



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA, APLICADO A
UNA PERSONA ADULTA MADURA CON DETERIORO DE LA
AUTOIMAGEN SECUNDARIO A LA MASTECTOMIA BASADO
EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
HERNÁNDEZ BONILLA NADIA NAYELLI

NÚM. DE CUENTA:
408032645

DIRECTORA DEL TRABAJO:
LEO.MARIBEL MORALES LANDA

MÉXICO, D.F., 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi gran Institución Universitaria la **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**, de la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por todas las enseñanzas que me forjaron como gran profesional, obteniendo así el mayor objetivo de mi vida, concluir mi camino profesional.

A la **FUCAM A.C**, que me brindó facilidades y apoyo para afinar detalles, así como también, para la realización de este trabajo.

A mi tutor(a) Maribel Morales Landa que gracias a su enorme compromiso y apoyo incondicional como asesora fue instruyéndome con gran liderazgo y responsabilidad en el desarrollo de este trabajo como parte de la conclusión de mi carrera profesional.

A Dios, al supremo dador de vida, de quien me siento instrumento útil, que con su grandísima luz fue conduciendo mi camino hasta llegar a su culminación, y gracias a los dones que nos da fui perseverante para el término de mi carrera.

DEDICATORIAS

A mis Padres: José Inés Hernández Martínez (+) y Yolanda Bonilla Padilla, quienes desde pequeña sembraron en mí esa esencia suya de ser una persona en busca de la superación personal y profesional, viéndose reflejado en la entrega a mi carrera observándose así tales frutos.

A mis Hijos, que con su apoyo incondicional fueron ese pilar por quien es mi intención superarme y así lograr una de mis grandes metas.

A mis Hermanos, Gracias por su paciencia y por estar en este momento tan importante en mi vida

Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. JUSTIFICACIÓN	7
III. OBJETIVOS	8
3.1 GENERALES.....	8
3.2 ESPECÍFICOS	8
IV. METODOLOGÍA.....	9
V. MARCO TEÓRICO	11
5.1 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.....	11
5.2 GENERALIDADES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	13
5.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	22
5.4 CÁNCER DE MAMA.....	31
5.4.6 CUIDADOS PALIATIVOS.	36
VI. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA BASADO EN EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON	38
6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO	38
6.2 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	39
6.3 ESCALA DE KARNOFSKY	44
6.4 DESCRIPCIÓN DEL CASO DESDE EL PARADIGMA DE ENFERMERÍA	46
6.5 PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS.....	47
VII.- PLANEACIÓN DEL CUIDADO	50
7.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	50
VIII.- PLAN DE ALTA	68
8.1 GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA LOS FAMILIARES. ..	71
IX.- CONCLUSIONES.	76
X.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	78
XI. ANEXOS.....	81
11.1 Mastectomía	81

11.2 Radioterapia	82
11.3.- Quimioterapia.....	83
11.4. - Instrumento de valoración.	84
11.4.- Dieta	94
11.5.- Ejercicios Propuestos para mejorar la movilidad	96

I. INTRODUCCIÓN.

El Presente Proceso de Atención de Enfermería fue realizado en la Fundación de Cáncer de Mama (FUCAM), en el servicio de Quimioterapia.

Se plantea una descripción metodológica del proceso de atención de enfermería, así como, para cada una de sus etapas, al igual que se hace referencia a Virginia Henderson, teórica de enfermería, se realizó una descripción de su teoría así como de las 14 necesidades del ser humano planteadas por ella, que fueron la base fundamental de este trabajo. Se describe el caso de una paciente adulta madura con diagnóstico de cáncer de mama, la valoración, recolección de datos heredofamiliares, así como el proceso de formación de diagnósticos, y las intervenciones pertinentes por cada diagnóstico y un plan de alta.

El objetivo de este Proceso de Atención de Enfermería (PAE) me sirvió como guía para entender y enfrentar las adversidades con los pacientes de este diagnóstico, en el cual desarrolle cuidados profesionales, mismos que se estudiaron durante mi formación académica y aplicaron para contribución en el pronto restablecimiento de su salud.

II. JUSTIFICACIÓN

La alta incidencia de cáncer de mama en mujeres de 20 a 49 años a nivel mundial ha sido una causa de alarma en los diversos países, una pronta atención significaría la diferencia entre la vida y la muerte. Al ser una enfermedad que es la tercera causa de muerte en mujeres en nuestro país y el primer lugar en neoplasias malignas.¹ Es importante crear una base científica para el actuar enfermero en este tipo de padecimiento. La Norma Oficial Mexicana establece que la autoexploración debe realizarse a partir de los 20 años, el examen clínico después de los 25 años y la mastografía de los 40 a los 69 años de edad, al menos cada dos años, mientras que para las mujeres mayores de 70 años la mastografía se realiza bajo indicación médica ante antecedentes heredofamiliares.

Asimismo se pretende que este trabajo contribuya al mejoramiento de la salud de una paciente con cáncer de mama, actuando de manera oportuna en todas aquellas necesidades que se encontraron con alguna alteración o con un riesgo, aplicando los cuidados e intervenciones que con ello mejoren la calidad de vida de la paciente, priorizando en todo momento la autonomía, la privacidad, y su independencia. Con ello logrando así crear conocimiento que justifique el actuar enfermero en casos específicos y generales con pacientes con cáncer de mama.

¹ INEGI[En línea] Principales causas de Muerte en México 2012, [Fecha de Consulta Enero 2016] Disponible en www.inegi.gob.mx



III. OBJETIVOS

3.1 GENERALES

Realizar un Proceso de Atención de Enfermería holístico, humanístico, fundamentado y eficiente; a una paciente con diagnóstico de cáncer de mama basado en el modelo teórico de Virginia Henderson.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Realizar la valoración de las 14 necesidades que Virginia Henderson para identificar las necesidades funcionales y disfuncionales
2. En base a la valoración analizar y desarrollar diagnósticos de enfermería reales, potenciales y de beneficio.
3. Planear las intervenciones de enfermería jerarquizando las necesidades y/o problemas del paciente en estudio.
4. Ejecutar los cuidados, enfocadas a mejorar el estado de la paciente
5. Evaluar los resultados obtenidos, para verificar y comprobar si los objetivos fueron logrados, y nuestro paciente mejoro su estado de salud.

IV. METODOLOGÍA

El Proceso Atención de Enfermería presentado en este trabajo requirió el apoyo de múltiples referencias bibliográficas, así como base de datos de páginas WEB (Portal de la OMS, INEGI, Portal INCAN, normas oficiales de la secretaria de salud, etc.), para poder estructurar la introducción, la justificación y el marco teórico.

El estudio de caso se realizó a través de la herramienta metodológica el proceso atención de enfermería como guía clásica científica que nos permite dar orden, continuidad y evaluación al cuidado enfermero.

La selección de este caso de estudio se llevó a cabo durante el periodo de trabajo en el FUCAM, en el servicio de quimioterapia, teniendo la oportunidad para proporcionar cuidados a una paciente seleccionada con el diagnóstico de cáncer de mama y metástasis pulmonar, y conocer la evolución a partir de los cuidados y tratamientos realizados.

Se realizó entrevista directa para recolección de datos, el uso del expediente clínico y la exploración física para elaborar el presente proceso de atención de enfermería. Se basó en la filosofía de Virginia Henderson y sus 14 necesidades humanas, logrando así la obtención de datos que contribuyeron a la formación de diagnósticos de enfermería real y potenciales con los cuales se elaboró un plan de intervenciones a lo largo de la estancia de la paciente por el servicio.

Se manejó la información como un factor preponderante en el establecimiento del plan de cuidados. La interrelación con el personal de salud fue la clave para poder establecer un plan de cuidados científicamente respaldado y fundamentado. Trabajo interdisciplinario

La evaluación de los resultados fueron realizados mediante la Valoración de la paciente con cáncer de mama.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Año 1500 D.C, siglo XV, corre el tiempo y es la edad media cuando se organizan las órdenes monásticas, formándose la orden de las hermanas agustinas; consideradas la primera orden de enfermería, cual era puramente sanitarista, creada por el servicio público.

Más tarde el surgimiento de la reforma protestante, el interés por la iglesia y la religión decae gradualmente y da origen al periodo oscuro de la enfermería, donde la atención del enfermo se declina a mujeres inmorales sin ninguna preparación para ejercer como enfermera, dedicándose estas a las labores domésticas hospitalarias cubriendo jornadas de 12 a 40hr, los hospitales eran insalubres y denigrantes, desapareciendo este periodo a mediados del siglo XIX; y es así como en los años de 1854-1856 en la guerra de Crimea surge Florencia Nightingale, considerada hoy en día piedra angular de la enfermería por dirigir sus esfuerzos a la conversión de la enfermería en una profesión respetada.²

Florencia Nightingale fue la primera investigadora de enfermería hizo grandes aportaciones al campo de la estadística social, consideraba que para que una estadística fuera útil debería estar en uso y además poseer la característica de ayudar al establecimiento de medidas preventivas que apoyan al bienestar general y la salud del hombre.³

² Atewell, A, *Perspectivas: Revista trimestral de educación comparada*, UNESCO, Paris, Vol. XXVIII n1, marzo 1998, págs. 173-178

³ Idem.

Para entender la naturaleza de los cuidados de enfermería se requiere volver a situarlos dentro del único contexto que le da todo sentido, su significado real: el contexto de vida y de muerte al que el hombre y los grupos humanos enfrentan todo los días en el desarrollo de su existencia.

Cuidar es primero y ante todo, un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permite que esta continúe y se reproduzca.

Cuidar es un acto individual que no se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiene que dar a cualquier persona que, temporalmente o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad. La curva de los cuidados que tiene que ser necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a la infancia y a la adolescencia.

De acuerdo al objeto de estudio en este trabajo los cuidados son meramente esenciales para contribuir a la satisfacción de sus necesidades vitales, para que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse y desplazarse así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando y manteniendo la imagen del cuerpo, por lo tanto todos estos cuidados serán centrados en el sujeto ya que por sí solo no podrá realizar estas actividades que contribuyan a su independencia.

En conclusión a lo largo de la historia el cuidado ha estado presente en todas las etapas del ser humano, desde un cuidado básico y primitivo hasta un cuidado profesional impulsado por el avance científico y tecnológico, apoyado en lo más reciente en cuanto a investigación se refiere, el cuidado es el acto de dar vida.

5.2 GENERALIDADES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Entender la aplicación del Proceso Atención de Enfermería dentro de la profesión, amerita el conocimiento de los orígenes de esta herramienta metodológica para afirmar con certeza que respaldo científico muestra dicha herramienta.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de atención de enfermería (P.A.E). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

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

1. Valoración
2. Planeación
3. Ejecución

Yura y Walsh (1967), establecieron 4 etapas:

1. Valoración
2. Planificación

3. Realización
4. Evaluación

Estas teóricas establecen una definición de P.A.E definiéndola como: “Una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería. Este propósito es el de conservar el estado óptimo de salud del cliente y en caso de cambiar este estado, proporcionar la cantidad y la calidad de los cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud el P.A.E debe contribuir a la calidad de vida del usuario, aumentando los recursos durante el máximo tiempo posible.

Bloch (1974), Roy (1975), Apinall (1976) y algunos autores más, establecieron las 5 actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El P.A.E es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de 5 etapas que conocemos hoy en día:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

Existe en la actualidad distintas definiciones del P.A.E. Alfaro (2005) lo define como: “Método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados”.

Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza el profesional de enfermería con un orden específico con el objetivo que la persona que necesite de dichos cuidados reciba los mejores cuidados, respaldados científicamente lo que le da

mayor validez a nuestras acciones y más brillo a nuestra profesión.

Objetivo del PAE.

Es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Así como también identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales, familiares y comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad. ⁴

Características

- Tiene una finalidad que se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de salud.
- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

⁴Rosales, R. *Fundamentos de Enfermería, teorías y modelos*, Ed. Interamericana, Mc. Graw-Hill, ed, 2ª, España.

Ventajas:

La aplicación tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, profesionalmente, el PAE define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el cliente es el beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; con el cual se produce un aumento de la satisfacción así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- » Participación en su propio cuidado.
- » Comunicación en la atención.
- » Mejora de la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- » Se convierte en experta.
- » Satisfacción de trabajo.
- » Crecimiento profesional.

Etapas del Proceso Enfermero

Valoración.

Esta es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de la salud del usuario, familia y comunidad.

Se realiza mediante la entrevista y un examen para reunir la información y asegurarse de que se dispone de las “piezas” necesarias para tener una imagen clara de la salud de la persona.

La valoración que realiza la enfermera del usuario(s) tiene que ser total e integradora por lo que se debe de seguir un enfoque holístico; es decir, un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.⁵

⁵ Rodríguez B, *Proceso Enfermero: aplicación actual*, ed. 2ª. México, p 120

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera.

Independientemente del modelo teórico a utilizar. Se utilizan tres técnicas principales para obtener información durante la valoración de enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, exploración física (palpación, percusión y auscultación) y la observación que nos lleven a identificar problemas con el estado de salud del paciente. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de cuidados.

La clave para una buena valoración física es ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil.

Identificación de los datos subjetivos y objetivos: Separar la información en datos subjetivos (lo que la persona dice verbalmente o por escrito y datos objetivos (lo que usted observe) ayuda al pensamiento crítico porque cada parte de la información complementa y clarifica la otra. Los datos objetivos apoyan los datos subjetivos: los que usted observa confirma lo que dice la persona.

La organización o agrupación de los datos, es un principio del pensamiento crítico que refuerza la capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud. Ayuda a empezar a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud.

Diagnóstico.

Segunda etapa del proceso enfermero, la palabra diagnóstico puede significar dos cosas: a) el proceso de analizar los datos y unir las claves relacionadas para emitir juicios sobre los



problemas de salud (la habilidad para diagnosticar se requiere mediante la educación, la práctica y la aplicación de los principios del pensamiento crítico), o b) el resultado del proceso diagnóstico.

Diagnostico enfermero: Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable (NANDA, 1994).

Factor relacionado: Algo que sabe que está asociado a un problema de salud específico (p.ej. una historia de caídas frecuentes está relacionado con el riesgo de lesión).

Factor de riesgo: Algo que se sabe que causa o contribuye a un problema específico (p.ej., disminución de la visión es un factor relacionado con el riesgo de lesión).

Etiología: Algo que se sabe que causa una enfermedad o problema. Los términos factor de riesgo y etiología con frecuencia se emplean indistintamente.

Diagnóstico de riesgo (potencial): Problema de salud que se puede desarrollar si no se toman medidas preventivas.

Diagnóstico de salud: Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de salud a otro mayor.

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- Etiqueta descriptiva o título: Descripción concisa del problema (real o potencial).

- Definición: Significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es lo sugerente. Son los signos y los síntomas principales siempre presentes en el 80 al 100% de los casos.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que puede influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Planificación.

En esta parte del proceso se lleva la toma de decisiones y la resolución del problema fase sistemática y deliberada. La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continúa hasta que finaliza la relación profesional de enfermera-paciente, habitualmente cuando el centro de asistencia de alta del paciente.

La planificación de los cuidados incluye:

- » Determinar las prioridades.
- » Establecer los objetivos esperados.
- » Determinar las intervenciones enfermeras.

En la planificación se busca:

1. Establecer prioridades respecto de los problemas detectados. Establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las

necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o.

2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Describir los resultados esperados.

3. Elaboración de las actuaciones de enfermería. Determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer la realidad los objetivos.

En esta fase se realiza un planteamiento de objetivos los cuales sirven para:

- » Dirigir los cuidados.
- » Identificar los resultados esperados.
- » Medir la eficacia de las actuaciones.

Los que se pretende con los objetivos de las actuaciones de enfermería es establecer que se quiere conseguir, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿cuánto?

Esto nos lleva a realizar actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.

Ejecución

La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- » Continuar con la recogida y valoración de datos.
- » Realizar las actividades de enfermería,
- » Anotar los cuidados de enfermería existentes en diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- » Dar los informes verbales de enfermería.
- » Mantener el plan de cuidados actualizado.

Establecer prioridades diarias.

Marcar prioridades durante la ejecución requiere aplicar los mismos principios que en la planificación. Una guía para ello puede ser planteamiento de las siguientes preguntas:

¿Qué problemas deben resolverse hoy y que sucederá si los dejara para más tarde?

¿Qué problemas debo controlar hoy y que sucedería si no los controlase?

Para lograr los objetivos generales de cuidados, ¿Con cuáles puedo trabajar hoy de manera realista?

Valorar y Revalorar.

Para garantizar la seguridad del usuario se debe controlar de cerca las respuestas a las intervenciones para determinar la adecuación del plan de cuidados.

Crear un documento legal:

Es comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud involucrados en el tratamiento del cliente. Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.

Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

La evaluación crítica, evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados del usuario- es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados de salud.

La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del usuario y maximizar el valor de la provisión de los cuidados de la salud.

Considerar los tres tipos de evaluación proporciona un examen general del manejo de casos:

1. Evaluación de los resultados: Se centra en los resultados u objetivos de los cuidados.
2. Evaluación del proceso: Se centra en cómo se brindaron los cuidados.
3. Evaluación de la estructura: se centra en el entorno en el que tiene lugar los cuidados.

5.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

La teórica Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, pasando por su infancia y adolescencia en Virginia.

Durante la guerra mundial, Henderson desarrolló su interés, por la enfermería, en 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington, D.C. se graduó en 1921 aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York.

Tres factores la condujeron a compilar su propia definición de enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del comité de la conferencia regional de la National Nursing Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de investigación en la American Nurses Association (ANA) sobre la función de la

enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más, más que como una teoría, la describió como una síntesis de diversas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Esta teórica incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermería como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez y vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “La única función de la enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría si ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.⁶

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión que en 1955, hizo junto con Harne de la obra *The Principles and Practice of Nursing*, de esta última.

⁶ Henderson V, *La naturaleza de la Enfermería*, Ed. Interamericana, Madrid, España, 1994.p 127

De acuerdo a esta teoría la persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a su completar lo que falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento y voluntad, así como ayudarle a morir dignamente.

La salud es una cualidad de la vida es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer necesidades básicas, pero aplicando esta teoría con el estudio de caso el sujeto de estudio no está apto para satisfacerlas por sí mismo por lo cual la función de la enfermera será de sustituta para complementar su satisfacción de necesidades.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas.

Las actividades de las enfermeras que realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería elaborados de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Elementos fundamentales de su modelo.

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermero a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas que comprenden los “cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Las 7 primeras necesidades están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde las 12ª y la 14ª relacionadas con la auto actualización.

Las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson son:

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

Metaparadigma de Virginia Henderson:

El metaparadigma es el componente abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio; esto no incluye creencias, valores individuales y particulares de la cultura o grupos; tienen alcance internacional lo cual permite aplicarse a cualquier medio.

Este modelo hace una propuesta teórica de cuatro conceptos principales y subconceptos, tales como: persona, ambiente, salud y enfermería.

Persona.

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Entorno.

Estudia la relación que mantiene los factores ambientales y socioculturales. Se concibe como el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivientes que influyen sobre la vida y el comportamiento del ser, de modo que este representa su espacio virtual, su mundo. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud.

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción de la vida.

Es el estado fugaz y dinámico influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales, que mantienen la integridad de la persona tanto en el entorno interno como externo a través de la capacidad adaptativa. Es la situación en la cual todas las partes y subpartes se encuentran en armonía con el individuo a su totalidad.

Enfermería.

“La única función de la enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría si ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.⁷

Según Henderson, la persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades, derivado del concepto de salud de esta autora como independencia dependencia, siendo por tanto necesario determinar el la valoración la independencia dependencia, de la persona en relación a todas y cada una de las necesidades. Para lo cual, la autora ofrece los constructos siguientes:

Independencia: satisfacción de las 14 necesidades mediante las acciones adecuadas que la persona realiza por ella misma o que otros hacen en su lugar de acuerdo a su edad, etapa del desarrollo o situación de salud.

- Manifestaciones de independencia: conductas o indicadores de conductas que la persona u otra que hace en su lugar, que resultan adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa del desarrollo o situación de salud.

⁷ *Teorías y Modelos. Compilación*, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, 1998.

Dependencia: insatisfacción de una o de varias necesidades básicas como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes que realiza la propia persona o que otra hace en su lugar según la edad, etapa del desarrollo o situación de salud.

- Manifestaciones de dependencia: conductas o indicadores de conductas que la persona u otra que hace en su lugar, que resultan erróneas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas en la actualidad o en el futuro, de acuerdo con su edad, etapa del desarrollo o situación de salud. Las manifestaciones de dependencia se concretan en lo que se desarrolla como fuentes de dificultad.⁸

La fuente de dificultad que este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

a) Los conocimientos se refieren a la situación, de salud, como manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo.

En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

b) La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz.

La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

⁸ García A, Del Rey C, Palazuelos P, de Bustos ML. *El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería*. Educare21 2004,p156

En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

c) La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y porque hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.⁹

Estas se clasifican en 4 grupos:

1. De orden físico: Atentan la integridad física y pueden representarse de varias formas: insuficiencia, desequilibrio, sobrecarga del organismo, etc.
2. De orden psicológico: Atentan la integridad del yo. Comprenden los sentimientos, las emociones los estados de ánimo, o del intelecto.
3. De orden sociológico: Atentan a la integridad social (relación con el medio y con el entorno).
4. De orden cultural: Atentan al conocimiento sobre la salud.¹⁰

Supuestos Principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, para evaluar las

⁹ Álvarez G., Arkáute E. y col, *Guía de Práctica Clínica, cuidados Críticos de enfermería*, Hospital Txagorritxu.

¹⁰ M. Santo Tomas. Uva. *Fundamentos históricos y Teóricos de enfermería: Modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson*.

necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables requiere de ayuda para conseguir independencia.

La salud es la calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe de formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones

a) Relación enfermera- paciente.

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es el que realiza su propio cuidado.

b) Relación enfermera –médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente a la de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

c) Relación enfermera- equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas. Henderson utilizo el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las quince necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

5.4 CÁNCER DE MAMA

5.4.1 Definición

El cáncer de mama es el crecimiento anormal de células malignas en el tejido mamario y sus alrededores.

5.4.2 Epidemiología

El cáncer de mama es la neoplasia más diagnosticada entre las mujeres.¹¹

Existe un crecimiento progresivo en su incidencia, siendo este aumento más significativo entre las mujeres de menos de 40 años. Aproximadamente una de cada ocho mujeres será diagnosticada con cáncer de mama a lo largo de su vida y una de cada 30 morirá por esta causa.¹²

En nuestro país el cáncer de mama se encuentra entre las primeras causas de muerte, para ser más precisos se encuentra en el tercer lugar después de las enfermedades isquémicas del

¹¹S. Farsi A, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. Ed. Mc Graw Hill, 17ª ed. Beijing, 2008, 2539

¹² CTO, *Manual CTO de Medicina y Cirugía para el ENARM-México*, Ed. CTO, 2a ed, México, 2016. pp50

corazón y la diabetes mellitus. En el 2013 el INEGI registro 5 548 decesos por esta enfermedad.¹³

5.4.3 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo son múltiples, aunado a la calidad de vida en países en vía de desarrollo que imposibilita un diagnóstico oportuno y una rápida atención. Ciertos factores hormonales y reproductores así como estilos de vida, dieta y el ambiente están relacionados con el riesgo. Además de antecedentes familiares o personales de esta neoplasia, los historiales de enfermedad benigna de la mama son otro factor predisponente.

Dos genes BRCA-1 y BRCA-2 parecen ser responsables de más de la mitad de los cánceres de mama hereditarios.¹⁴

Exposición al Factor Hormonal. Se considera que el cáncer de mama es hormonodependiente, con concentraciones incrementadas y duración de la exposición a estrógenos relacionados con riesgos aumentados. En las mujeres posmenopáusicas, por ejemplo, las concentraciones séricas elevadas de estrógenos se correlacionan con riesgo aumentado. Se sabe que ciertos factores hormonales y reproductivos confieren también aumento en el riesgo. Éstos incluyen menarca temprana, menopausia y nuliparidad tardías o mayor de 30 años de edad al nacimiento del primer hijo.¹⁵

Estilo de Vida. La obesidad afecta el riesgo para padecer cáncer de mama en forma diferente en mujeres pre y posmenopáusicas. En las premenopáusicas, la obesidad está relacionada con ciclos menstruales más largos e incremento de los ciclos anovulatorios,

¹³ Portal del INEGI INEGI[En línea] Principales causas de Muerte en México 2012, [Fecha de Consulta Enero 2016] Disponible en www.inegi.gob.mx

¹⁴Idem

¹⁵Chabner B, Harrison: *Manual de Oncología*, Ed Mc Graw Hill, 1ed, España, 2010, pp 59

resultando en menos exposición total a los estrógenos y riesgo más bajo de padecer cáncer de la mama. En las posmenopáusicas, en las cuales la fuente principal de los estrógenos es el metabolismo en tejidos periféricos, la obesidad se asocia con concentraciones séricas más altas de estrógenos disponibles, y en consecuencia hay riesgo aumentado. La relación entre el ejercicio y riesgo para el cáncer de la mama permanece no aclarada.¹⁶

Ambiente. El factor ambiental más fuerte para el cáncer es la radiación ionizante. Dosis moderadas a elevadas de radiación ionizante al tórax a una edad temprana como la que se aplica para el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin es un factor de riesgo importante. El riesgo más alto parece ser en los individuos expuestos durante los años prepuberales y puberales.¹⁷

5.4.4 Diagnóstico.

El cáncer mamario se diagnostica con más frecuencia por biopsia de una masa palpable o una anomalía por medio de mamografía. Se debe iniciar pronto el trabajo diagnóstico definitivo para cualquier anomalía mamaria y seguirse hasta su resolución. Es importante recordar que las lesiones unilaterales en hombres deben valorarse de forma similar a las mujeres, y que las masas en una mujer embarazada o lactante no deben atribuirse automáticamente a cambios hormonales y debe recibir pronta valoración diagnóstica. En presencia de un ganglio mamario persistente, la exploración física sola o una mamografía normal no pueden excluir una enfermedad tumoral. Se recomienda por lo general la inclusión de una mamografía como parte de la

¹⁶Idem

¹⁷Idem

valoración de una masa palpable en la mama de cualquier mujer de 30 años de edad o más para valorar además otras lesiones clínicamente ocultas en la mama.

La valoración quirúrgica, por lo general comprende aspiración con aguja fina (FNA), biopsia con aguja o biopsia excisional de la lesión sospechosa. Es importante recalcar que la mamografía negativa no excluye al cáncer mamario. Para cualquier mujer menor de 30 años de edad, la valoración inicial se hace por exploración física y ultrasonido, seguida por biopsia guiada por ultrasonido o referencia.

5.4.5 Tratamiento

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

Mastectomía Radical: La mastectomía radical es el procedimiento quirúrgico más extenso y ya no se realiza. La mama se remueve junto a los músculos pectoral mayor y menor y algo de piel subyacente (cuando menos 4 cm a cada lado del sitio de biopsia) y se hace resección en bloque de todo el contenido axilar, incluyendo los ganglios linfáticos más allá de la vena subclavia.

Mastectomía Radical Modificada: En ésta se remueve toda la mama e incluye disección axilar, en la cual se incluyen los ganglios linfáticos axilares niveles I y II. A la mayoría de las mujeres con cáncer invasor del seno se le hace mastectomía radical modificada.

Mastectomía simple o Radical: En la mastectomía simple o total se remueve toda la mama y una pequeña cantidad de piel, pero no se quitan los ganglios linfáticos. (Ver Anexo 1)

Radioterapia: La radioterapia se administra después de la quimioterapia y puede también estar indicada luego de la mastectomía. La intención de la radioterapia es erradicar la enfermedad residual subclínica y minimizar las tasas de recurrencia locales. Está indicada en todos los subgrupos de mujeres con cáncer de mama aun en la enfermedad de riesgo más bajo con las características más favorables (p. ej., tumores de bajo grado, ER+, tamaño pequeño), la radiación a toda la mama produce reducción significativa (alrededor de 75%) en la tasa de recurrencia local independientemente del uso de terapia adyuvante. Los efectos colaterales comunes incluyen fatiga y efectos tóxicos en la piel. (Ver Anexo 2)

Quimioterapia: La quimioterapia adyuvante beneficia a las mujeres pre y posmenopáusicas, aunque el beneficio es mayor en las más jóvenes. La revisión del 2000 de EBCTCG5¹⁸ concluyó que la administración adyuvante de dos o más agentes quimioterapicos:

- En las mujeres menores de 50 años de edad, la quimioterapia reduce el riesgo de recaída por 37% y la muerte 30%. Esto resulta en 10% de mejoría absoluta en 15 años de supervivencia.
- En mujeres de 50 a 69 años de edad, la quimioterapia reduce el riesgo de recurrencia en 19% y la muerte en 12%. Esto resulta en mejoría absoluta en supervivencia de 3% a 15 años.
- En mayores de 70 años, son inciertos los beneficios de la quimioterapia porque pocos estudios incluyen a mujeres de esta edad.

Inhibidores de la aromatasa: para mujeres posmenopáusicas. Algunos estudios clínicos al azar en mujeres posmenopáusicas con cánceres de mama con receptores hormonales positivos

¹⁸ Farsi A, y otros. Harrison Principios de Medicina Interna. Ed. Mc Graw Hill, 17ª ed. Beijín, 2008, 2754p

mostraron que el uso adyuvante de los inhibidores de la aromatasa, antes o después del tamoxifeno, es superior al tamoxifeno solo o placebo en términos de supervivencia libre de enfermedad y tasas de cáncer de mama contralateral. Se debe considerar el uso de un inhibidor de la aromatasa ya sea antes o después del tamoxifeno en todas las posmenopáusicas con cáncer de mama y receptores hormonales positivos.

Trastuzumab Alrededor de 20% de los cánceres mamarios sobreexpresa la proteína HER2/neu. El trastuzumab es un anticuerpo monoclonal anti HER2/neu humanizado que mejora la tasa de respuesta y supervivencia en mujeres con cáncer de mama metastásico y sobreexpresión de HER2/neu. La adición de trastuzumab a la quimioterapia adyuvante mejora de manera significativa la supervivencia libre de enfermedad y general en mujeres con cáncer de mama localizado y sobreexpresión de HER2/neu. (Ver Anexo 3)

5.4.6 CUIDADOS PALIATIVOS.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos (como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida).¹⁹

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento así como brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su

¹⁹ Organización Mundial de la salud portal en internet, *Cuidados Paliativos*, Disponible en <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>, consultado el 15 de Abril 2016

bienestar así como el de su familia.²⁰ Los cuidados paliativos normalmente se aplican a pacientes que cursan con enfermedades terminales que se encuentran fuera de un tratamiento médico o en enfermedades muy graves que cursan con tratamientos que prolongan la vida.

Los principales objetivos de los cuidados paliativos pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. El manejo de los síntomas que ponen en una situación de sufrimiento al paciente y/o a sus familiares.
2. Establecer las metas de tratamiento de acuerdo a las preferencias del paciente para con su vida.
3. Mantener la comunicación entre el paciente, su familia o cuidadores y todo el equipo médico involucrado en el tratamiento de su enfermedad.
4. Proporcionar apoyo psicosocial y espiritual al paciente y a sus familiares.

En México no se tienen suficientes datos sobre qué porcentaje de pacientes requiere este tipo de cuidados, en Canadá menos del 10% de las familias tienen acceso a unidades de cuidados paliativos, en tanto que en España se calcula, que solo uno de cada tres pacientes que fallece por cáncer recibe asistencia paliativa adecuada durante los últimos meses de su vida.

En México en la década de los 60's surgió la medicina del dolor, a partir de entonces se han desarrollado centros especializados en el manejo del mismo así como instituciones de salud mexicanas aunadas al compromiso de insertar servicios de

²⁰ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, *¿Qué son los cuidados paliativos?*, Disponible en <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cuidadosPaliativos.html>

manejo del dolor en los hospitales del sector salud. El 3 de Julio de 1990 en el Diario Oficial de la Nación aparece la norma terapéutica número 329 para la organización, fundamento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer. La reforma de la ley general de salud en materia de cuidados paliativos publicada en el diario oficial de la federación el 5 de enero del 2009 adiciona un título VIII BIS brindándole carácter de obligatoriedad.²¹

VI. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA BASADO EN EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenina de 48 años de edad, peso 56kg, altura 156 mts. Originaria y residente de la Ciudad de México, con escolaridad de primaria terminada, ama de casa que profesa religión católica.

APNP: Habita en casa propia tipo urbana, cuenta con todos los servicios básicos, agua potable, luz, drenaje, (5 habitaciones, 4 habitantes), zoonosis positiva, baño y cambio de ropa diarios, aseo bucal 3 veces al día, alimentación adecuada en frecuencia y cantidad.

²¹ Consejo de Salubridad General, *Cuidados Paliativos, evidencias y recomendaciones*, México 2010, p. 9

APP: Quirúrgicos: 2 cesáreas, a los 17 y 30 años respectivamente. Hipertensión arterial sistémica de 4 años de evolución, Alergias negadas, transfusiones negadas, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negadas

PA: Inicia su padecimiento actual con autodetección de nódulo en mama derecha en 2014, se realiza ultrasonido cuyo resultado en piel y tejido subcutáneo denota un proceso inflamatorio en todos los cuadrantes. Acude a hospital particular donde se diagnosticó cáncer de mama derecha etapa clínica IIIA. Inicia con tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, posteriormente mastectomía radical modificada derecha. Actualmente cursa con progresión locorregional de la enfermedad y probable avance de enfermedad a fémur.

Signos Vitales: F.C. 85 por minuto

T.A 120/80 mm/hg

F.R. 18 por minuto

Temperatura: 36°

6.2 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

Identificación de datos subjetivos y objetivos en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Necesidad	Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Grado de Dependencia
Oxigenación	Sin alteración	Inspiración- expiración normales, sin	Independiente.

aleteo nasal ni
 retracción
 xifoidea,
 saturación del
 96% al medio,
 frecuencia
 respiratoria 17
 por minuto.

Alimentación e Hidratación Refiere no tolerar alimentos par de días después de su quimioterapia. Mareos, náuseas posteriores al tratamiento de quimioterapia, poca tolerancia a alimentos condimentados. Dependiente

Eliminación Sin Alteración Movimientos Peristálticos presentes, adecuado ritmo, evacuaciones presentes una vez al día, eliminación urinaria variable dependiente de la cantidad de Independiente

			líquidos ingeridos a lo largo del día, coloración amarilla clara, olor suigeneris.	
Termorregulación	Sin Alteración	Temperatura corporal 36.1°	Independiente	
Movilidad y Postura	Hormigueo y dolor en mano derecha, brazo y hombro limitado en movilidad, poca capacidad para levantar cosas pesadas.	y y torácico derecho, dolor del tipo incapacitante, punzante por lapsos de tiempo, linfedema en tratamiento, deambulación sin ninguna dificultad.	Dependiente	
Higiene y Protección de la piel	Sin Alteraciones	Baño y cambio de ropa diarios, aseo bucal 3 veces por día, piel limpia, hidratada, cicatriz en	Independiente	

pecho
afrentada y
completamente
cicatrizada.

Descanso	Y	Dolor que	Horas de	Dependiente
Sueño		incapacita el sueño por lapsos	descanso de aproximadamente 6 horas por presencia de dolor punzante en miembro torácico derecho, linfedema.	

Vestirse y Desvestirse	Sin Alteración	La paciente no presenta dificultad para hacer el cambio de ropa diario	Independiente
-------------------------------	----------------	--	---------------

Evitar Peligros	Sin Alteración	No existe riesgo de daño	Independiente
------------------------	----------------	--------------------------	---------------

Comunicación	Dificultad para expresarse adecuadamente, no habla con personas cercanas a ella	Poca interacción de la paciente con su medio, dificultad para expresar emociones y sentimientos.	Dependiente
---------------------	---	--	-------------

Creencias Valores	Y	Sin Alteración	La paciente profesa su religión libremente, acude regularmente a su iglesia.	Independiente
------------------------------	---	----------------	--	---------------

Trabajo Realización	Y	Refiere que en la actualidad no trabajo debido al miedo al rechazo, dificultad para mover ambos brazos, constantes citas al médico, rechazo de la imagen	Verbalización de molestia, dificultad en la movilidad secundaria a proceso inflamatorio, rechazo a la propia imagen que propicia al miedo y desconfianza.	Dependiente
--------------------------------	---	--	---	-------------

Participar en diversas formas de entretenimient o	en	No le gusta asistir a eventos, acude a actividades familiares, ni a eventos realizadas por la fundación	Depresión, aislamiento social secundario a su padecimiento, rechazo a presentarse en público, miedo	Dependiente
--	----	---	---	-------------

	donde se atiende.		
Aprendizaje	Conoce su enfermedad pero desconoce que tratamientos van a seguir, desconoce el pronóstico de su enfermedad, le gustaría aprender más sobre su padecimiento.	Verbaliza su ansiedad, miedo al no saber cuál es el tratamiento que sigue, miedo a la muerte.	Dependiente

(Ver Anexo 4)

6.3 ESCALA DE KARNOFSKY

La escala de Karnofsky mide el grado de independencia del paciente oncológico cursa durante su enfermedad.

Categorías	Grado	Actividad
Generales		
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad Normal, Sin evidencia de enfermedad.
	90	Actividad Normal. Signos Y Síntomas leves de

		enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	60	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus enfermedades.
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización,	40	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
	30	Severamente Incapacitado. Indicación de Hospitalización

probable avance rápido de la enfermedad		aunque no hay indicios de muerte inminente
	20	Gravemente Enfermo. Necesita asistencia activa de soporte.
	10	Moribundo
	0	Fallecido

Puntaje Obtenido: 60.

6.4 DESCRIPCIÓN DEL CASO DESDE EL PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Persona:

La persona es una mujer adulta de 48 años de edad. Consciente y orientada, cooperadora en todos los aspectos, profesante de religión católica, acude a menudo a su templo. Presenta deterioro de su imagen debido a que existe un rechazo de su percepción ante ella y los demás como consecuencia del tratamiento de su padecimiento.

Salud:

La paciente cursa con cáncer de mama, y metástasis pulmonares, también probable avance de enfermedad al sistema nervioso central, de acuerdo a las valoraciones realizadas se identificó que la paciente cursa con un cuadro de depresión secundario a mastectomía radical, y un grave deterioro de la autoimagen que genera aislamiento social, cursa durante los periodos de quimioterapia náuseas, e inapetencia secundaria a esta. Además de dificultad para movilizar miembro derecho.

Cuidado:

El cuidado está presente en la paciente, acude adecuadamente a sus citas y a su tratamiento de quimioterapia, aplica el autocuidado, aunque desconoce lo que sigue en su enfermedad debido a que nadie le ha explicado, por lo demás no hay ningún otro problema

Entorno:

Residente de la Ciudad de México convive con su familia en una casa propia, presencia de mascotas en casa, no existe exposición a humo, habita en un medio urbanizado donde están presentes todos los servicios. Aislamiento social, no acude a eventos hechos en la institución donde están tratándola además de eventos familiares.

6.5 PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS

De acuerdo a la evaluación del instrumento de valoración realizado a la paciente, además de la escala de independencia de Karnofsky, así como al interrogatorio directo a la paciente se dieron estos diagnósticos de enfermería de acuerdo a la prioridad que estos tienen al estado de salud.

Diagnósticos Reales:

1.- Dominio 6: Autoimagen

Clase 1: Autopercepción

“Perturbación en la identidad personal”

Diagnóstico:

“Deterioro de la autoimagen y la percepción relacionado con prejuicios, situación en crisis, alteración en el rol social, manifestado rechazo a la imagen corporal, relaciones inefectivas.

2.- Dominio 7: Roles/Relaciones

Clase 3: Desempeño de Rol

“Deterioro de la Interacción Social”

Diagnóstico:

“Deterioro de la Interacción social relacionado con trastorno del autoconcepto, limitación física, manifestado por interacciones disfuncionales con los demás, discomfort en situaciones sociales”

3.- Dominio 12: Confort.

Clase 3: Confort Social

“Aislamiento Social”

Diagnóstico:

“Aislamiento Social relacionado con alteración en el estado físico, incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias, manifestado por inseguridad en público, temor, sentimientos de rechazo”

4.- Dominio 4: Actividad/Descanso

Clase 2: Actividad/Ejercicio

“Deterioro de la movilidad Física”

Diagnóstico:

“Deterioro de la movilidad física relacionada con proceso inflamatorio, restricciones en la movilidad, manifestado por dolor, disminución en la movilidad, discomfort”

5.- Dominio 4: Actividad/Descanso

Clase 1: Descanso/ Sueño

“Deprivación del Sueño”

Diagnóstico:

“Deprivación del sueño relacionado con disconfort físico, dolor, manifestado por fatiga, malestar, ansiedad y aumento de la sensibilidad al dolor”

6.- Dominio 1: Promoción de la Salud

Clase 2: Gestión de la Salud

“Gestión Ineficaz de la propia Salud”

“Gestión Ineficaz de la propia salud relacionado con déficit de conocimientos, percepción de barreras, manifestado por verbalización incapacidad de realizar los tratamientos prescritos, deseo de manejar la enfermedad, ansiedad.

Diagnostico Potencial

7.- Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort Físico

“Náuseas”

“Riesgo de nauseas relacionado con tratamiento quimioterapico”

Diagnóstico de Beneficio

8.- Dominio 10: Principios Vitales

Clase 2: Creencias

Disposición para mejorar el bienestar espiritual

9.- Dominio 7: Rol/Relaciones

Clase 2: Relación Familiar

Disposición para mejorar los procesos familiares

VII.- PLANEACIÓN DEL CUIDADO

7.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Necesidad Alterada: **Recreación**

Diagnóstico: “Deterioro de la autoimagen y la percepción relacionado con prejuicios, situación en crisis, alteración en el rol social manifestado por rechazo a la imagen corporal, relaciones inefectivas”

Objetivo: Generar un entorno de confianza con el cual la paciente elimine el mal concepto que tiene sobre su imagen corporal, lograr que la interacción de la paciente con su entorno sea satisfactorio y aunado a eso eliminar la crisis que la aqueja y que la ha llevado a tener la necesidad de recreación alterada.

Intervenciones:

- Generar una cita con un profesional capacitado que le brinde apoyo emocional y ayuda a la paciente. (Cita con la tanatóloga de la institución)
- Generar una red de autoayuda con la participación de pacientes que tienen el mismo padecimiento que la paciente.
- Crear un entorno de confianza con la paciente para que exprese sus sentimientos.
- Generar red de Apoyo Familiar
- Ayudar a la paciente en la forma de solucionar el problema
- Potenciación de la imagen corporal.

Justificación:

- Es importante que la paciente acuda con un profesional dedicado al cuidado de la salud emocional para que la paciente pueda expresar sus sentimientos y reciba un

tratamiento adecuado a su problema, generando confianza en sí misma a lo largo de las sesiones y con ello la paciente muestre más confianza.

- Está comprobado que el apoyo de pacientes con una misma enfermedad propicia en las pacientes un estado de bienestar debido a que pueden expresar sus experiencias desde el punto de vista que tienen cada una de ellas de su tratamiento al igual que genera una red de ayuda entre ellas.
- Generando un entorno de confianza con la paciente se logra que esta exprese sus sentimientos, sus miedos y emociones, sus dudas sobre lo que sigue en su tratamiento al igual que con ello pueda tener un desahogo que significará mayor confianza para sobrellevar su tratamiento.²²

Ejecución: Se llevaron a cabo las actividades planteadas en las intervenciones, durante la estancia de la paciente en el servicio de quimioterapia se pudieron hacer estas intervenciones.

Evaluación: Se pudieron lograr los objetivos que se plantearon durante las intervenciones y aunque el proceso es gradual la paciente empezó a reconocer su cuerpo y aceptar de mejor manera su condición, aunado a que actualmente acude a los eventos realizados por la fundación, la red de apoyo creada a partir del convivio de la paciente con sus demás compañeras

²² Red De apoyo emocional para pacientes con cáncer, disponible en: <http://www.cancerquest.org/index.cfm?page=3765&lang=spanish> consultado el 22-04-16

contribuyo a que la paciente encontrara compañeras que cursaran con el mismo proceso de la enfermedad y así poder entender que no era la única persona enferma.

Puntuación Diana:

Escala

No demostrado (1)

Poco demostrado (2)

Demostrado (3)

Muy Demostrado (4)

Puntaje al Inicio 2, puntaje obtenido luego de las intervenciones 3

Necesidad Alterada

Recreación

Diagnóstico: “Deterioro de la Interacción social relacionado con trastorno del autoconcepto, limitación física, manifestado por interacciones disfuncionales con los demás, discomfort en situaciones sociales”

Objetivo: Lograr mediante las intervenciones planteadas que la paciente pueda relacionarse en cualquiera de los medios en los que esté presente al igual que las situaciones sociales no le genere incomodidad.

Intervenciones:

- Generar una red de autoayuda con la participación de pacientes que tienen el mismo padecimiento que la paciente.
- Apoyo a la paciente en su autoimagen
- Potenciación de la Autoestima
- Potenciar la socialización

Justificación:

- Está comprobado que el apoyo de pacientes con una misma enfermedad propicia en las pacientes un estado de bienestar debido a que pueden expresar sus experiencias desde el punto de vista que tienen cada una de ellas de su tratamiento al igual que genera una red de ayuda entre ellas
- Al apoyar a la paciente con su autoimagen generara la confianza para relacionarse en eventos de todo tipo

Ejecución: Mediante el grupo de autoayuda la paciente descubrió que existen más pacientes con su padecimiento y que con ello también han cursado con su enfermedad al igual que ella, durante su estancia en el servicio de quimioterapia se pudo entablar conversación con la paciente apoyándola en su imagen mediante la intervención de voluntariado que la apoyo con material que contribuyo a la paciente a lograr mayor seguridad.

Evaluación: El grupo de ayuda logro en alguna medida que la paciente reconociera su cuerpo y viera que no es la única con cáncer, la imagen que tenía la paciente de ella mejoro al utilizar material que le genero una percepción diferente.

Puntuación Diana:

Escala

No demostrado (1)

Poco demostrado (2)

Demostrado (3)

Muy Demostrado (4)

Puntaje al Inicio 2, puntaje obtenido luego de las intervenciones 4

Necesidad Alterada

Comunicación

Diagnóstico: “Aislamiento social relacionado con alteración en el estado físico, incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias, manifestado por inseguridad en público, temor, sentimientos de rechazo”

Objetivo: Mediante estas intervenciones lograr que la paciente mejore su autoestima y con ello lograr que las relaciones sociales mejoren, al igual que pueda estar y acudir a eventos públicos en la institución donde se está tratando su enfermedad”

Intervenciones:

- Red de Apoyo Familiar
- Generar una cita con un profesional capacitado que le brinde apoyo emocional y ayuda a la paciente.
- Apoyo del grupo de voluntariado de la institución para crear evento que sean interesantes para la paciente
- Potenciar autoestima
- Potenciar la interacción social
- Potenciar la religiosidad y con ello la interacción social en este tipo de eventos religiosos.

Justificación:

- La familia juega un papel importante en la salud de las pacientes, mediante el vínculo familiar se reafirman lazos y uniones y con ello se mejora considerablemente el estado de salud de la paciente contribuyendo a que esta exprese sus sentimientos, al igual que mejore su

autoestima, pudiendo así que esta se relacione de mejor manera con las personas que se encuentran a su alrededor.

- Es importante que la paciente acuda con un profesional dedicado al cuidado de la salud emocional para que la paciente pueda expresar sus sentimientos y reciba un tratamiento adecuado a su problema, generando confianza en sí misma a lo largo de las sesiones y con ello la paciente muestre más confianza.
- Al crear eventos que puedan significarle un aprovechamiento a la paciente esta saldrá de su aislamiento y tendrá la oportunidad de convivir con personas que se encuentran en su misma institución, evitando el rechazo que creía tener por las demás personas, logrando así entonces su reincorporación a la vida social

Evaluación: Se logró que se creara el apoyo de la familia que contribuyo en el mejoramiento del estado anímico de la paciente, se concertó la cita con el personal adecuado, la paciente expreso sus sentimientos, sus miedos, y al igual que el voluntariado pudo crear eventos generales que fueron de interés para la paciente la cual acudió a estos y con ello se evitó el aislamiento.

Puntuación Diana:

Escala

No demostrado (1)

Poco demostrado (2)

Demostrado (3)

Muy Demostrado (4)

Puntaje al Inicio 2, puntaje obtenido luego de las intervenciones 3

Necesidad Alterada:

Movilidad y Postura.

Diagnóstico:

“Deterioro de la movilidad física relacionado con proceso inflamatorio, restricciones en la movilidad, manifestado por dolor, disminución en la movilidad, discomfort”

Objetivo: Lograr que con las intervenciones la paciente logre movilizar de mejor manera el miembro y a su vez que disminuya la inflamación y el olor, y permita realizar sus actividades cotidianas.

Intervenciones

- Indicar a la paciente los ejercicios que debe realizar para minimizar el edema así como también mejorar la movilidad del miembro afectado. (Ver Anexo 4)
- Valoración de la escala de EVA del dolor así como uso de analgesia según lo prescrito.
- Recomendación y uso de manga compresiva.
- Explicar a la paciente las actividades que puede realizar y cuáles no, así como los cuidados que debe llevar para evitar que se brazo se inflame y duela debido a un mal cuidado.

Justificación:

- Los ejercicios mejorarán la movilidad del miembro afectado logrando así que la paciente pueda moverlo y aunado a eso apoyando a disminuir la inflamación causada por su mismo padecimiento.

- Es importante realizar una correcta evaluación de la escala del dolor de la paciente para así determinar el uso de los medicamentos previamente prescritos por el médico para el control del dolor, con esto evitamos que la paciente este con sobremedicación.
- La manga compresiva favorece el retorno de la linfa de los miembros a los demás ganglios y a toda la demás cadena ganglionar, al ser una paciente con cirugía de mastectomía y retiro de ganglios este retorno linfático se ve disminuido por lo tanto el uso de una manga compresiva según lo indicado favorecerá al retorno de este líquido evitando así inflamación y dolor.
- Al explicar a la paciente los cuidados y recomendaciones que debe llevar para evitar la inflamación en brazo generan en ella seguridad y confianza y de esta manera evitara hacer actividades que por desconocimiento pudiera haber hecho

Evaluación: De acuerdo a todas las sugerencias elaboradas y las intervenciones realizadas con la paciente se pudo lograr que disminuyera ligeramente la inflamación del miembro afectado, las recomendaciones que se le dieron de manera verbal y escrita fueron aceptadas y la paciente las sigue tal cual fueron explicadas, comenzó a hacer uso de la manga compresiva que disminuyo la inflamación y el dolor que la aquejaba, por lo tanto el uso de la analgesia fue utilizado solo en los casos en que la paciente refería mucho dolor.

Puntuación Diana:

Escala

Grave (1)

Sustancial (2)

Moderado (3)

Leve (4)

Ninguno (5)

Puntaje al Inicio 2, puntaje obtenido luego de las intervenciones 4

Necesidad Alterada:

Descanso y Sueño

Diagnóstico:

“Deprivación del sueño relacionado con discomfort físico, dolor, manifestado por fatiga, malestar, ansiedad y aumento de la sensibilidad al dolor”

Objetivo: Mediante las intervenciones favorecer el descanso de la paciente y con ello evitar los síntomas de un mal sueño.

Intervenciones:

- Crear un entorno tranquilo para favorecer el sueño y el descanso
- Establecer una Rutina Nocturna
- Técnicas de Respiración y Relajación
- Evitar alimentos y bebidas que contengan cafeína.
- Musicoterapia.
- Evitar ejercer presión sobre el área afectada mediante el uso de almohadas de soporte.
- Uso de analgesia según lo Prescrito

Justificación:

- Recomendar medidas de confort a la paciente que puede realizar en casa con el fin de que propicie el sueño y el descanso, mediante la creación de un ambiente tranquilo, una habitación ventilada, libre de ruidos. Generar participación de la familia
- La rutina nocturna tiene como objetivo que la paciente genere horarios para dormir, al establecer una hora determinada para dormir el cuerpo se acostumbrara a un tiempo determinado lo que propiciara el sueño y descanso para la paciente, de otra manera existe un descontrol que no favorece el sueño.
- Las técnicas de respiración y relajación ayudaran a la paciente a disminuir su tensión y los problemas generados del día a día y a centrarse en el momento del descanso, una técnica adecuada de respiraciones profundas y constantes le dará en primer lugar la oxigenación necesaria a todos sus tejidos y órganos aunado a eso disminuirá su frecuencia cardiaca, generando así bienestar con lo cual se propicia el sueño y descanso.
- La cafeína es un compuesto que tiene efectos en los principales órganos de nuestros cuerpos, en riñón, corazón pero principalmente a nivel del sistema nervioso central, estimula el sistema nervioso simpático con lo cual nos mantiene alerta, acelera el corazón, dilata las pupilas entre otros efectos por lo cual evita conciliar el sueño.
- La música es una herramienta utilizada en todos los ámbitos para favorecer la autoestima, la calidad de vida, por ello el uso de esta contribuye de gran manera a la relajación de la paciente, y un descanso prolongado, se recomienda que oiga música clásica o relajante.

- Durante el sueño es común que se pierda el control y la percepción sobre los cuidados que se deben llevar en el área afectada, una presión constante generara mayor inflamación y con ello los nervios adyacentes se verán afectados y con ello generara dolor que imposibilitara el sueño, se recomienda uso de almohadas para soporte del miembro afectado y con ello se evitara ejercer presión y con ello genere dolor
- Se recomienda el uso de la analgesia para evitar dolores que pudieran llevar a la paciente a despertarse continuamente, se utilizaran los medicamentos únicamente prescritos por el médico utilizando un horario que sea conveniente para la paciente, priorizando la analgesia por la noche.

Ejecución; Se hizo recomendación de las intervenciones a la paciente, se pudo conseguir un disco de audio con música relajante del agrado de la paciente, y mediante receta se dieron las recomendaciones de analgesia a la paciente para evitar dolor.

Evaluación: Las intervenciones no surtieron el efecto deseado ya que la paciente no concilio el sueño y mantuvo periodos de insomnio, la analgesia ayudo pero no fue suficiente para el control del dolor.

Puntuación Diana:

Escala

Muy Alterado (1)

Poco Alterado (2)

Ligeramente Alterado (3)

Nada Alterado (4)

Puntaje al Inicio 2, puntaje obtenido luego de las intervenciones 3

Necesidad Alterada:

Aprendizaje

Diagnostico:

“Gestión ineficaz de la propia salud relacionada con déficit de conocimientos, percepción de barreras, manifestada por verbalización de dificultad para realizar los tratamientos prescritos, deseo de manejar la enfermedad, ansiedad, miedo.

Objetivo: Educar a la paciente sobre su enfermedad, cuidados y disminuir así su angustia y su ansiedad

Intervenciones:

- Crear un ambiente de confianza para que la paciente pueda expresar sus miedos y angustias.
- Explicar a la paciente lo relacionado con su enfermedad de manera clara mediante el uso de material didáctico para un mejor entendimiento.
- Escuchar a la paciente y resolver dudas que puedan surgir luego de la educación.
- Apoyo familiar para alcanzar objetivos en el tratamiento propuesto

Justificación:

- Al crear un ambiente de confianza mediante la escucha activa²³, observación y empatía la paciente podrá explicar

²³ Escucha Activa. Disponible en: <http://habilidadesocial.com/escucha-activa/> consultado el 24-Abril-2016

y expresar sus sentimientos acerca de su enfermedad, y los miedos que esta le genera propia del desconocimiento del tratamiento a seguir.

- Al explicar a la paciente más sobre su enfermedad se crea confianza de ella con el personal de salud logrando a su vez que exprese sus miedos y sus dudas y pudiendo así ser resueltas de la mejor manera. Con el uso de trípticos, hojas informativas, se informó a la paciente sobre su enfermedad.

Evaluación: Al aplicar estas intervenciones la ansiedad de la paciente disminuyó considerablemente, pudo expresar sus miedos y sus dudas acerca de los tratamientos que siguen en su enfermedad, al igual que con la información que se le proporciono de manera escrita disminuyeron sus temores y miedos. La paciente mostro entonces un interés por continuar con los tratamientos que sus médicos oncólogos le recomendaron.

Puntuación Diana:

Escala

No demostrado (1)

Poco demostrado (2)

Mostrado (3)

Muy Demostrado (4)

Puntaje al Inicio 1, puntaje obtenido luego de las intervenciones 4

Necesidad Alterada:

Riesgo de Alteración en la necesidad de Alimentación e Hidratación.

Diagnóstico:

“Riesgo de náuseas y alteración en la necesidad de alimentación relacionado con medicamento quimioterapico”

Objetivo: Mediante las intervenciones lograr que la paciente no curse con náusea posterior a su tratamiento de quimioterapia.

Intervenciones:

- Elaborar una dieta baja en grasas y evitar alimentos muy condimentados. (Ver Anexo 5)
- Hidratación mediante bebidas frías
- Beber Infusiones y tés para contrarrestar las náuseas.(Té de Jengibre, té de manzanilla, infusión de cascara de limón)
- Técnicas de respiración y relajación
- Uso de medicamentos antieméticos según lo prescrito para disminuir las náuseas.

Justificación:

- Mediante la elaboración de una dieta para la paciente basada en lo recomendado por el plato del bien comer, aunado a la baja cantidad en grasas y alimentos muy condimentados disminuirémos en gran medida las náuseas provocados por los medicamentos antineoplásicos logrando así que la paciente ingiera los requerimientos nutricionales adecuados en su día a día.
- La hidratación es de suma importancia para la salud en general, para los pacientes que cursan con quimioterapia favorece la pronta eliminación del medicamento por la vía renal. La hidratación es de suma importancia, se recomiendan bebidas frías porque generan un bienestar en la paciente aunado al efecto que tiene a nivel nervioso.

- Las plantas y hiervas han sido utilizados durante mucho tiempo para diversas enfermedades y malestares, está comprobado su efecto benéfico, dependiendo el tipo de hierba utilizada es su beneficio a la salud, el uso de infusiones y tés durante el proceso posterior a la quimioterapia tiene efectos favorables en la paciente ya que contribuyen a disminuir las náuseas de manera considerable evitando así el uso de medicamentos.
- Las náuseas son provocadas por los medicamentos quimioterapicos a los que está expuesta la paciente, son generadas en el sistema nervioso central, relajarse y respirar adecuadamente beneficia a la paciente a sentirse más cómoda y sobre todo mediante efecto directo en el sistema nervioso produce serotonina y dopamina, sustancias que disminuyen las náuseas y las contracciones de los músculos lisos encontrados en el esófago, estómago e intestinos.
- El uso de medicamentos antieméticos disminuirá notablemente las náuseas en la paciente debido a su acción en el organismo, y con ello la paciente podrá alimentarse bien.

Evaluación: Luego de estas recomendaciones la paciente desafortunadamente curso con nauseas días después de su tratamiento de quimioterapia, la dieta ayudo en poco y los medicamentos no hicieron el efecto que se esperaba por lo cual las intervenciones propuestas no dieron resultado aun cuando se llevaron a cabo por la paciente de acuerdo a lo explicado.

Necesidad Alterada

Creencias Y valores

Diagnóstico:

Disposición para mejorar el bienestar espiritual

Objetivo:

Mediante las intervenciones se pretende que la paciente mantenga sus creencias con ello mejore su esperanza ante cualquier tratamiento o posible complicación de su enfermedad fomentando en ella un mejor afrontamiento a las situaciones inesperadas.

Intervenciones:

- Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al paciente a clarificar sus creencias y valores.
- Fomentar el uso de recursos espirituales.
- Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del paciente.

- Puntuación Diana:
- Escala
- No demostrado (1)
- Poco demostrado (2)
- Demostrado (3)
- Muy Demostrado (4)
- Puntaje al Inicio 3, puntaje obtenido luego de las intervenciones 4

Necesidad Alterada Comunicación

Disposición para mejorar los procesos familiares

Objetivo: Los familiares juegan un papel importante en el cuidado de la paciente en todos los aspectos, desde el emocional, físico, al igual que todo existe una sobrecarga para los cuidadores primarios que están al cuidado de la paciente en cuestión por ello es importante generar intervenciones con el fin de mejorar el ambiente familiar.

Intervenciones:

- Apoyo al cuidador principal
- Asesoramiento
- Fomento de la implicación familiar
- Fomento de la normalización familiar

Justificación:

- Apoyo al cuidador Principal. Es importante que en la labor familiar en el cuidado de la paciente se involucren a todos los miembros de la familia con el fin de evitar que el cuidador primario sufra una sobrecarga del cuidador²⁴ y con ello genere a este un problema de salud, se generan estrategias adecuando los tiempos de todos los miembros de la familia con el objetivo de lograr que todos se involucren en los cuidados a la paciente.
- Asesoramiento, este es importante ya que los cuidados a la paciente son brindados en casa, por personal que no está calificado en los cuidados especializados de acuerdo a la patología presente en la persona, por ello se debe dar asesorías, aclarando dudas y mostrando al familiar todos aquellos signos de alarma que pudieran poner la vida de la paciente en riesgo.
- Los familiares deben estar al pendiente del cuidado de la paciente, estar inmiscuidos significa mayor participación de estos en las intervenciones necesarias para el mejoramiento a la salud de esta, evitar que el cuidador

²⁴Fernandez,P. et.al. *Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga*, vol 23 no 23, 2011.

primario sufra una sobrecarga de trabajo, y la paciente con ello vera que la familia está involucrada en el mejoramiento a su salud lo que hará que mejore notablemente su autoestima.

- Fomentar la normalización familiar tiene como objetivo lograr un equilibrio en todos los sentidos en la familia primaria de la paciente, es claro que después de un diagnóstico de cáncer a algún miembro la familia se ve afectada en muchas maneras, desde la física hasta la emocional, por ello se tiene que entablar conversación con los familiares con el objetivo de mantener una comunión y apoyo general a la paciente con el fin de que todos se encuentren dentro de esta y apoyándose mutuamente en cualquier decisión que se tome.

Ejecución: Se llevaron a cabo las intervenciones durante las consultas de la paciente a los diversos servicios, llevando un seguimiento de ellas y de los familiares que la acompañaron durante estas. Se les dio información a los familiares sobre los posibles efectos secundarios y signos de alarma.

Evaluación: Desafortunadamente el apoyo familiar se vio mermado debido a que uno de los hijos trabajaba y por ello los cuidados de la paciente recayó en uno de los hijos, afortunadamente no hubo sobrecarga significativa en el cuidador primario.

Puntuación Diana:

Escala

No demostrado (1)

Poco demostrado (2)

Demostrado (3)

Muy Demostrado (4)

Puntaje al Inicio 1, puntaje obtenido luego de las intervenciones 2

VIII.- PLAN DE ALTA

El plan de alta se elaboró de acuerdo a las necesidades que se identificaron en la paciente, todas aquellas dudas que ella expreso de su tratamiento, medicamentos y dieta quedaron resueltos en el plan de alta que a continuación se presenta, se utilizó la nomenclatura CUIDARME que engloba todos aquellos puntos clave del autocuidado de la paciente.

Cuidados: Los cuidados que la paciente va a llevar en casa van a ser el uso de la manga compresiva que de acuerdo al uso y frecuencia de este será totalmente el beneficio a la salud de la paciente en su miembro afectado, los ejercicios para favorecer el retorno del líquido y para mejorar la movilidad en la mano y brazo, evitar el exponerse al calor directo, baño diario de preferencia con agua tibia o templada, evitar cargar más de 2 kilogramos con el miembro afectado.

Urgencia: Aquellos datos de urgencia que deberá atender de inmediato acudiendo al Instituto serán dolor que no cede ante los analgésicos que fueron prescritos en su receta médica, náuseas y mareos que imposibiliten la alimentación aun cuando se tomen las pastillas prescritas para la náusea, vómitos frecuentes, inflamación en la mano afectada, diarrea, temperatura corporal superior a 38°C, dificultad para respirar, taquicardias.

Información: Deberá acudir a su próxima cita en el Instituto, a su quimioterapia programada, hacerse los estudios que le fueron pedidos por parte del médico que lleva su tratamiento, acudir en la hora y día especificados en el formato de muestras sanguíneas

atendiendo a la solicitud anexada donde se menciona el ayuno de 8 horas.

Dieta: La dieta será balanceada, evitando las grasas y alimentos fritos, la carne de puerco, a su vez también evitar irritantes como el picante o el café, el chocolate en una mínima cantidad, alimentos muy condimentados por el fuerte aroma que estos desprenden que podrían causarle una molestia, lo recomendable es la carne de pollo o pescado, si es esto evitar que sean fritos y de preferencia asados sin aceite, se recomienda el ingerir alimentos fríos, nieve de limón que contrarrestará las náuseas que pudiera presentar posteriores a su tratamiento de quimioterapia, se recomienda una dieta basada en quintos, en donde serán 3 comidas y 2 colaciones entre cada comida, abundantes frutas y verduras, ingiera al menos 2 litros de agua para contribuir así a una buena hidratación y a su vez eliminar todos los residuos de medicamento.

Ambiente: Deberá evitar cambios bruscos de temperatura, estar en un ambiente tranquilo y donde se encuentren familiares por si llega a ocurrir o presentar algún síntoma de urgencia antes mencionado, evite el polvo en la mayor medida de lo posible.

Recreación: Es importante no dejar de hacer sus actividades diarias de acuerdo a su estado de salud y como se sienta en el día a día posterior a su quimioterapia, sus actividades podrá realizarlas de manera normal tomando en cuenta las recomendaciones que en el apartado de cuidados le dimos. A su vez inscribirse en las actividades de la institución que se realizan semanalmente para que acuda a ellas.

Medicamentos: Es importante que ingiera los medicamentos según lo prescrito en la receta, el medicamento llamado ondansetron es un medicamento que se utiliza en las náuseas tómelo de acuerdo a la indicación una tableta cada 8 horas en caso de mucha náusea, el ketorolaco es un medicamento que se utiliza para control del dolor, de acuerdo a su valoración del dolor y lo recomendado por el médico tome una tableta cada 12 horas. El paracetamol es un medicamento que tiene varias funciones entre ellas el control de la fiebre, tome uno en caso de fiebre superior a 38° y acuda al servicio de urgencias de esta Institución. No se automedique es riesgoso para su salud

Educación: No olvide los folletos que le fueron proporcionados en esta institución (anexo 1), los cuidados, y la hoja de ejercicios que le fue proporcionada, recuerde las indicaciones, y si tiene dudas escríbalas en una libreta u hoja para que en su próxima cita usted pueda expresarlas y con ello sus dudas sean resueltas.

8.1 GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA LOS FAMILIARES.

Los cuidados paliativos comprenden muchas intervenciones para mejorar la calidad de vida del paciente que se encuentra cursando una enfermedad crónica, independientemente de la gravedad de esta, es importante que ustedes como familiares vigilen cada síntoma que pudieran notar en su familiar, cada aspecto diferente que observaran día con día. El objetivo de esta información es administrarles herramientas para el cuidado de su paciente en un entorno domiciliario, logrando así que la paciente se encuentre en un lugar conocido, cabe recalcar que ante cualquier síntoma que la paciente tenga es importante que acudan al servicio de urgencias del hospital donde han llevado el tratamiento de esta, al igual que es también importante llevar un adecuado control de medicamentos y horarios para así en caso de requerirlo proporcionarles a la paciente la mejor atención.

¿Qué son los cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de PREVENIR y ALIVIAR el sufrimiento así como brindar una mejor CALIDAD DE VIDA posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida.

¿Cuáles son los principales síntomas o molestias a las que se enfocan los cuidados paliativos?

Los síntomas que se tratan en los cuidados paliativos son muy variados y dependen del tipo de enfermedad pero también hay molestias secundarias causadas indirectamente por la misma, el ambiente social y los aspectos psicológicos que la enfermedad en sí conlleva. Estos síntomas incluyen:

- Control del dolor.
- Tratamiento de la depresión.
- Manejo de la ansiedad.
- Tratamiento del delirium (un estado de confusión agudo caracterizado por mucha inatención, incongruencia del pensamiento, alteración de la conciencia y un pensamiento desorganizado).
- Fatiga.
- Disnea (falta de aire).
- Insomnio.
- Náusea.
- Constipación (estreñimiento).
- Diarrea.
- Anorexia (falta de apetito).
- El lidiar con la enfermedad (aspectos referentes a como enfrentar la enfermedad, el entendimiento de la misma, la explicación del paciente hacia su familia y el estrés que puede conllevar toda la situación).
- Aspectos sociales (el impacto de los síntomas sobre el cuidado del paciente y la situación familiar en ese momento)

Dolor.

En los pacientes que cursan con una enfermedad crónica como lo es el cáncer es muy común que en etapas avanzadas el dolor este presente, cerca del 78% del dolor es causado por la propia enfermedad, el 19% por los tratamientos para el manejo y control del cáncer y solo el 3% por causas ajenas al padecimiento.

Actualmente la paciente se encuentra bajo un esquema de analgésicos que aminoran el dolor causada por la inflamación en el brazo, estos fármacos son eficaces y han mantenido el dolor en una escala baja, es importante que pregunten a la paciente ¿Cómo se encuentra? Si hay algún dolor que la aqueje y que los fármacos no puedan controlar, existe una escala muy sencilla que se llama escala de EVA, esta escala mide o cuantifica la cantidad de dolor que la paciente pudiera tener, se mide del 0 al 10 siendo el 0 el puntaje más bajo que denota que no hay dolor alguno, y 10 como el peor dolor, una valoración en casa de la escala dará la información y también que se puede hacer después de realizarla, un dolor superior a 6-7 o superior requiere que la paciente sea llevada al servicio de urgencias, la cara de la paciente también denotara dolor si es que lo hay aun cuando esta les diga que todo se encuentra bien, por ello es importante también la observación.

Nauseas, mareos, vómitos

Las náuseas y vómitos están presentes entre el 6 y 68% de los pacientes con cáncer, es una cifra alta que hay que tomar en cuenta, las náuseas y vómitos son efectos secundarios en muchos de los casos que vienen precedidos de un tratamiento de quimioterapia, radioterapia incluso la cirugía, la paciente cuenta con medicamentos que alivian los síntomas y con ello mejoran el estado de la paciente, los mareos son un síntoma que hay que tomar mucho en cuenta, cuando son constantes, cuando no ceden si la paciente se encuentra acostada, y si vienen acompañados con dolor de cabeza que no remiten ante algún analgésico común (paracetamol, ketorolaco) es importante que acudan al servicio de urgencias refiriendo los síntomas de la paciente.

Estado de conciencia, estado de alerta.

Es importante identificar el estado mental de la paciente, mediante la observación diaria de esta, preguntas sencillas como ¿En qué día estamos? ¿Qué año es? ¿Quién soy? ¿En dónde estás en este momento (El espacio físico)? ¿Quién es el actual presidente? Y algo tan sencillo como su nombre y edad nos dará información si la paciente se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona, si al ser contrario a esto la paciente responde con algo ajeno a lo que se preguntó, o simplemente no sabe que responder es importante que acudan al servicio de urgencias del hospital, al igual que este signo de alarma también sería el que ustedes o el familiar que realiza el cuidado a la paciente la nota con más sueño del habitual, que solo quiera dormir evitando cualquier otra actividad como comer, si se mantiene dormida y no responde al llamado también es importante acudir de inmediato al servicio de urgencias.

Estreñimiento

El estreñimiento está presente en el 65 % de los pacientes con cáncer, es frecuente pero no con ello debería dejarse a un lado, el estreñimiento genera incomodidad en la paciente, le genera distensión (que se sienta muy inflamada) le genera dolor y mucha incomodidad, por ello es importante vigilar este apartado, podemos evitar o tratarlo propiciando la ingesta de fibra o alimentos que la contengan, sobre todo los cereales como el arroz, trigo acompañado de abundante agua, alrededor de 1 litro $\frac{1}{2}$, hacer masajes en la zona abdominal profundos y constantes, si ante estas intervenciones la paciente mantiene su estado, acudan al servicio de urgencias.

Esta breve guía les dará algunas herramientas para actuar en casa y evitar cualquier complicación con la paciente, es importante que cuando acudan a consultas con su familiar se informen más a detalle y ante cualquier duda la expongan con el fin de evitar sesgos en la información que pudiera complicar el estado de salud de la paciente.

El número de FUCAM es 56-78-06-00 y la extensión de hospitalización es la 121.

IX.- CONCLUSIONES.

El realizar este proceso de atención de enfermería me dejó una gran satisfacción desde todos los puntos de vista, desde el lado profesional como Licenciada en Enfermería Y Obstetricia me generó conocimientos en el cuidado de pacientes que cursan con cáncer, el cuidarlos de una manera profesional, ética y sobre todo humana generó en mí la capacidad de atender situaciones de interés para conocer más sobre estos pacientes ya que en la actualidad el cáncer de mama es de las principales causas de muerte en México y a nivel mundial.

A su vez en el lado humano me dejó un gran conocimiento y me hizo reconocer que el trabajar con pacientes oncológicos conlleva una gran responsabilidad y un sentido humanístico que debe ser desarrollado al estar con personas no sólo pacientes, personas que acuden a un tratamiento con miedo y desconocimiento sobre su enfermedad, personas con familia, profesionistas y madres que dejan en nuestras manos su salud, sus emociones, sus miedos, sus ansiedades y que nosotros como Licenciados En Enfermería y Obstetricia estamos capacitados para estar con ellas en todos los aspectos cuidando de su salud de una manera profesional y humanística.

Este trabajo trajo consigo muchos retos, más allá de los mencionados anteriormente me conllevó a estudiar más sobre cáncer, a entender a la persona que está detrás de una paciente oncológica, puedo concluir que aprendí mucho y que la paciente se lleva consigo una gran información sobre su enfermedad, que desafortunadamente algunas intervenciones no tuvieron el fin esperado se logró en gran medida mejorar el estado de salud de la paciente logrando como el objetivo propuesto que se

reincorporara a sus actividades y a actividades que le remuneraban económicamente algo.

X.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ackley B, “*Manual de Diagnósticos de Enfermería, Guía práctica de Planificación de Cuidados*”. ed. 7. Ed. Elsevier. Madrid, 2007. pp. 301-305
2. Beeson P, Walsh Mcdermoth. “*Tratado de Medicina Interna*”. Ed. Interamericana. 13ª ed. México DF, 1977, 2332pp
3. Berkow, R. “*El manual Merck de diagnóstico y terapéutica*”. Ed. Interamericana. 7ª ed. México DF, 2010, 2309 pp
4. Carpenito, LJ. “*Manual de Diagnósticos de Enfermería*”. ed. 9. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana Madrid, 2003 pp 795 -800.
5. Chabner B , *Harrison: Manual de Oncología*, Ed Mc Graw Hill, 1ed, España, 2010, pp 59
6. Cotran, K. “*Patología Básica de enfermedades*”. ed 6 Ed. W.B. Saunders. México, 2000 pp. 300-315.
7. CTO, *Manual CTO de Medicina y Cirugía para el ENARM-México*, Ed. CTO, 2a ed, México, 2016. pp50
8. Donahue P. *La enfermería: la condición del arte en la Historia de la enfermería*, Ed. Doyma; Barcelona, 1998 p.

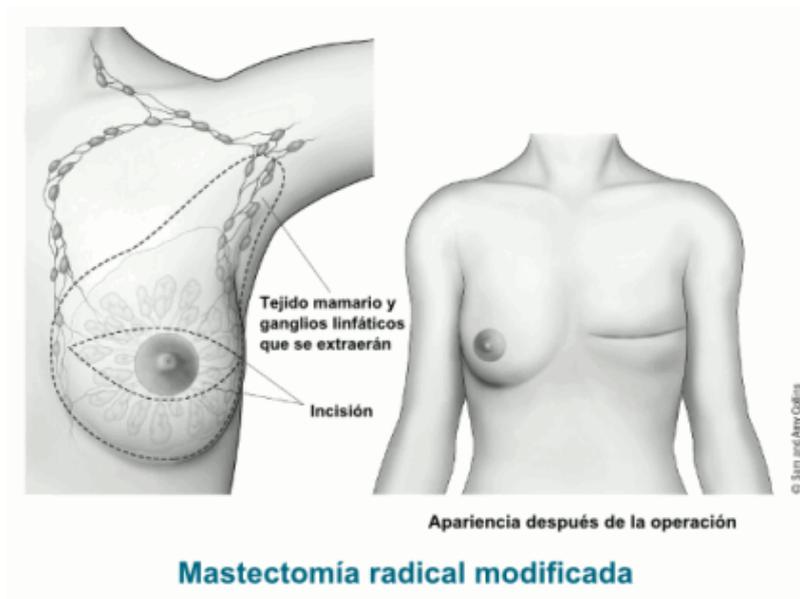
9. Fernández C, “*De la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*”, Ed., MASSON, S.A. 2005, Barcelona PP.500
10. Henderson V, *La naturaleza de la Enfermería*, Ed. Interamericana, Madrid, España, 1994.
11. Kérouac S, “*El Pensamiento Enfermero*” Ed. Masson, S.A. Barcelona, 1996, p.60
12. Kozier B, “*Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y prácticas*”. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 4ª ed, Nueva York, 1993.
13. Marriner A, “*Modelos y Teorías de Enfermería*” Ed. Elsevier, 6ª ed., Barcelona, 2007
14. North America Nursing Diagnosis Association, *Nanda: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014*, Ed Elsevier, 6ª ed. Barcelona 2013
15. Potter P, “*Fundamentos de Enfermería*”. Ed. Elsevier, 5ª ed, Madrid, 2002
16. Farsi A, et al. *Harrison Principios de Medicina Interna*. Ed. Mc Graw Hill, 17ª ed. Beijing, 2008, 2754pp
17. Seymour S. *Principios de Cirugía*. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 7ª ed. México DF, 2003, 2396 pp 2 tomo

18. INEGI [En línea] *Principales causas de Muerte en México 2012*, [Fecha de Consulta Enero 2016] Disponible en www.inegi.gob.mx
19. Instituto Nacional de Cáncer [En Línea] *¿Qué es el cáncer?* [Fecha de consulta enero-febrero 2016] Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es#conjunto-de-enfermedades>
20. OMS [En Línea] *Cáncer* [Fecha de consulta enero 2016] Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

XI. ANEXOS

11.1 Mastectomía

Mastectomía Radical Modificada a la cual fue sometida la paciente. La extensión dependerá de los hallazgos en la cirugía, ganglios con probabilidad de infiltración.²⁵



²⁵ Google Imágenes, Mastectomia, Obtenido de www.google.com/images, consultado el 21 de Abril 2016.

11.2 Radioterapia.

Tríptico con relación sobre efectos secundarios, explicación de que es, alimentación y medidas generales.²⁶

¿Qué es la Radioterapia?

La radioterapia es la utilización de radiaciones para el tratamiento local o regional, con el objetivo de destruir células tumorales causando el menor daño posible a los tejidos sanos.

Síntomas que puedes presentar durante tu Tratamiento

Generales:

- Cansancio
- Irritación y enrojecimiento en la zona donde se está radiando.
- Náuseas, mareos, vómito
- Caída del cabello (sólo en tratamiento de cráneo)
- Irritación en la garganta
- Diarrea (sólo en tratamiento de pelvis)

Cuidados durante el Tratamiento

- No expongas al sol el área tratada
- No uses desodorantes
- No utilices crema en la zona a radiar ni en sus alrededores
- Usa ropa holgada y de preferencia de algodón
- Ingiere muchos líquidos
- Bañarse

Cirugía Reconstructiva

La indicación de Cirugía Reconstructiva dependerá de la valoración que realicen el Cirujano Oncólogo y el Cirujano Plástico.

²⁶ Radioterapia, Documento Obtenido del material didáctico del servicio de Radioterapia, FUCAM 2016

Medicamentos durante el Tratamiento

- Es importante no automedicarse
- Ingiera los medicamentos que tu médico te recete
- Si presentas alguno de los síntomas antes mencionados, deberás comunicarlo al personal de salud



Alimentación

No existe restricción en la alimentación

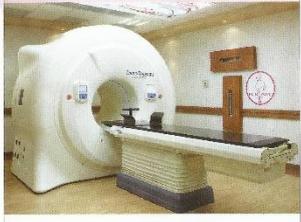
La dieta debe ser balanceada, abundante en frutas y verduras.

Si padeces alguna enfermedad previa al padecimiento actual, la dieta se basará en la recomendación de tu médico.



Instituto de Enfermedades de la mama

Bienvenidas al servicio de Radioterapia




Av. Bordo No. 100
Col. Viejo Ejido de Santa Úrsula Coapa
Coyoacán, D.F. 40980, México

Tel.: (55) 5678 0600 Ext. 200, 206

Lunes a Viernes: 7:30 a 20:00 hrs.

11.3.- Quimioterapia

Hoja con Efectos secundarios, cuidados, signos de alarma. ²⁷

Usted está por iniciar un tratamiento intenso, llamado Quimioterapia que tiene el objetivo de acabar con las células tumorales o malignas.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS MAS COMUNES QUE PODRIA PRESENTAR SON:

Náusea
Vómito
Cansancio
Diarrea
Estreñimiento
Dolor de cabeza
Dolor en piernas
Caída de cabello y vello corporal
Orinar rojo
Resequedad de piel
Sed



SIGNOS DE URGENCIA

Fiebre:	Mayor de 38 grados °C que dure mas de una hora
Sangrado:	a través de la nariz, boca, trasvaginal, en heces u orina
Vómito:	Más de 10 veces en un día
Diarrea:	Más de 10 veces en un día

EN DICHSOS CASOS ACUDIR A URGENCIAS, LAS 24 HORAS DEL DÍA.

Medicamentos que Ud puede tomar:

Paracetamol: 500 mg, 1 cada 8 horas, en caso de dolor
Ranitidina: 150 mg, 1 cada 12 horas
Ondansetrón: 8 mg. (tableta)
1 cada 8 horas en caso de náusea.

Cuidados generales

Baño Diario y aseo dental 3 veces al día.

Comer bien: aunque los alimentos no huelan ni sepan igual, **¡puede comer de todo!** por el cáncer de mama sólo se recomienda NO subir de peso, pero NO HAY alimentos prohibidos, todo debe estar LIMPIO, de preferencia no comer nada crudo.

Si hay sensación de náusea puede tomar 2 cucharadas de nieve (sabor de su preferencia).

Tomar agua: 1 ½ litros más de lo que toma habitualmente para ayudar a eliminar de manera adecuada el residuo de medicamento y con esto los síntomas disminuirán.

Protegerse del sol: con sombrilla y si esta en sus posibilidades comprar bloqueador solar.

Humectarse la piel: además de tomar agua usar crema hidratante para el cuerpo con: aceite de almendras, vitamina E.

Puede:
Hacer de comer: a fuego bajo, se retira y aumentar la flama.
Seguir haciendo sus actividades, si esta muy cansada solo descansar un rato, no permanecer en cama todo el tiempo.
Procure no permanecer en lugares aglomerados, use cubrebocas cuando salga de su domicilio.

NO

- Vitaminas
- Aspirina
- Extracciones dentales
- **ABANDONAR SU TRATAMIENTO**



EDW/LS

11.4. - Instrumento de valoración.

Instrumento de Valoración Basado en el Modelo de las necesidades humanas de Virginia Henderson

Ficha de Identificación:

Nombre: P.M.J

Sexo: Femenino Edad: 48 años

Escolaridad: Primaria: Ocupación: Ama de Casa

Religión: Católica

Interrogatorio Directo

1.1 Estructura Familiar:

a) Estructura de rol

¿Se siente apoyad@ por sus familiares? Si: No:

¿Por qué?

Están al pendiente de ella, aunque cabe destacar que solo es un hijo que la apoya en sus consultas, acude a ellas.

¿Alguien de su familia ha adoptado su rol? Si: No:

¿Por qué?

Su labor es insustituible.

b) Sistema de Valores

¿En la familia existen normas para el cumplir en relación con las obligaciones de la escuela, trabajo y hogar?

Si: No:

¿Cuáles?

Actividades propias de cada integrante de la familia.

Patrón de comunicación:

¿Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos?

Si

¿Estas son respetadas?

Si

2.2 Función Familiar.

a) Función Afectiva

¿Cómo expresa usted sus emociones y sentimientos?

Guarda sus sentimientos por miedo a preocupar a su familia.

¿Con qué frecuencia lo hacen y lo considera?

Ocasionalmente por miedo.

¿Cómo le gustaría que su familia se lo expresara?

Que su familia se sensibilizara en estos momentos de su enfermedad.

¿Qué actitudes y/o sentimientos le gustaría cambiar en su familia?

Comunicación y poder expresar los sentimientos en todos los aspectos.

-Socialización:

Más actividades familiares y apoyo de este.

¿Existe en su dinámica familiar un espacio dedicado a la convivencia?

Si: ___ No: X

¿Comen juntos? Si: X No: ___ ¿Con qué frecuencia?
Ocasionalmente ya que no concuerdan en horarios

¿Comparte la familia las tareas del hogar?

A veces por lo complicado de los horarios.

a) Función económica

¿Quién o quiénes resuelven los gastos familiares?

Hijos, y en ocasiones ex marido

¿Cuenta con los recursos económicos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud? Si: X
No:

b) Características ambientales (entorno físico y social)

¿La vivienda donde convive con la familia es propia?

Si

¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios?

4 habitaciones

¿Tiene cocina y baños independientes?

Si

¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación en su hogar?

Si

Especifique:

Cada habitación tiene ventanas y focos, aunado a la luz solar que se filtra por las ventanas.

¿En su vecindario cuenta con seguridad pública y suficientes medios de transporte?

Si, seguridad pública, vigilancia con cámaras en postes, transporte resulta insuficiente.

¿En su vecindario existen factores nocivos para la salud?

Sí, no hay calles pavimentadas.

¿Algún miembro de la familia pertenece a grupos o asociaciones civiles?

No

Historia laboral:

Cuidaba pacientes (Actualmente ya no lo realiza)

Intereses o pasatiempos:

No realiza (Aislamiento social)

Características familiares:

Familia disfuncional.

Características de su entorno:

Agradable pero con deficiencias

1. Necesidad de Oxigenación

¿Padece algún problema relacionado con la respiración?

Si: No: X

¿Se ha expuesto al humo de leña? No ¿Usted Fuma? No

¿Convive con fumadores? No

¿Ha convivido con aves? No ¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No ¿Tiene usted la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? No

Exposición Física Pulmonar:

Región cardiopulmonar (Ruidos pulmonares, movimientos torácicos) Presentes, movimientos torácicos simétricos, ruidos sin presencia de derrame pleural

Dificultad respiratoria: No Fatiga: No Tos: No

Coloración de la piel: Hidratada, piel morena. Llenado Capilar: 2 Segundos.

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.

¿Qué alimentos consume regularmente?

Frutas, verduras, pollo, pescado.

¿Cuántas veces se alienta al día? 3 Veces.

¿Qué alimentos prefiere? Verduras ¿Qué alimentos le desagradan? Grasas, muy condimentados.

¿Tienes problemas para masticar o deglutir?

No

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos?

Si

¿Cuáles?

Nauseas, por tratamiento post-quimioterapia.

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos?

Por el tratamiento de quimioterapia le dan náuseas y a veces vómitos.

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma en como se alimenta?

No

¿Qué porcentaje económico destina a su alimentación?

30 a 40%

Exploración Física

Peso: 56 Kg. Talla: 1.56 mts Índice de masa corporal: 21.1

3.- Necesidad de Eliminación:

¿Cuántas veces evacua al día? 1 vez. ¿Qué características tienen sus heces? Duras, cafés.

¿Cuántas veces micciona al día?

Variable

¿Qué características tiene su orina? Dependiendo de la cantidad de líquidos que ingiere.

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación?

Ocasionalmente.

¿Padece algún problema relacionado con la evacuación o la micción?

Ninguno.



¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal o urinaria?

A veces cuando está muy nerviosa le da diarrea, pero es ocasional.

Exploración física:

Abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, sin dolor.

4.- Necesidad de Movilidad y postura.

¿Cómo es su actividad física cotidiana?

Con limitaciones, presenta linfedema en brazo derecho, lo que imposibilita muchas de sus actividades diarias.

¿Realiza ejercicio? A veces ¿Qué tipo de ejercicio? Rehabilitación en el brazo, movimientos posturales.

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional?

A veces se siente limitada y se siente mal o triste.

¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura?

Linfedema en miembro torácico derecho

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura?

No (debe usar manga compresiva)

Necesidad de Descanso y Sueño

¿Cuánto tiempo destina a descansar? 6 Horas. ¿Usted descansa durante el día? No

¿Qué hace para conciliar el sueño? Nada

¿Presenta algunas alteraciones del sueño? Si, a veces insomnio

¿Se despierta fácilmente? Si

¿Se levanta durante la noche? Si ¿Por qué? Por el dolor.

6.- Necesidad de usar prendas adecuadas

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse?

No

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI

¿Cómo influye su estado de ánimo en la elección de prendas de vestir? Ocasionalmente usa ropa holgada para evitar dolor en la zona del linfedema.

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir?

Va de acuerdo a la estación del año, si hace calor es ropa ligera, si hace frio ropa para evitar el mismo.

7.- Necesidad de termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura?

Si

¿Presenta alguna alteración de la temperatura?

No

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal?

Ropa de acuerdo al clima.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

¿Con qué frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades?

Diario.

¿El cambio de ropa es? Diario ¿A qué hora del día prefiere bañarse? Noche

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 3 veces

¿Utiliza prótesis dental? No ¿En qué casos se lava las manos? Antes de comer y después de ir al baño

¿Con qué frecuencia realiza el corte de uñas? Cada 8 días

¿Cómo lo hace? Con cortaúñas

¿Necesita ayuda para el aseo personal?

No

9.- Necesidad de Evitar Peligros

¿Cuenta con esquema de vacunación completo? Si. Revisiones periódicas al año. Si

¿Con qué frecuencia se realiza la autoexploración física?

Actualmente con frecuencia, antes no tan seguido.

¿Tiene vida sexual Activa? No ¿Utiliza algún método de protección? No aplica

¿Ha padecido algún tipo de ETS? No ¿Consume o ha consumido drogas? No

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos? No

¿En su casa existe algún problema para que lo ponga en riesgo? Ninguno

¿Conoce las medidas de protección en caso de incendio, temblores, etc.? Si

10.- Necesidad de Comunicarse

¿Con quién vive?

Hijos y nuera

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos, vecinos?

Aislamiento social, no convive con nadie

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No

11.- Necesidad de creencias y valores

¿Tiene alguna creencia religiosa? Católica

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad?

Son para mí un conjunto de ayudas para las personas que los hace sentirse mejor en momentos de soledad

¿Qué es importante para usted en la vida?

La vida misma, mi familia.

¿Qué significa para usted la vida y la muerte?

Un proceso aunque triste natural y necesario

¿Sus creencias religiosas pudieran intervenir en su salud?

Sí, siempre me encomiendo a Dios para todo.

¿Entorno provisto de imágenes religiosas? Si.

12.- Necesidad de trabajo y realización

¿Cuál es su rol familiar? Ama de casa

¿Está satisfecho con el rol que desempeña? Si ¿Por qué? Estoy en familia

¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría? Si, totalmente

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas?

Si

¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar? No (baja autoestima)

¿Con qué frecuencia logra cumplir las metas que se propone?

No tan frecuentemente como ella quisiera

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? Si.

¿Por qué? El linfedema la limita para realizar actividades y aunado a la baja autoestima que presenta que limita las actividades fuera de casa

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas?

No quiere salir

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar para divertirse?

Ninguna, evita convivencia con los demás.

14.- Necesidad de Aprendizaje

¿Padece algún problema que interfiera en su aprendizaje?

No

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos?

Si

¿Ha recibido información acerca de su estado de salud?

Si, aunque nadie le ha explicado

¿Sabe sobre su enfermedad?

Sí, pero muy poco

¿Sabe sobre su tratamiento y sus cuidados?

Algunas cosas solamente

¿Con qué fuentes de apoyo cuenta para el aprendizaje en su comunidad?

Nada, no hay información

11.4.- Dieta

Se menciona la dieta propuesta para la paciente con el fin de evitar problemas en su alimentación, adquiriendo con esta todos los nutrientes necesarios.²⁸

NUTRICIÓN

para el paciente con cáncer



Diarrea

La diarrea se define como la presencia de evacuaciones líquidas o acuosas en un número de tres o más en 24 horas. Este síntoma se debe principalmente al uso de ciertos tipos de quimioterapia, así como a la aplicación de radioterapia a nivel del abdomen y la pelvis. La presencia de procesos infecciosos en el tracto digestivo, pueden favorecer también este síntoma.

Una complicación importante de la diarrea es la deshidratación (pérdida de líquidos y electrolitos) y la mala absorción de nutrientes, lo que contribuye a la pérdida de peso, por lo que es apremiante atenderlo en este estado. Los signos de alarma de deshidratación pueden ser: disminución del volumen de orina, sequedad de boca y piel, no hay lágrimas cuando se llora, sed intensa.^{1,2}

RECOMENDACIONES GENERALES³

- Incrementar el consumo de líquidos para prevenir la deshidratación o administrar por algún suero comercial o suero preparado en casa con: 1 litro de agua + 1 Cda. soperá de azúcar + jugo de limón + 1 pizca de sal y bicarbonato.
- Es aconsejable continuar con la ingestión de alimentos. La dieta que se recomienda llevar durante este periodo evita el consumo de fibra, lácteos y alimentos con alto contenido en grasa.
- En caso de que la diarrea sea muy intensa o dure más de 7 semanas, debe llamarme para adecuar su tratamiento.

ALIMENTOS QUE PUEDE CONSUMIR¹⁻⁵

- Bebidas:** atole sin leche de harina de arroz, té de manzanilla, suero oral, agua natural. El consumo de leche o yogurt deslactosados es a tolerancia de cada persona.
- Cereales y féculas:** pan de caja blanco, bollillo, tortilla de harina, pastas, arroz, galletas sin fibra, papa, camote.
- Huevo cocido o cocinado con poca grasa
- Jamón de cerdo o de pavo
- Pollo sin piel, pescado, res, atún (cocinadas con poca grasa)

- Frutas cocidas:** manzana, pera, durazno, guayaba sin hueso, así como plátano.
- Verduras cocidas:** zanahoria, chayote
- Postres sin leche:** ate, nieve de agua, gelatina de agua.



ALIMENTOS QUE DEBE EVITAR¹⁻⁶

- Leche y derivados, panes y cereales integrales, frutas y verduras crudas, leguminosas (frijol, haba o lentejas), oleaginosas (nueces, almendras, cacahuates), alimentos fritos y/o capeados.

Pierre Fabre

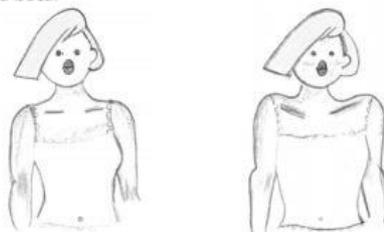
²⁸ Documento Obtenido del Servicio de Quimioterapia, FUCAM 2016

11.5.- Ejercicios Propuestos para mejorar la movilidad²⁹

EJERCICIO N.º 1

- A) Brazos caídos a lo largo del cuerpo.
- B) Subir los hombros hacia arriba. Tome aire por la nariz, lentamente y vuelva a bajarlos.

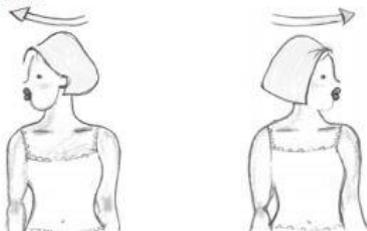
Repetir 10 veces según figura. Respirar cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



EJERCICIO N.º 2

- A) Girar la cabeza a la derecha.
- B) Girar la cabeza a la izquierda.

Repetir 10 veces según figura. Respirar cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.

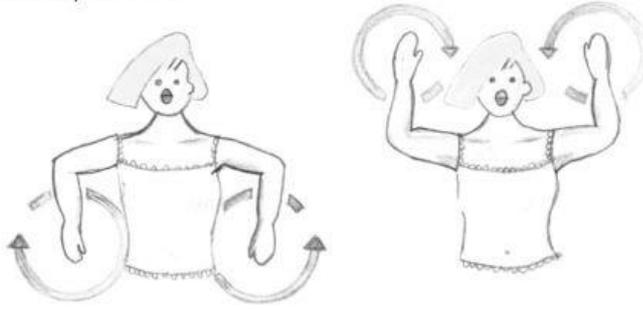


14

EJERCICIO N.º 9

- A) Haciendo ángulo recto, doblando el codo y las manos extendidas hacia abajo, simular fregar cristales. Elevar los brazos y hacer lo mismo por encima de la cabeza.

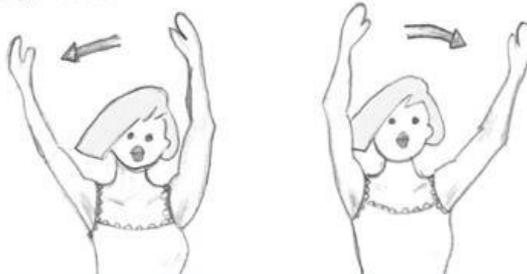
Repetir 10 veces según figura. Respirar cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



EJERCICIO N.º 10

- A y B) Con los brazos elevados por encima de la cabeza, balancearlos hacia un lado y hacia otro.

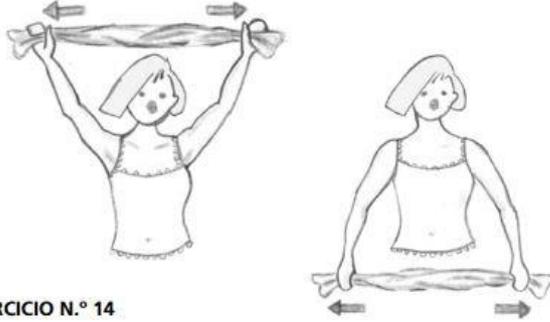
Repetir 10 veces según figura. Respirar cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



EJERCICIO N.º 13

A y B) Con los brazos extendidos, sostener una toalla, tirando de ambos extremos, bajar los brazos con ella y tirar de ambos extremos.

Repetir 10 veces según figura. Respirar cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



EJERCICIO N.º 14

A y B) Seguir con la toalla, con un extremo y otro subir y bajar por la espalda.

Repetir 10 veces según figura. Respirar cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.

