticos. (Ackley Betty J,</p>	<p>Se menciona la importancia de cumplir el tratamiento antimicrobiano.</p>

tratamiento.	Ladwig Gail B. 2007)	
Evaluación: con la enseñanza de las medidas higiénicas, de protección y el adecuado cumplimiento de la profilaxis antimicrobiana, la persona logró mantenerse libre de algún proceso infeccioso hasta la completa reparación tisular de la herida quirúrgica.		

Necesidad alterada: Evitar peligros	Causa de la dificultad: Falta de voluntad y conocimiento	Nivel de atención: Orientadora
Diagnóstico de enfermería Riesgo de contaminación, relacionado a exposición al humo del tabaco dentro del núcleo familiar.		
Objetivo: A. M. lograra disminuir el riesgo de que aparezca alguna alteración en esta necesidad evitando ser fumadora pasiva.		
Planeación de la intervención	Fundamentación teórica	Ejecución
General una relación enfermera-paciente/familia de respeto, cordialidad, honestidad y confianza.	La comunicación con la persona ayuda a analizar su conducta y determinar si las estrategias utilizadas son efectivas para contribuir a lograr los objetivos. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)	Se estableció una relación de respeto, honestidad y confianza.
Determinar si existe adecuada comunicación y unión dentro del núcleo familiar de la persona.	La comunicación es el principal mecanismo de interacción para los seres humanos. A través de ella se conocen y negocian los espacios en la vida cotidiana, al igual que se entregan o vivencian las creencias, las costumbres y los estilos de	Se realizo la evaluación del núcleo familiar.

	vida. (V. Satir, 1991).	
Reunir a la familia, ubicar que rol juegan los integrantes que son fumadores y los que no, exponer las principales causas del por qué ser fumador, y convertir en fumadores pasivos a otras personas, interviene y perjudica directamente la salud de su familiar y la suya propia.	<p>La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia. (Feldman Robert S. 2006)</p> <p>Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida de la persona quien experimenta la enfermedad, el grado de solidez familiar, el nivel socioeconómico y al historia familiar. Sin embargo, cuando la familia logra equilibrar estos cambios, se convierte en una gran ayuda para la recuperación de la persona. (Fernández Ortega M. A, 2002)</p>	Se estableció una conversación abierta donde se expusieron los daños probables para la salud de la persona y de la familia misma. La conversación se estableció con todos los integrantes, madre, padre e hijos y todos expusieron sus molestias y preocupaciones en cuanto al tema.
Crear conciencia de protección propia en la persona y sugerir evitar permanecer en un lugar con fumadores, mediante la información de los problemas de salud que se pueden desencadenar y los que se pueden agravar en	La génesis del cáncer es multifactorial, pero sin duda el agente etiológico individual más importante es el tabaco. Los investigadores no dudan de que la exposición repetida a químicos del tabaco active el desarrollo tumoral, provocando daño celular por primera vez o después de haber padecido ya	Se platico de manera privada con la persona para exponerle los riesgos para su salud y su padecimiento actual.

base a su padecimiento.	esta enfermedad, aunque los detalles del mecanismo no se conocen por completo. (Granados García M, Herrera Gómez A. 2010)	
<p>Evaluación: después de las intervenciones la persona que fumaba dentro del núcleo familiar fue disminuyendo el consumo de cigarrillo y evito fumar dentro de la casa y cerca de A. M. ella también evita estar cerca de fumadores para poder disminuir el riesgo.</p>		

<p>Necesidad alterada:</p> <p>Oxigenación y circulación</p>	<p>Causa de la dificultad:</p> <p>Falta de fuerza y conocimiento</p>	<p>Nivel de atención:</p> <p>Ayuda y orientadora</p>
<p>Diagnóstico de enfermería</p> <p>Riesgo de perfusión tisular inefectiva, relacionada con extirpación de la red ganglionar axilar derecha.</p>		
<p>Objetivo: después de la promoción a la salud A. M. aplicara las medidas necesarias y realizara los ejercicios correspondientes para prevenir el linfedema posterior a la recuperación de la cirugía.</p>		
<p>Planeación de la intervención</p>	<p>Fundamentación teórica</p>	<p>Ejecución</p>
<p>Explicar de forma concreta y con lenguaje sencillo que es el linfedema y por qué aparece, dejando saber a la persona sus principales factores de riesgo.</p>	<p>Utilizar lenguaje fluido y concreto facilita la comprensión de la información por parte de la persona y motiva el cumplimiento de los objetivos haciendo consiente sus propios factores de riesgo. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)</p>	<p>Se brindo la información correspondiente.</p>

<p>Mencionar las principales medidas que a partir de ese momento deberá realizar de forma cotidiana para evitar que el linfedema se presente, tales como:</p> <p>Iniciar un programa de ejercicios respiratorios y movilidad de la mano del brazo afectado (<i>ver ejercicios indicados en www.aecc.es</i>).</p> <p>Evitar el calor excesivo, el ejercicio vigoroso y las infecciones en el brazo, extremar la higiene de la piel del brazo empleando jabones neutros.</p> <p>Secar minuciosamente la piel, sin olvidar los pliegues y aplicar crema hidratante tras el lavado.</p> <p>Evitar ropa apretada en el brazo y hombro afectado, así como, no cargar objetos pesados, ni colocar la bolsa de mano en el hombro afectado y utilizar un sujetador apropiado, con tirantes anchos y acolchados para evitar comprimir la zona del hombro.</p>	<p>Las medidas preventivas para evitar la aparición del linfedema son fundamentales, ya que una vez que aparece no existe un tratamiento curativo eficaz.</p> <p>Los ejercicios de movilidad mejorar el drenaje linfático.</p> <p>El calor excesivo, el ejercicio vigoroso y las infecciones en el brazo incrementan la producción de linfa, por lo que el riesgo de linfedema aumenta. Por otro lado, la ropa apretada y la propia infección pueden favorecer la obstrucción linfática. (Asociación Española contra el Cáncer, 2010)</p>	<p>Se brinda toda la información necesaria acerca de los cuidados y las medidas preventivas para evitar el linfedema, así como los ejercicios precisos.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Extrema las precauciones para evitar lesiones en la piel del brazo:</p> <p>Evitar vacunas, extracciones de sangre o ministración de medicamentos en el brazo afectado.</p> <p>Evitar que tomen la presión arterial en el brazo afectado.</p> <p>Extremar precauciones cuando se manipule el horno, la estufa, la plancha y objetos punzocortantes, ya que las quemaduras y heridas tienden a infectarse con facilidad.</p>	<p>La ministración de soluciones parenterales o medicamentos promueve la sobrecarga linfática en el brazo afectado.</p> <p>La tensión ejercida en la toma de la presión arterial puede provocar obstrucción linfática, así como, infecciones por heridas de quemaduras o heridas. (Asociación Española contra el Cáncer, 2010)</p>	<p>Se dieron las medidas correspondientes.</p>
<p>Mencionar y enseñar a identificar los datos de alarma que se muestran cuando está iniciando el linfedema con el objetivo de prevenir mayores complicaciones.</p>	<p>Existen diferentes grados en el linfedema que van avezando gradualmente si no se inicia un tratamiento precoz. En las etapas más avanzadas el tratamiento puede no ser eficaz comprometiendo la calidad de vida de la persona. (Asociación Española contra el Cáncer, 2010)</p>	<p>Se mencionaron los datos de alarma.</p>
<p>Evaluación: con la información brindada acerca del linfedema y sus causas, la enseñanza de las medidas preventivas, los ejercicios de movilidad y de drenaje linfático; se logro que A. M. aplicara todos estos cuidados para prevenir su aparición y los integrara a su estilo de vida para lograr una prevención a largo plazo.</p>		

Necesidad alterada: Eliminación	Causa de la dificultad: Falta de conocimientos	Nivel de atención: Ayuda y orientadora
Diagnóstico de enfermería Riesgo de estreñimiento, relacionado con malos hábitos alimenticios.		
Objetivo: A. M. lograra mejorar sus hábitos alimenticios y de esta forma evitar alteraciones intestinales.		
Planeación de la intervención	Fundamentación teórica	Ejecución
<p>Enseñar a la persona los alimentos que contienen mayor cantidad de fibra dietética. Y como integrarlos a la dieta cotidiana.</p> <p>Se deberá asegurar al consumo de por lo menos 20 a 30 gramos de fibra natural al día.</p>	<p>Aumentar el contenido de frutas y verduras, sobre todo crudas con cascara y de color verde o amarillo aportan un gran contenido de fibra natural, así como, las leguminosas. (Servin Rodas, 2008)</p> <p>Por otro lado, el consumo de fibra insoluble como el salvado de trigo, salvado de maíz y trigo integral, actúa como una esponja aumentando su tamaño y absorbiendo mucho más que su peso en agua. También contribuye a acelerar el movimiento de los alimentos a través del sistema digestivo y ayuda a promover la regularidad y reducir la incidencia de estreñimiento. (Revista Dieta y salud, 2009)</p>	<p>Se enseñaron los alimentos con alto contenido de fibra. Y las raciones que aportaban la cantidad adecuada.</p>
Mencionar la importancia de consumir al menos entre 6 y 8 vasos de agua al día de	La fibra ayuda a absorber agua y crear volumen, ya que hace más fácil para los músculos del tracto digestivo mover el	Se mencionó la importancia del consumo de agua.

<p>un contenido aproximado de 250ml.</p>	<p>contenido a lo largo del trayecto. Esto acelera el paso de los alimentos a través del sistema digestivo y ayuda a prevenir el estreñimiento. (Revista Dieta y salud, 2009)</p> <p>En el proceso digestivo el agua suaviza y disuelve los alimentos. (Servin Rodas, 2008)</p>	
<p>Mencionar la importancia de atender de forma inmediata el reflejo de defecación.</p>	<p>A través de una fuerte onda peristáltica llamada peristaltismo en masa, se expulsa la materia fecal del colon sigmoides al recto. La distención que resulta en la pared rectal estimula a receptores de estiramiento que inician el reflejo de la defecación por contracciones de los músculos rectales acortando el recto y así causando la apertura del esfínter anal interno.</p> <p>El esfínter externo se controla voluntariamente si se relaja, la defecación se produce, si sucede lo contrario las heces vuelven hacia el colon sigmoideo hasta que una nueva onda de peristaltismo en masa se presente.</p> <p>De esta forma cuando las heces permanecen en el colon durante periodos prolongados, se produce una excesiva absorción de agua y las heces</p>	<p>Se realizo</p>

	se secan y endurecen, dando lugar al estreñimiento. (Tortora Gerard J. y Derrickson Bryan, 2006)	
Enseñar a la persona que el patrón normal de la defecación es de incluso una evacuación cada tercer día y no necesariamente todos los días, con el fin de que ella misma identifique cuando exista alguna alteración intestinal.	<p>La cantidad de movimientos intestinales que una persona tiene en un periodo determinado depende de diversos factores como la dieta, la salud y el estrés. El rango normal de la actividad intestinal es de dos o tres movimientos por día a tres o cuatro movimientos por semana.</p> <p>El contenido del colon suele representar los alimentos ingeridos durante los 4 días anteriores, aunque la mayoría de los productos de desecho se excretan a las 48 horas de su ingestión. (Tortora Gerard J. y Derrickson Bryan, 2006)</p>	Se explicó el patrón normal de la defecación.
Integrar al plan alimenticio una rutina de ejercicio.	La actividad física diaria en forma de actividades cotidianas y conjuntamente con rutinas de ejercicios por lo menos 2 o 3 veces por semana aumenta el peristaltismo. (Ackley Betty J, Ladwig Gail B. 2007)	Se armo un plan de actividad física, determinando que las caminatas de entre 15 y 30 min. Diarios eran lo indicado.
Evaluación: con las intervenciones antes mencionadas, A. M. logró modificar sus hábitos alimenticios evidenciándose por no haber presentado estreñimiento y el mantenimiento de una eliminación intestinal regular y de características normales.		

6. PLAN DE ALTA

1. Dieta

Alimentos sugeridos y no permitidos

- Abundante frutas y verduras
- Suficientes cereales y tubérculos
- Combinar cereales y leguminosas
- Pocos alimentos de origen animal, evitando lácteos o consumiendo solo los deslactosados.
- Evitar alimentos procesados y azucarados

Nota: se anexaron las tablas de alimentos con las raciones (*ver en anexo 2*)

Ejemplo de menú

Los menús deberán estar elaborados con base en el plato del buen comer, donde se sugiere que las tres principales comidas del día (desayuno, comida y cena) deberán contener como mínimo tres ingredientes de cada grupo.



Desayuno

½ taza de cereal integral	cereales
½ vaso de jugo de naranja	frutas o verduras
Un huevo revuelto con frijoles refritos	origen animal y leguminosas
1 tortillas	cereales

Comida

Una pechuga de pollo a la plancha	origen animal
Ensalada de lechuga, zanahorias y berros	frutas o verduras
½ taza de lentejas	leguminosas
2 tortillas	cereales
Agua de papaya	frutas

Cena

Un plato pequeño de verduras cocidas al vapor	verduras
Con queso panela o blanco	origen animal
Una o dos rebanadas de pan integral	cereales
Agua de papaya	fruta
Un vaso de agua natural	

Nota: importante consumir en todo el día de 7 a 8 vasos de agua natural de aproximadamente 250 ml cada uno.

2. Medicamentos prescritos

Medicamento	Efecto terapéutico	Efectos adversos	Dosis, horario y duración	Sugerencias en su ministración
Ketorolaco	Analgésico contra el dolor moderado a grave	Frecuentes: dolor abdominal, alteraciones digestivas, somnolencia. Poco frecuentes: diarrea, vértigo, dolor de cabeza, aumento en la sudoración, aumento de peso.	10 mg C/8 hrs 11am–7pm–2am Por tres días	No consumir alcohol durante la duración del tratamiento con de Ketorolaco.

Medicamento	Efecto terapéutico	Efectos adversos	Dosis, horario y duración	Sugerencias en su ministración
Paracetamol	Analgésico para el dolor de baja a moderada intensidad	Raras: dificultad y dolor al orinar, cansancio muy acentuado, hepatitis.	500 mg C/8 hrs 11am–7pm–2am Por tres días	Tomar solo la dosis indicada ya que puede causar toxicidad mortal con sobredosis.

Medicamento	Efecto terapéutico	Efectos adversos	Dosis, horario y duración	Sugerencias en su ministración
Cefalexina	Antibiótico como prevención de una posible infección tras la cirugía	Frecuentes: diarrea, nauseas, vomito, molestias en la boca o lengua. Poco frecuentes: comezón en la zona rectal o áreas genitales, reacciones alérgicas leves.	500 mg C/8 hrs 1pm-9pm-5am Por 7 días	Terminar el tratamiento en tiempo y forma. No interrumpirlo.

3. Otras medidas para evitar complicaciones

Recomendaciones nutricionales para evitar el estreñimiento

- Actividad física diaria y continua.
- Defecar en el momento que exige nuestro organismo. Aguantar el deseo de evacuar es causa de estreñimiento.
- Consumir ensaladas preferiblemente crudas, utilizando tallos y hojas.
- Trate de eliminar alimentos procesados ya que no contiene vitaminas y nutrientes que mejoren el funcionamiento del intestino.
- Consumir al menos 5 porciones diarias de las siguientes frutas en trozos: Fresa, Mora, Naranja, Tamarindo, Ciruelas pasas, Zanahorias, Piña, Guanábana, Higos, Zapote.
- Utilizar salvado de trigo o consumir galletas y pan preferiblemente de harina integral o cereales.
- Evite consumo excesivo de: Té, café, plátano, chocolate y azúcar refinada.
- Evite consumo de alimentos irritantes: pimienta, comino, salsas, picantes, embutidos, mostaza.

- Consumir granos cocidos todas las semanas como elote, chicharos, garbanzos, lentejas, habas. Etc.
- Utilizar aceites vegetales de maíz, girasol, oliva para la preparación de los alimentos.

Alimentos con alto contenido en fibra: alcachofa, apio, brócoli, col de bruselas, coliflor, pimiento verde, zanahoria, tubérculos, legumbres, aceitunas, aguacate, ciruelas, fresa, higo, kiwi, limón, manzana, moras, naranja, pera, plátano, frutos secos, all brans, arroz integral, pan integral, pastas integrales.

Alimentos con bajo contenido en fibra: acelga, berro, champiñones, espinaca, lechuga, berenjena, pepino, pimiento rojo, tomates, mandarina, melón, piña, uva, arroz blanco, pastas cocidas.

Cuidado de la herida quirúrgica

Seguir utilizando las medidas higiénicas aprendidas anteriormente de forma continua (diario) hasta que la herida haya sanado.

4. Datos de alarma

Infección de la herida quirúrgica

1. Salida de liquido blanquecino, amarillento o purulento de la herida. Inflamación alrededor de la herida, piel roja y caliente al tacto.
2. Percepción de olor desagradable o fétido.
3. Salida de sangre rojo brillante abundante de la herida o de los drenajes.
4. Fiebre de 38° o mayor.
5. Ruptura de alguna sutura en la herida y que se observe profundidad en ella.

Nota: si presenta alguno de estos datos de alarma deberá acudir al hospital y no realizara automedicaciones.

Linfedema

- Inflamación en lugar de la mama, tórax, hombro, brazo o mano.
- Sensación de pesadez o llenura en la parte del cuerpo afectado.
- Cambios en la textura de la piel y que se sienta tensa, dura o roja.
- Dolor, hormigueo o molestia que no se había presentado anteriormente en el área.
- Menos movilidad o flexibilidad en las articulaciones adyacentes, tal como su hombro, mano o muñeca.
- Dificultad para introducir su brazo en la manga de una chaqueta o camisa.

- Al ponerse el sostén, no queda de la misma manera.
- Su anillo, reloj o brazalete se siente apretado, pero usted no ha aumentado de peso.

Nota: si presenta algunos de estos síntomas acudir al hospital para revisión lo más precoz posible.

7. CONCLUSIONES

En la actualidad el Proceso Atención de Enfermería se consolida como la metodología propia de la profesión enfermera que se rige científicamente por un objeto de estudio y corrientes teorías.

En este Proceso de Enfermería se logro proporcionar cuidados sustentados teóricamente y con base a un juicio crítico, donde la educación para la salud y la prevención fueron los componentes esenciales, y cuyo resultado fue el aprendizaje y la realización de prácticas de salud por la persona, iniciando con nuevos hábitos en su estilo de vida; hábitos que resultaran benéficamente a largo plazo para contribuir a la recuperación total de su salud.

La aplicación de este proceso enfermero en la comunidad me dejo mucha satisfacción y nuevas metas, pues estoy firmemente convencida que la atención de primer nivel es el punto estratégico para la prevención de muchas de las enfermedades que se encuentran en auge actualmente en nuestro país. Por otra parte, el vínculo que se establece con la persona cuidada es totalmente diferente al formado en la práctica clínica, pues el acercamiento es más estrecho facilitando que se alcancen los objetivos.

Por esta razón concluyo que, el Proceso Atención de Enfermería compone uno de los principales cambios para la profesión pues la aplicación de esta metodología como parte de la práctica profesional diaria, dota al profesional de aptitudes inherentes a su personalidad como la autonomía e identidad, dando por añadidura la delimitación del objeto de estudio en la práctica profesional, volviéndose humana, holística y de calidad, además de sembrar sentimientos de valor profesional cuando en conjunto con la persona, familia o comunidad se alcanzan los objetivos para asegurar la continuidad de la vida.

Con las experiencias vividas y la identidad que siento hacia esta profesión, mis objetivos siempre estarán encaminados a brindar cuidados de calidad y siempre con una razón de ser teórica y humana para contribuir de forma activa en el crecimiento de la Enfermería.

8. BIBLIOGRAFÍA

Ackley Betty J, Ladwing Gail B. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier. pp. 1316.

Aibar Silvia, Celano Constanza, Chambi Ma. Concepción, Estrada Silvina y cols. Manual de Enfermería Oncológica, Argentina: Instituto Nacional del Cáncer. pp. 72.

Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2005. pp. 274.

Almansa Martínez P. Metodología de los cuidados de enfermería. México: DM; 1999. pp. 240.

Becerril Cárdenas L. La profesionalización de la enfermería en México: un análisis desde la sociología de las profesiones. Barcelona: Pomares; 2005. pp. 320.

Berryman J. C, Hargreaves D, Herbert M, Taylor A. Psicología del desarrollo. México: El manual moderno; 1994. pp. 274.

Brown Judith E. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 3ª ed. México: McGraw-Hill; 2010. pp. 517.

Chabner Bruce A, Lynch Tomas Jr. Lango Don L. Harrison Manual de Oncología. México: McGraw-Hill; 2009. pp. 626.

Craig Grace J, Baucum Don. Desarrollo Psicológico. 9ª ed. México: Prentice Hall; 2009. pp. 696.

Casciato Dennis A, Territo Mary C. Manual de oncología clínica. 6ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2009. pp. 792.

Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkâs K. Modelos de enfermería aplicación a la práctica. México: Manual Moderno; 2011. pp. 273.

Feldman Robert S. Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2006. pp. 592.

Francoise Collière. M. Promover la vida. 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2009. pp. 350.

García González. Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1ª ed. México: Progreso; 1997. pp. 310.

García Martín-Caro C, Martínez Martín M. L. Historia de la enfermería evolución histórica del cuidado enfermero. España: Elsevier; 2001. pp. 214.

González Canalejo C, Martínez López F. La transformación de la enfermería: nuevas miradas para la historia. Granada: Comares; 2010. pp. 510.

Hernández Conesa. J. Historia de la enfermería un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; 1995. pp. 195.

Herrera Gómez A, Granados García. M. Manual de Oncología: procedimientos medico quirúrgicos, 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2010. pp. 1364.

Jones Guerrero R. Psicología médica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. pp. 151.

Kerouac Suzanne, Pepin Jacinthe, Ducharme Francine, Duquette André, Major Francine. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2001. pp. 167.

Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: Elsevier; 2003. pp. 672.

Plancarte Sánchez R. Manejo del dolor y cuidados paliativos en el paciente con cáncer. México: INCAN; 2006. pp. 330.

Rincón Sánchez R, García Flores Martha. Manual de enfermería quirúrgica. México: McGraw-Hill; 2012. pp. 236.

Rodríguez Carranza R. Vademecum académico de medicamentos. 3ª ed. México: McGraw-Hill; 1999. pp.1023.

Servín Rodas Ma. del Carmen. Nutrición básica y aplicada. 2ª ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2008. pp. 273.

Tortora Gerard J, Derrickson Bryan. Principios de anatomía y fisiología. 11ª ed. México: Panamericana; 2006. pp. 1154.

Wesley Ruby L. Teorías y modelos de enfermería. México: McGraw-Hill; 1997. pp.179.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

Agirrezabala Ramón J, Aizpurua Iñigo, Alfonso Iciar, Aranzegi zaskun, Armendáriz María, Callén Maite et al. Tratamiento del estreñimiento. Infac (Vasco). 2001; 9(10): 52-57. (Sede WEB) disponible en: www9.euskadi.net/sanidad/cevime/datos/infac_v9n10.pdf

Asociación española contra el cáncer (aecc). Linfedema prevención y tratamiento: 2010. (Sede WEB). Disponible en: www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Guia_linfedema_2010.pdf

Cánovas Conesa Ca. A, Ortega García J. A. Recomendaciones dietéticas, ejercicio físico y medio ambiente para las y los supervivientes de Cáncer de mama. PEHSUM-Murcia (España). 2012. (Sede WEB). Disponible en: http://pehsu.org/wp/wp-content/uploads/environmental_breastcancer.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2011 (sede WEB). Disponible en: www.inegi.org.mx

Prieto Trejo P. A, Villaseñor Mendoza S. Información básico sobre fibra. Dieta y Salud (México). 2009; 1(1): 4-8. (Sede WEB). Disponible en: www.insk.com/assets/files/Z%20DIETA_SALUD_Fibra_bajaV4.pdf

ANEXO 1

Glosario de términos

Adenoma: tumor benigno que se origina el tejido glandular.

ADN: ácido desoxirribonucleico. Molécula que se localiza en el núcleo de las células y que mantiene la información genética sobre el crecimiento, la división y la función de las células.

Anaplasia: cambio de la estructura celular caracterizado por la pérdida de diferenciación y la vuelta a una forma semejante a las células embrionarias. El grado de anaplasia determina el grado de malignidad de un tumor.

Angiogénesis: proceso fisiológico que consiste en la formación de vasos sanguíneos nuevos a partir de los vasos preexistentes. Es un fenómeno natural a partir del desarrollo embrionario, el crecimiento del organismo y la cicatrización de las heridas. También es un proceso fundamental en la transformación maligna del crecimiento tumoral.

Antineoplásico: fármacos que inhiben el desarrollo y crecimiento del cáncer.

Antioxidante: conjunto heterogéneo formado de sustancias formado de vitaminas, pigmentos naturales, minerales y otros compuestos vegetales y enzimas que bloquean el efecto dañino de los radicales libres.

Aplasia: desaparición de las células encargadas en la medula ósea de la producción de la sangre. Como consecuencia disminuirán los hematíes, los leucocitos y las plaquetas en la sangre periférica.

Apoptosis: muerte celular programada de células sanas.

ARN: ácido ribonucleico presente en todas las células que transmiten mensajes genéticos entre las estructuras de la célula.

Biopsia: procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra de tejido para examinarla al microscopio y determinar la presencia de células cancerosas.

Cáncer: conjunto de síntomas, diagnóstico y tratamiento, diferentes, que se caracterizan por la proliferación acelerada, descontrolada y desordenada en las células de un tejido que invaden, desplazan y destruyen, localmente y a distancia, otros tejidos sanos del organismo.

Cancerígeno: que provoca cáncer.

Carcinogénesis: origen y formación de un tumor canceroso, a través de la proliferación incontrolada de células.

Carcinoma ductal: tumor maligno que se desarrolla en las células de los conductos. Es el tipo más común de cáncer de mama y páncreas.

Carcinoma in situ: tumor maligno que no ha roto la capa basal y, por ello, no se ha extendido.

Célula: unidad funcional y estructural de los organismos vivos.

Ciclo celular: proceso ordenado y repetitivo en el que la célula crece y se divide en dos células hijas.

Diferenciación: proceso por el que la célula adquiere una forma y función determinada durante el desarrollo embrionario o la vida de un organismo pluricelular.

Displasia: proliferación anómala de células, caracterizada por la pérdida de un arreglo del tejido normal y la estructura de la célula.

Histología: referente al estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos orgánicos. Cuando estudia los tejidos patológicos se denomina histopatología. De esta ciencia depende, en última instancia, el diagnóstico y clasificación de los tumores.

Linfadenectomía: extirpación de los ganglios linfáticos de alguna región corporal.

Marcadores tumorales: grupo de sustancias segregadas por algunos tumores. Su determinación en sangre puede ayudar a orientar sobre la presencia de un tumor, su respuesta a los tratamientos o su recidiva. El problema fundamental que presentan es que la mayoría de ellos no son específicos, es decir, pueden elevarse por una variedad de tumores o, incluso, por procesos no neoplásicos.

Metaplasia: cambio en las características propias un determinado tipo celular que adopta las propias de células distintas con las que puede tener un parentesco próximo o remoto.

Metástasis: diseminación a órganos distantes de una infección o de un tumor primario maligno, que ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática.

Neoadyuvante: tratamiento oncológico de radioterapia o quimioterapia, administrado antes de la intervención quirúrgica, con el fin de que disminuya el tamaño del tumor.

Neoplasia: alteración de la proliferación y, muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor.

Oncogén: gen anormal o activado que procede de la mutación o activación de un gen normal llamado protooncogén. Los oncogenes son los responsables de la transformación de una célula normal en una maligna que desarrollara un determinado tipo de cáncer.

Oncogénesis: secuencia de cambios citológicos, genéticos y celulares que culminara en la transformación de una célula normal en otra cancerosa.

Oncología: es la rama de la medicina que estudia la génesis, desarrollo y propagación de los tumores, su relación con el organismo que los alberga y las interrelaciones de este con el medio ambiente.

Protooncogén: genes normales cuyas proteínas regulan la proliferación o la diferenciación celular.

Radioterapia: tratamiento oncológico basado en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X, rayos Gamma y partículas Alfa) para eliminar las células tumorales.

Tumor: masa de células transformadas, con crecimiento y multiplicación anormales que puede ser benigno o maligno.

ANEXO 2**Tablas de equivalentes alimenticios**

VERDURAS			
Alimento	Ración	Alimento	Ración
Acelga cocida	½ taza	Flor de calabaza	2 tazas
Alfalfa germinada	2 tazas	Haba verde	½ taza
Apio crudo	2 tazas	Jitomate	1 ½ taza
Berro crudo	2 tazas	Lechuga	2 tazas
Batabel crudo rallado	¼ de taza	Nopales cocidos	1 taza
Brocilo cocido	½ taza	Pepinos	½ taza
Calabacita cocida	1 ½ tazas	Perejil	Libre
Cebolla	½ taza	Pimiento morrón	2 tazas
Champiñón cocido rebanado	¾ taza	Quelites	1 taza
Chayote cocido	1 taza	Rábanos	2 tazas
Chícharo cocido	½ taza	Romeritos	2 tazas
Chile ancho	10 gr.	Tomate verde	1 taza
Chile poblano	1 pieza	Verdolaga	1 taza
Cilantro	Libre	Zanahorias	½ taza
Col cruda	1 taza	Ejote cocido	1 taza
Coliflor	½ taza		
Elote cocido	½ taza		
Espárragos	2 tazas		

Espinacas	2 tazas		
-----------	---------	--	--

FRUTAS			
Alimento	Ración	Alimento	Ración
Cereza	½ taza	Mango	½ pza.
Chabacano	4 pzas.	Manzana	1 pza.
Chirimoya	1/3 taza	Melón	1 taza
Ciruela pasa	4 pzas.	Membrillo	1 pza.
Ciruela roja y amarilla	3 pzas.	Naranja	2 pzas.
Capulín	3 tazas	Papaya	1 taza
Durazno	2 pzas.	Pera	½ pza.
Fresas	1taza	Piña	¾ taza
Granada roja	1 piza	Plátano Tabasco	1/pza.
Guanábana	¾ taza	Sandia	1 taza
Guayaba	3 piezas	Tamarindo pulpa	1/5 taza
Higo	3 piezas	Tejocote	2 pzas.
Kiwi	1 ½ piezas	Toronja	½ pza.
Lima	3 pzas.	Tuna	2 pzas.
Limón	4 pzas.	Uva verde y morada	½ taza
Mamey	1/3 taza	Zapote	¼ taza
Mandarina	3 pzas.	Zarzamora	¾ taza.

CEREALES Y TUBÉRCULOS			
Alimento	Ración	Alimento	Ración
Amaranto	½ taza	Hojuelas de maíz azucaradas	
Arroz cocido	½ taza	Hot cake	1 pza.
Atole de maíz	¼ taza	Pan de caja blanco o integral tostado	1 rebanada
Barrita de avena	½ pza.	Tortilla de harina o maíz	1 pza.
Bolillo sin migajón	½ pza.	Pan dulce	1/pza.
Bollo para hamburguesa	½ pza.	Panque	1 rebanada
Cereal con almendras y pasa	1/3 taza	Pastel	1 rebanada
Cereal de maíz u arroz	½ taza	Pay	1 rebanada
Cereal de maíz y trigo integral con miel	½ taza	Tostadas	2 pza.
Cereal de salvado de trigo	1/3 taza	Cereal multigrano	1/3 taza
Espagueti o macarrón cocido	½ taza	Galletas de animalitos	6 pzas.
Galletas maría	6 pzas.	Galleta salada	5 pzas.
Hojuelas de arroz o maíz	½ taza	Granola	¼ taza

LEGUMINOSAS	
Alimento	Ración
Frijoles	½ taza
Garbanzos	½ taza
Haba	½ taza
Lentejas	½ taza
Arvejonas	½ taza
LÁCTEOS	
Yogurt descremado o deslactosado	¾ taza
Leche deslactosada	1 taza

PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL Y GRASAS			
Muy bajo contenido de grasas		Bajo contenido de grasas	
Almeja fresca	Falda de res	Aguayón	Perna de res
Pescado fresco	Milanesa de pollo	Atún en aceite	Queso cottage
Atún en agua	Pierna y muslo de pollo sin piel	Cecina	Queso panela
Camarón	Pata de res	Costillas de res	Salchicha de pavo
Clara de huevo	Requesón	Filete de cerdo o res	Pancita de res
Chambarete de res	Corazón	Jamón de pavo	Pavo
Charales	Calamar	Milanesa de res o	

		cerdo	
Fajitas de pollo	Queso de cabra	Molida de res o cerdo	
Moderado contenido de grasas		Alto contenido de grasas	
Longaniza	Mollejas	Chicharon	Queso de puerco
Huevo entero	Chuleta de cerdo y ahumada	Mortadela	Salchicha de cerdo
Morongá	Hamburguesa de res	Espinazo de cerdo	Queso Cotija
Queso Oaxaca	Jamón de cerdo	Queso amarillo	chorizo
Grasas			
1 cucharadita		1 cucharada	
Aceite vegetal	Margarina	Cacahuete	Pistaches
Manteca de cerdo	Mayonesa	Coco rayado	Nueces
Mantequilla		Pepitas	Almendra y avellanas
AZUCARES REFINADOS			
Alimentos	Ración	Alimentos	Ración
Mermelada y miel	1 y 2 cucharaditas	Caramelos	4 pzas.
Azúcar	2 cucharaditas	Chocolate	1/6 pza.
Cajeta	½ cucharada	Gelatinas preparadas	½ taza
Jugos embotellados	½ taza	Refresco	1/3 taza

ANEXO 3

Instrumento utilizado para la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE
NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Datos de identificación:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Ocupación _____ Estado civil _____ Religión _____
Escolaridad _____
Domicilio _____
Unidad de salud donde se atiende _____

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia _____ Ritmo _____
Expansión torácica: Simétrica _____
Profundidad: Superficial _____ Profunda _____
Pulso: Frecuencia _____ Ritmo: Regular _____ Irregular _____
Intensidad: Fuerte _____ Débil _____
Temperatura: _____ Tensión arterial _____ mm/Hg.
Somatometría: Peso _____ Talla _____
Índice de Masa Corporal _____
Perímetro abdominal _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No, Sí.
Describe _____

¿Se ha expuesto al humo de leña? _____ ¿ha fumado en algún momento de su vida? No, Sí. ¿Cuántos cigarros al día? _____ ¿Convive con fumadores? No, Sí.
¿Ha convivido con aves? _____

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No, Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No, Si. ¿Su casa está ventilada? No, Si. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No, Si. ¿Le han diagnosticado hipertensión? No, Sí. ¿Tiene problemas cardiacos? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No, Sí. ¿Toma algún medicamento? No, Sí.

Especifique:

Explore:

Región cardiopulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos)

Dificultad respiratoria: No, Si Fatiga: No, Si, Tos: No, Sí Expectoración: No, Sí.
Coloración de la piel _____ Llenado capilar _____ segundos.

Observaciones:

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno?
Cantidades _____ en
raciones: _____

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida?
Cantidades en raciones:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la
cena? Cantidades en raciones:

¿Come entre comidas? No, Sí ¿Qué alimentos consume?
¿En donde acostumbra
comer? ¿Con quién acostumbra comer?

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, Sí ¿Por
qué? ¿Cuáles son los alimentos que le
agradan?

¿Cuáles son los alimentos que le
desagradan? ¿Cuáles son los alimentos
que le causan intolerancia? ¿Cuáles son
los alimentos que le causan alergia? ¿Tiene
problemas para masticar? No, Sí. ¿Por qué?
¿Tiene dentadura completa? No, Sí. ¿Usa prótesis? No, Sí ¿Tiene problemas con
su peso? No, Sí ¿Por qué? ¿Considera que tiene
adecuada digestión de los alimentos? No, Sí. ¿Por qué?
¿Cuántos vasos de agua toma al día?
¿Acostumbra tomar refrescos? No, Sí Cantidad:
¿Acostumbra tomar café? No, Sí ¿Acostumbra tomar
alcohol? No, Sí. ¿Toma suplementos alimenticios? No, Sí.

Explore:

Cavidad oral:

Región abdominal

Observación:

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Esfuerzo para defecar: No, Si. Dolor anal al evacuar No, Si. Dolor abdominal al evacuar No, Si. Características del dolor _____ Flatulencias No, Si. Tenesmo No, Si. Meteorismo No, Si. Incontinencia No, Si. Prurito No, Si. Hemorroides No, Si. Cuándo presenta problemas para evacuar, ¿qué recursos utiliza? _____ ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? _____ ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? _____ ¿Qué características tiene la evacuación? _____ ¿Cuántas veces orina al día? ¿De qué color es su orina? _____ ¿Qué olor tiene su orina? ¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria No, Sí. Poliuria No, Si. Nicturia No, Sí. Retención de orina No, Si. Urgencia para orinar No, Si. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? _____ ¿Usted suda? No, Si. ¿Cómo es su sudoración? _____ ¿Bajo qué condiciones suda?

En caso de Mujeres

¿Fecha de Última menstruación? _____ ¿Cada cuándo menstrua? _____ ¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Dismenorrea No, Si. Pérdidas intermenstruales No, Sí. Flujo vaginal No, Si. ¿Qué características tiene? _____ ¿Qué hace para controlar la dismenorrea? _____

En caso de hombres

¿Presenta alguna alteración en la eyaculación? _____

Explore:

Región abdominal, fosas renales, genitales _____

Observaciones:

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulaci3n? No, Si. Especifique: _____
¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No, S3. ¿C3mo? ____ ¿Tiene dificultad para moverse? No, Si Especifique: _____
¿Utiliza apoyos para desplazarse? No, Si. ¿Cu3les la postura habitual relacionada con su ocupaci3n? _____
¿Cu3ntas horas del d3a pasa usted en esta postura? _____
¿Presenta alguno de estos signos o s3ntomas?: dolores 3seos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, Si. Especifique cuales: _____
Movimientos involuntarios No, Si. Describa: _____
Le falta fuerza o Debilidad muscular No, Si. Describa: _____
Edema, ardor, comez3n o hematomas en alguna parte del cuerpo. No, Si. Describa: _____
Mareos, p3rdida del equilibrio o desorientaci3n. No, Si. Describa: _____
¿Realiza usted alguna actividad f3sica? No, S3. ¿Cu3l? _____
¿Qu3 tiempo le dedica a la semana? _____

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos _____

Observaciones:

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No, Sí. ¿Cómo? _____
Después de descansar ¿Cómo se siente? _____ ¿Cuántas horas duerme habitualmente? _____ ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No, Si.

¿Se despierta fácilmente? No, Si. Sueño agitado, No, Si. Pesadillas, No, Sí. Nerviosismo, No, Si. ¿Se levanta durante la noche? No, Si.

¿Por qué? _____

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, Si.
¿Por qué? _____

¿Acostumbra tomar siesta? No, Si. ¿Qué hace para conciliar el sueño? _____

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia)

Observaciones:

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuando?: hace frío _____ hace calor _____ cuando llueve _____ ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? No, Si ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? No, Si. ¿La ropa que usa usted la elige? No, Si.

¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No, Si.

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño

Observación:

7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? Si___ No___ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No, Si. Especifique_____ ¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones?_____

Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,)

Observación:

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña?_____ ¿Cada cuando se lava el cabello? _____ Después del baño ¿el cambio de ropa es? Parcial ___ Total_____ ¿Cada cuando lava sus manos?_____ ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies _____ manos _____ ¿Cada cuando cepilla sus dientes? _____ ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No, Si. ¿Utiliza prótesis dental? No, Si. ¿Cada cuando las asea?_____ ¿Cuando realizó la última visita al Dentista?_____

¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal No, Si. ¿Porqué?_____

Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones)_____

Observación:

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo No, Si. Toxoide Diftérico No, Si. Toxoide tetánico No, Si. Hepatitis No, Si. Neumocócica No, Si. Influenza No, Si. Rubéola Sarampión No, Si. Otra_____ Revisiones periódicas en el último año: _____ Exploración prostática No, Si.

Resultado_____ Autoexploración mamaria No, Si. ¿Cada cuanto tiempo la realiza?_____ Resultado_____, Mamografía No, Si. Resultado _____ Papanicolaou No, Si. Resultado _____, Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) No, Si. Seguimiento del plan terapéutico prescrito No, Si. Automedicación No, Si. Nombre del medicamento: _____ ¿Consumo de drogas de uso no médico? No, Si. ¿Cuál? _____ Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No, Si. Uso de pasamanos No, Si. Uso de asideras No, Si. Uso de lentes de protección No, Si. Aparatos protectores para la audición No, Si. Bastón No, Si. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente?_____ ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No, Si. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? No, Si. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?:

En el trabajo No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Escuela: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Casa: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Otros lugares No, Si. ¿Cuáles? _____

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No, Si. ¿Cuál es la causa? _____

Observación:

10. Comunicación

Idioma materno ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, Si. ¿Cuál? Vista _____ oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto _____ ¿Afectación verbal? No, Si. Especifique: _____

Tipo de carácter: Auto-percepción: Optimista _____ Pesimista _____

Realista _____ Introverso _____ Extroverso _____ Otro _____

¿Tiene dificultad para? Comprender No, Si. Aprender No, Si. Concentrarse: No, Si. Lectoescritura: No, Si. ¿Cómo es la comunicación con su familia?

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

Observación:

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? _____
¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre _____
¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? _____ ¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas? _____

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Prácticas de oración y rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe:

12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? _____
¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No, Si. ¿Cuál? _____
¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No, Si. ¿Cuál? _____
¿Necesita algún cuidado especial? No, Si. ¿Cuál? _____
¿Su limitación es temporal? No, Si. ¿Puede trabajar? No, Si. _____
¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No, Sí. ¿De qué tipo? _____
¿A qué atribuye usted la dependencia? _____ ¿Esto afecta su estado emocional? _____
¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) _____
¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, Si. ¿Cuál? _____
¿Requiere asistencia _____

hospitalaria, institucional o equivalente? Non Si.
¿Cuál? _____ ¿Con que frecuencia logra cumplir
las metas que se propone? _____ ¿A que lo atribuye?

¿Cuáles son sus metas de vida?

Explore:(actitud)

Observaciones:

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse?
Nunca _____ Pocas veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____

¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo?
_____ ¿Qué actividades recreativas
acostumbra realizar usted para divertirse? Cine _____ teatro__ Lectura____ TV
_____ Música ___ Baile ___ Fiesta _____ Reuniones con amistades y
familiares_____ Otros_____ ¿Con
qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente
pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca _____ Pocas veces _____ Casi siempre
_____ Siempre _____ ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No, Si.
¿Qué medicamento le indicaron? _____ ¿Su estado de ánimo influye
para realizar alguna actividad recreativa? No, Sí.

Especifique:

Observación:

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No, Sí . ¿Por qué?_____ ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja _____ Me cuesta trabajo pero sí aprendo_____ Regular_____ Casi no me cuesta trabajo _____No me cuesta ningún trabajo_____ ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura otras personas _____ Televisión _____ Radio _____ Cursos _____ Conferencias _____ Otros _____ ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No, Si. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? No, Si.

Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

Observación:
