



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



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA MUJER
MACTECTOMIZADA CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:+
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

Rosalba Aguilar Ramírez

No. Cta. 09106315-3

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ**

Ciudad de México. Abril de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a mis padres por una parte a mi madre Margarita Ramírez Arrequin que, aunque desafortunadamente ya no está a mi lado, pero en mi corazón siempre, me encamino por el buen camino del estudio, y a mi padre Miguel Aguilar Garamillo por su apoyo incondicional en los momentos difíciles ya que por la ausencia de mi madre me ayudaba con mis hijos para poder terminar mi carrera por la educación y formación que me dieron muchas gracias.

A mis hijos David Galindo Aguilar, Luis Erick Ramírez Aguilar y María Fernanda Ramírez Aguilar porque siempre han sido mi motor para seguir adelante y cada día por ellos y para ellos por darme la fuerza necesaria para sentirme orgullosa conmigo misma, aunque este camino haya sido un poco largo.

A mi tía Silvia Ramírez Arrequin que por la ausencia de mi madre ha tomado en determinado momento su lugar y también me ha apoyado, aunque a veces con regaños y también económicamente.

A una señora muy querida por mí es como mi madre, abuela, compañera y amiga mi nana María Guadalupe Lara Franco.

A mis hermanos Enrique Aguilar Ramírez y Alberto Isaac Aguilar Ramírez y a mis sobrinas Osiris y Kate.

AGRADECIMIENTOS

A Dios que me permitió terminar mi carrera y supo guiarme por buen camino.

A mis padres por su amor, su apoyo y confianza en mí para salir adelante.

A mis hermanos Enrique Aguilar Ramírez y Alberto Isaac Aguilar Ramírez por el amor que me brindan.

A las personas que me han formado durante este camino y sobre todo a mi profesora y asesora la Dra. Gandhi Ponce Gómez por su gran sabiduría y el transmitirme sus conocimientos ya que por esto he llegado a culminar el desarrollo de mi proyecto para obtener la titulación profesional.

A la Dra. Nancy Estela Uribe Lugo por el apoyo y por guiarme en este proyecto.

A mis compañeros de trabajo Mariana García, Zoar Mahana Millán, los cuales me apoyaron para poder terminar algunos criterios de mi proyecto y sobre todo a mi amigo y LEO Gustavo Alberto Sánchez Luna por su apoyo.

A una gran persona José Luis Lemus Espinoza por su motivación y apoyo siempre de su parte.

A mi tana María Guadalupe Lara Franco por su compañía y su amor incondicional.

A mi Escuela de Enfermería y Obstetricia por la formación que me dio.

A la noble institución del IMSS donde trabajo y que ya con mi titulación me va hacer crecer laboralmente ya que esto, no acaba aquí y ahí poder hacer una especialidad.

MUCHAS GRACIAS A TODOS POR EXISTIR EN MI VIDA

PREFACIO

“Las instituciones y los estudiosos de la salud le han apostado a la cultura de la enfermedad, volviéndose expertos; no le han apostado a la cultura de la salud y la prevención.”

Asociación Corazón Resilente

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS	3
2.1. Objetivo general.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
III.-METODOLOGÍA	4
IV. MARCO TEÓRICO:.....	5
4.1. CUIDADO.	5
4.2. PROCESO DE ENFERMERÍA.....	6
4.3. VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.	10
4.4. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.....	11
4.4.1. VALORACION.....	11
4.4.2. DIAGNÓSTICO.....	12
4.4.3. PLANIFICACIÓN.....	14
4.4.4. EJECUCIÓN.....	15
4.4.5. EVALUACIÓN.....	16
4.5. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON.....	17
4.5.1. NECESIDAD FUNDAMENTAL.....	18
4.6. TIPOS DE DEPENDENCIA.....	19
4.7. FUENTES DE DIFICULTAD.....	20
4.8. FISILOGIA, ANATOMIA Y PATOLOGIA DE LA MAMA.....	21
4.9. CÁNCER DE MAMA	24
4.10. DIAGNÓSTICO.....	25
4.10.1. Radiografía de mama.....	25
4.11. TRATAMIENTO	31
4.12. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	32
4.13. AUTOEXPLORACION DE SENOS	34
V. VALORACIÓN.....	38
VI. PLAN DE ATENCIÓN.....	49
VII. PLAN DE ALTA	60
VIII. CONCLUSIONES.....	60
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61



I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es, tras el cáncer de pulmón, el segundo más frecuente del mundo. En Europa se diagnostican 370.000 casos al año (27,4%)(1). En España se diagnostican en torno a 22.000 casos cada año (cerca del 30% de los tumores en mujeres que se dan en el país), siendo más frecuente el diagnóstico entre los 45 y los 65 años.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres constituyendo el 28% de todos los cánceres, siendo la primera causa de muerte en el sexo femenino a nivel mundial y en México es la segunda causa de muerte con una tasa de mortalidad del 23% en casos hospitalarios, superado sólo por el Cáncer Cervicouterino; se estima que en los países desarrollados, una de cada ocho mujeres puede padecer cáncer a lo largo de su vida.

El cáncer de mama se considera un problema de salud pública con influencia de alta mortalidad en el sexo femenino a nivel mundial ya que las estadísticas según la OMS contabilizan más de 1 millón de casos nuevos al año, declarando el 19 de octubre, Día Internacional del cáncer de mama¹.

Las secuelas de la mastectomía uni o bilateral además de limitación en el movimiento es la alteración de la imagen corporal. La imagen corporal en pacientes con cáncer de mama tiene especial relevancia por su importancia epidemiológica y sus connotaciones psicosociales para las mujeres. En la cultura occidental el pecho de la mujer se relaciona con la sexualidad y el atractivo físico, así como con la maternidad y la lactancia, por lo que para algunas mujeres su pérdida supone también la renuncia a sus deseos de tener hijos²

Actualmente existen varias opciones de tratamiento como son la radioterapia, la cirugía, la terapia hormonal en la cual se encuentra la quimioterapia y por último tenemos la terapia dirigida, el tratamiento del cáncer requiere una cuidadosa selección de una o más modalidades terapéuticas, como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia³. Para la mujer la mastectomía es de gran impacto por el traumatismo físico que deriva al trauma psicológico, experimentando sentimientos de miedo a la enfermedad, a la muerte prematura, y finalmente el temor a enfrentarse ante una vida que va a ser distinta para ella⁴.

El presente Proceso Atención de Enfermería tiene como objeto el planear una atención de calidad que permita a la paciente mejorar su calidad de vida a través de una educación e información detallada de todos secuelas tras la mastectomía; además de estimular la adopción de hábitos saludables para el paciente y mejorar su movilidad en medida de lo posible tras las cirugías. El Proceso Atención de Enfermería es usado como una herramienta metodológica dinámica, flexible, continua y considerando al paciente como un ser bio-psico-social único e irrepetible⁵.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general.

Aplicar el Proceso atención de enfermería a una persona adulta con alteración de la movilidad de ambos brazos con base en el Modelo de Virginia Henderson.

2.2. Objetivos específicos.

- Valorar una mujer adulta en forma holística basados en el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson a través de una entrevista.
- Identificar los problemas reales y potenciales de una mujer posmactetomizada a través de la valoración y los diagnósticos.
- Estructurar un plan de cuidados para su adecuada y oportuna aplicación procurando así el restablecimiento de la salud de la paciente.
- Integrar un plan de alta que considere las oportunidades de la paciente y la familia de continuar la independencia de sus necesidades en su hogar.

III.-METODOLOGÍA

- Se presenta caso clínico llevado a cabo en la comunidad con una femenina de ____ años de edad, la forma que se realizó el presente proyecto fue adquiriendo información de la entrevista y contacto frecuente con la paciente.
- Los medios de recolección de datos: por medio de entrevista, valoración integral cefalocaudal y por valoración de Virginia Henderson.
- Se entrevista a la paciente 8 veces incluyendo INTERVENCIONES de educación para la salud.
- Se establece desde el primer contacto una priorización de necesidades de acuerdo al Modelo de Henderson y los respectivos diagnósticos de NANDA:
- Se fija objetivos de enfermería e INTERVENCIONES; así como una evaluación permanente desde principio y en cada contacto con la paciente.

IV. MARCO TEÓRICO:

4.1. CUIDADO.

Desde el comienzo de la vida se ha presentado la necesidad de cuidar a los ancianos, a los niños y a los enfermos, para lograr que la vida pueda persistir, que los demás pudieran continuar sus actividades y sacar adelante a un grupo o población. No se trataba del oficio o profesión de cuidar, simplemente alguien se preocupaba por otra persona y le brindaba lo que necesitaba.

En general el cuidado tiene dos orientaciones uno es el de preservar la vida para nacer, crecer, reproducirse, y el otro es el enfrentamiento a la muerte, donde indudablemente todo ser humano ha de llegar, causándole a él miedo y a su familia temor y angustia. Es larga la historia del cuidado donde hace su aparición en las aldeas con campesinos, agricultores, cazadores, o hasta en la guerra, donde tuvo vital papel.

También se ha reconocido el papel de la mujer como cuidadora, hasta convertirse en una profesión, que es la Enfermería.

El cuidar es ante todo un acto de vida⁶, de lo que entendemos que se debe promover la salud para continuar la vida, realizar actividades cuando ya esta instalada la enfermedad y prevenir recaídas, donde todas ellas tienen como objetivo el conservar y continuar la vida y por tanto se reproduzca.

El cuidar antes de ser un objeto propio de enfermería, lo es de uno mismo, todo ser humano se cuida a si mismo siempre que se sea independiente, autónomo, aunque de la misma forma aquella persona autónoma brinda cuidados a quien depende de él. La necesidad de ser cuidado es mayor en el recién nacido,

disminuye un poco con la etapa escolar, es mucho menor en la adolescencia y en la adultez, se debe estar preparado para ser autónomo.

Existen los cuidados de costumbre y habituales: “care”, que se refieren a las funciones de conservación y prolongación de la vida; y los cuidados de curación: “cure”, que incluyen aquellos que tratan de restaurar la salud en caso de presentarse fuentes de dificultad.

Brindar cuidados no solamente implica seguir órdenes, o realizar actividades empíricamente, así como el cuidar tiene un fin, se debe buscar la manera mas organizada para brindar esos cuidado, para que el cuidado sea factible de realizar y eficaz para el paciente, lo cual se vea reflejado en la evolución positiva del paciente hacia la independencia, en la disminución del rol de suplencia de la enfermera, con la mayor participación y preocupación de la familia por su paciente, en la comunicación detallada y eficaz con el equipo de salud, etc.

4.2. PROCESO DE ENFERMERÍA.

Como una profesión, la enfermería hoy en día no es un ente empírico, ha evolucionado y creado de forma gradual un cuerpo de conocimientos basándose en investigaciones que incrementan el acervo de su conocimiento y su experiencia.

Los marcos conceptuales y los modelos otorgan un amplio panorama para visualizar a una disciplina en términos claros, explícitos, que sean capaces de justificar nuestro actuar y de orientar tales actividades. Muchas ocasiones

creemos ser conocedoras de nuestra disciplina, sin embargo no para todos o para otros personajes del equipo de la salud así como para el público, esto queda bien claro. Es de este esquema donde se vio la necesidad de dar solidificación a la Enfermería como disciplina⁷.

Debemos de iniciar por aclarar los términos de concepto, modelo, estructura, modelo conceptual y teoría. Un **concepto** es una idea abstracta o imagen mental de los fenómenos de la realidad.⁸ Así tenemos en enfermería conceptos tales como persona, entorno, cuidado, salud que caracterizan a la enfermería de manera particular y significativa, lo que orienta y determina nuestro quehacer, por ejemplo la persona que es receptora del cuidado, el entorno en el que se desenvuelve, el cuidado como nuestro objeto de estudio y la salud como producto de nuestra interacción con el paciente y no solo como un simple objetivo.

Un modelo es un esquema o sistema abstracto de algo que se debe o pretende realizarse, ⁹ es un diseño que plantea pautas de intervención. Un modelo de enfermería en realidad no es la disciplina, su práctica o su cuerpo sino que muestra las características de nuestra disciplina desde el punto de vista de quien lo plantea.

El **marco conceptual** o la estructura es un juego de conceptos y declaraciones que integran los conceptos dentro de una configuración plena de significado¹⁰. Un **modelo conceptual** proporciona una clara y explícita dirección a las tres áreas de la enfermería: la práctica, la educación y la investigación. Una **teoría**, al igual que el modelo conceptual, está formada de conceptos y declaraciones sobre tales conceptos, que pretende dar explicación a los fenómenos que competen a una disciplina en particular, de esta forma la teoría explica los

fenómenos en general, mientras que el modelo conceptual guía de forma mas específica la forma de intervención propia de la disciplina, ambas bajo la visión y análisis de una persona que se ha dedicado a dar explicación al entorno que prevalece en su área de preparación.

La enfermera basa su practica profesional en el **conocimiento de un modelo conceptual** de los cuidados de enfermería. ¹¹Nosotros como profesionales de la enfermería debemos de estar en condiciones de explicar cual es el servicio que prestamos a la comunidad, determinar que es lo específico de ese servicio.

Además de que como enfermeras se deben poseer conocimientos de nuestra competencia. **Estos conocimientos se relacionan en el plano científico, técnico, de relación, el ético y el legal.**

- **Los conocimientos científicos** son elaborados por medio de una metodología objetiva y rigurosa, sirven de base para la comprensión del ser humano en sus dimensiones física, intelectual y afectiva.
- **Las nociones y habilidades técnicas** tienen como objetivo la aplicación de estos conocimientos a los cuidados de enfermería. Estas nociones y habilidades son procedimientos metódicos y ordenados científicamente que ayudan a preservar la salud y combatir la enfermedad.
- **Los conocimientos de relación** estimulan la capacidad de la enfermera para establecer con sus clientes lazos de

relación y para crear un clima propicio o una comunicación cálida y significativa con ellos.

- **Los conocimientos éticos** se relacionan con el conjunto de normas y principios que regulan el comportamiento de la enfermera.
- **Los conocimientos legales** se refieren especialmente a los reglamentos y directivas que contemplan la protección de la enfermera y del cliente, y que se contienen en las leyes.¹²

Como existen diversas visualizaciones acerca de la enfermería, cada teoría lleva el nombre de su autor y refleja su manera particular de concebir la enfermería, por ejemplo, caso que nos compete. Algunas teorías de enfermería son ejemplo *el modelo complementario y suplementario de Virginia Henderson (1966), el de sistemas de comportamientos de Dorothy E. Johnson (1966), la teoría de sistemas abiertos de Imogene King (1981), el modelo de sistemas de Betty Newman (1982), el modelo de autocuidado de Dorothea Rogers (1970 a 1980), etc.*

¿Qué tienen que ver estos modelos con el Proceso de Enfermería?. Los Modelos conceptuales de enfermería resultan abstracciones que se convierten en realidad por medio del uso del Proceso de Enfermería.

La enfermera además de conocer un modelo conceptual, un cuerpo de conocimientos que cimientan su quehacer, también debe conocer el Proceso Científico ligado a los Cuidados de Enfermería.¹³

El Proceso es un instrumento que guía la investigación, conduce a un análisis, provoca la interpretación, da lugar a la planificación y por tanto a la evaluación de los cuidados, ello con el fin de organizar la atención que brinda el cuerpo de enfermería dándole a esta actividad una sólida base científica.

El Proceso de Enfermería es un método racional y sistemático, mediante el cual se plantean y proporcionan cuidados de enfermería. Su meta es identificar las necesidades de cuidados actuales o potenciales para la salud del paciente, con el fin de establecer planes para hacer frente a las necesidades que se identifiquen e intervenir en forma específica.¹⁴

4.3. VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

VENTAJAS PARA EL PACIENTE.

- Calidad en la atención del paciente. La intervención es planeada para cubrir las necesidades individuales del paciente, familia o comunidad, su evaluación continua permite adaptar constantemente nuestra intervención.
- Otorga continuidad en la atención. Un plan de INTERVENCIONES permite al resto del equipo de salud conocer los logros, estadios o retrocesos en la atención del paciente y no puede ser cambiado por simple análisis, debe ser un continuo de la situación del paciente.
- Permite la participación de los pacientes. Al interactuar la enfermera con el paciente, un objetivo es hacerlo partícipe de su cuidado, lo cual lo debe comprometer en su restablecimiento.

VENTAJAS PARA LA ENFERMERA.

- Proporcionan una educación sistemática en enfermería. Hoy en día las escuelas de enfermería tienen el compromiso de orientar su formación en un concepto teórico con el fin de fortalecer la práctica del futuro profesional. Quienes se encuentran laborando día a día les permite fortalecer su esquema de conocimientos por el análisis e investigación.
- Otorga un Desarrollo Profesional. Al evaluar constantemente su intervención permite identificar logros, obstáculos del cuidado, propicia a la investigación y el análisis, el Proceso es susceptible de crítica y mejoría, lo que fomenta el desarrollo profesional.
- Prevención de acciones legales. Hoy en día el registro de enfermería del paciente es un documento médico-legal que permite evaluar la intervención de enfermería y dar soporte cuando se cumple con la atención. Una omisión o documentación errónea puede traer consecuencias legales.
- Calificación y Responsabilidad. El proceso de enfermería da cabida a enfermeras calificadas y responsables para valorar, analizar, planear, ejecutar y evaluar los cuidados del paciente o pacientes asignados.

4.4. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

El proceso de enfermería posee varias etapas ya reconocidas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

4.4.1. VALORACION.

La valoración es la primera etapa del proceso de Enfermería y trata de conseguir y verificar datos con el fin de armar diagnósticos a partir de la información. Antes de analizar los datos es necesario valorar, aunque esta valoración no se realiza

solamente en primera instancia, sino que se debe llevar a cabo durante todo el proceso con el fin de adaptar nuestro plan de intervención a los requerimientos diarios del paciente.

El objetivo de valorar es formar una base de datos acerca del paciente a manera de que tenga información para analizar problemas reales y potenciales en él.

La base de datos abarca desde la Historia Clínica, la exploración física hasta la valoración física de la enfermera y toda aquella información que pueda proporcionar el resto del equipo de salud.

4.4.2. DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se utiliza para distinguir aspectos del paciente que son de interés para el profesional de salud. Se encuentran muchas acepciones para Diagnóstico de Enfermería, entre ellas “que es el juicio o conclusión que se presenta como resultado de la valoración de enfermería” *(Gebble y Lavin 1975). Para Gordon (1976) el diagnóstico describe una relación entre los signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales¹⁵.

Para Henderson se trata no de un Diagnóstico de Enfermería, sino de un Diagnóstico de Cuidado y que es mostrado por un problema de dependencia, junto con lo que causa esa dificultad¹⁶.

El proceso de diagnóstico es un proceso de análisis y de síntesis. Una vez que se seleccionan los datos objetivos, la enfermera debe ser capaz de tomar esa información y clarificar las muestras de manifestaciones de dependencia que hay

en un individuo. A partir de estas informaciones se podrá llegar a deducir el problema del paciente expresado por un diagnóstico de enfermería.

El integrar diagnósticos de Cuidados de Enfermería le permite a ella el guiar su intervención y no perderse en la multitud de datos.

El diagnóstico de enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia, y cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente. Pueden añadirse también factores que contribuyen a la aparición de estas fuentes de dificultad, denominados “elementos etiológicos secundarios”¹⁷

De la misma magnitud que fijar los diagnósticos de enfermería es preponderante priorizarlos ya que de ello dependerá un cuidado integral y eficaz para la salud, recuperación o rehabilitación del paciente. Para priorizar los problemas de dependencia se debe tener en cuenta:

- Una necesidad cuya satisfacción pone en peligro el estado de homeostasia del paciente
- Una necesidad cuya satisfacción entraña un fuerte desgaste de energía.
- De una insatisfacción que puede comprometer seriamente la seguridad del paciente.
- De una necesidad cuya insatisfacción determina un grado importante de dependencia.
- De una insatisfacción de una necesidad que repercute en otras.
- De una necesidad cuya insatisfacción perjudica el confort del paciente.

-
- De una insatisfacción que puede repercutir en la percepción personal de la dignidad del cliente.
 - De una necesidad cuya insatisfacción es importante a los ojos del cliente y para la cual tiene la motivación de actuar.¹⁸

4.4.3. PLANIFICACIÓN.

Se trata de la tercer parte del Proceso de enfermería y consiste en clarificar los objetivos del paciente y los criterios que fijaran nuestros resultados, además de analizar las ideas de INTERVENCIONES necesarias para prevenir, limitar, disminuir o eliminar el problema. En la planeación se incluye la intervención de la o las enfermeras, el paciente, la familia y el resto del equipo de salud con el único objetivo de restablecer a la salud al paciente o en su defecto ayudarlo a morir con dignidad.

Durante la planificación se hace la priorización de necesidades, y en apartados anteriores mencionamos los criterios que la enfermera debe tener en cuenta al visualizar una necesidad vital, una necesidad que repercute en otras, que determina dependencia, que compromete su seguridad, etc.

Planear significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se debe de tomar.¹⁹

Al planear se deben de **definir objetivos** que conscientemente deben ser redactados en función del paciente y no de Intervenciones de enfermería. Por lo que un objetivo del paciente es “una afirmación amplia acerca de un cambio esperado o deseado en su estado después de que es objeto del cuidado enfermero”²⁰.

Un siguiente paso es **definir las INTERVENCIONES**, debemos recordar que según Virginia Henderson el Rol de la Enfermera en un proceso de cuidado es un Rol de Suplencia, es decir que la enfermera suple lo que el cliente no puede hacer por si mismo para satisfacer sus necesidades y corregir su problema de salud. Por lo que analizamos que nuestro rol en un momento dado es alcanzar la independencia del paciente por medio de las INTERVENCIONES de cuidado.

El plan de cuidados de enfermería es una guía escrita en que se organiza información acerca del paciente y se delinear las acciones que debe emprender la enfermera basándose en los diagnósticos identificados y de los objetivos clarificados.

4.4.4. EJECUCIÓN.

La fase de ejecución constituye la etapa en que se llevan a cabo las INTERVENCIONES. Hemos mencionado que los personajes que intervienen en la ejecución van desde la enfermera, el paciente hasta el demás equipo de salud.

De acuerdo con Virginia Henderson el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades.²¹

El grado de dependencia de un paciente puede ser variable, por lo que antes de ejecutar nuestras acciones debemos medir este nivel y ajustar nuestra ayuda a la necesidad del paciente.

A medida que su estado evoluciona favorablemente, la zona de intervención del cliente se va ensanchando, y la zona de suplencia de la enfermera debe irse reduciendo.²²

Cuando se otorgan los cuidados, la enfermera debe aprovechar la oportunidad para comunicarse en forma eficaz, clara y precisa acerca de las Intervenciones que tendrán lugar en él, los cuidados de que él debe responsabilizarse, de sus avances o retrocesos.

También debe llevarse a cabo una Relación de ayuda en que se cree un “clima de confianza, de aceptación, de respeto y aceptación”²³ Muchas veces se ha dicho que una enfermera con mucho conocimiento pero sin humanidad no puede ser enfermera, debe brindar confort, alivio, compasión, apoyar al paciente en sus dificultades, aclarar sus inquietudes, de tal forma que él se preocupe por sí mismo. Si la enfermera no siente preocupación por él, él sentirá menos preocupación por su recuperación. Esto es una relación de ayuda

4.4.5. EVALUACIÓN.

Es la quinta etapa del proceso, y es la parte cumbre en donde se revisa si se satisficieron o no y en que grado los objetivos. Es un cimiento para saber si nuestras INTERVENCIONES de cuidado pueden terminar, si se tienen que ajustar o se deben modificar.

La evaluación del logro de los objetivos sirve para determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, disminuir o eliminar los problemas de salud del paciente. Cuando se alcanzan los objetivos del paciente debemos revisar cuidadosamente ya que los objetivos la mayoría de las veces no se logran al

100%, cuando no se cumplen también se deben revisar ya que alguna intervención de cuidado no ha sido ajustada a las necesidades del paciente.

En realidad la evaluación no es una etapa final ya que todas las etapas son susceptibles de evaluarse, se evalúan los datos al realizar la valoración, se evalúa al elaborar los diagnósticos de enfermería, al igual que al planificar o realizar las INTERVENCIONES, por lo que la evaluación es una etapa interrelacionada con todas la demás del Proceso de Enfermería.

4.5. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON.

Ya hemos mencionado que existen bastantes modelos para reflexionar, todos son susceptibles de ser analizados y contrastados con la realidad. En este caso es importante retomar el Modelo de Virginia Henderson, ya que ella se muestra inclinada hacia indagar sobre las dimensiones psicológica, sociológica cultural y espiritual del ser humano, independientemente de la esfera biológica que en mas de las ocasiones mueve al individuo a estar en un hospital o a recurrir a la asistencia del Equipo de Salud.

Según Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, las cuales debe satisfacer. Ya mencionamos que el intervenir con nuestros cuidados tiene como fin restablecer o conservar la independencia del paciente, y que nuestro rol aquí es el de suplencia.

4.5.1. NECESIDAD FUNDAMENTAL.

Virginia Henderson conceptúa a una necesidad fundamental como una necesidad vital esencial que tiene todo ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.²⁴. Las catorce necesidades enumeradas por Henderson son:

1. **Respirar:** Captación de oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.
2. **Beber y comer:** Ingerir y absorber alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente, para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.
3. **Eliminar:** deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
4. **Moverse y mantener una buena postura:** Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas
5. **Dormir y descansar:** Debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
6. **Vestirse y desvestirse:** Llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimiento.
7. **Mantener la temperatura corporal** dentro de los límites normales: Mantener una temperatura más o menos constante.
8. **Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos:** Conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de que actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

-
9. **Evitar los peligros:** Protección de toda agresión interna o externa, para mantener su integridad física y psicológica.
 10. **Comunicarse con sus semejantes:** Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
 11. **Actuar según sus creencias y valores:** Hacer gestos, actos conformes a su noción sobre el bien y el mal y de la justicia, y de la persecución de una ideología.
 12. **Ocuparse para realizarse:** Llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. La gratificación que recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.
 13. **Recrearse:** Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
 14. **Aprender:** Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud.²⁵

4.6. TIPOS DE DEPENDENCIA.

La dependencia la observamos en el paciente por medio de manifestaciones ya sea objetivas o subjetivas, este cambio es el **problema de dependencia**, el cual debe ser considerado desde el punto de vista de prevención primaria, prevención secundaria o prevención terciaria. En el caso de que existieran factores externos que predisponen al sujeto a presentar un problema, denominamos a éste como un **problema potencial**, aquí obviamente implementaremos actividades de tipo preventivas, de educación para la salud, etc. En el caso de que llevemos a cabo INTERVENCIONES que no limiten o eliminen el problema o necesidad, estamos frente a un **problema permanente o crónico**.

Al observarse necesidades insatisfechas por la presencia de alguna fuente de dificultad, éstas se ven constituidas por signos que se observan de la incapacidad del sujeto para resolver por si mismo a tal necesidad, existe una carencia o debilidad, por ejemplo la incapacidad para comunicarse ante la presencia de un papiloma laríngeo, lo que produce manifestaciones de dependencia que lo puede llevar desde el aislamiento social en sus primeras etapas hasta la restricción de la vía respiratoria por el crecimiento de esta tumoración, poniendo en peligro su vida. La dependencia se lleva a cabo desde el momento en que el cliente tiene que recurrir a otra personas para que le asista, le enseñe acerca de lo que le pasa, o en un momento dado lo supla por no poder cumplir el mismo su necesidad fundamental

4.7. FUENTES DE DIFICULTAD.

Cuando un individuo presenta alguna falta de resolución en las necesidades fundamentales, este individuo no es Independiente, según Henderson. Ella define a la fuente de dificultad como *el impedimento mayor para conseguir la satisfacción de una o mas necesidades fundamentales*. Así plantea fuentes de dificultad de orden físico (factores orgánicos, genéticos y fisiológicos, de irritación o infección por un agente externo), de orden sociológico (relaciones y cultura), de orden espiritual (vida, dolor, muerte), de insuficiencia de conocimientos (conocimiento de si mismo, de la salud o de la enfermedad).

- a) Fuentes de dificultad de orden físico: existen de naturaleza intrínseca y extrínseca, Las fuentes intrínsecas provienen del individuo mismo, podemos hablar de una infección, de una tumoración que ocluye el paso de una vía respiratoria, del paso del aire para mover las cuerdas vocales, el paso de los alimentos, etc. Las fuentes extrínsecas son agentes exteriores, que al entrar en el organismo lo dañan en sus funciones y conducen a un problema. Por

ejemplo un vendaje compresivo, un aparato de yeso que irrita la piel o provoca isquemia por su excesiva presión, una sonda vesical mal manejada que provoque infección.

También existen grados de satisfacción de las necesidades, lo que se llama continuum independencia-dependencia:

1. El cliente es independiente si responde por si mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza – sin ayuda, y de forma adecuada – un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis y, de este modo logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aun mayor cuando ha de contar con otra q persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por si mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.²⁶

4.8. FISILOGIA, ANATOMIA Y PATOLOGIA DE LA MAMA

Biológicamente, la mama es una glándula sudorípara modificada, característica y definitoria de los mamíferos y su función primordial es la alimentación de las crías. En el humano se añade un claro componente sexual: a diferencia de lo que ocurre con las hembras de los primates, los pechos de la mujer mantienen un volumen considerable a partir de la pubertad, que aumenta aproximadamente un tercio durante los períodos de lactación.

La glándula mamaria se origina en la profundidad de la piel. En la niña se desarrolla a partir de la pubertad, y su crecimiento será acompañado por la piel que se adaptará a las nuevas formas y tamaños. En el interior se producen cambios que preparan a la glándula para la alimentación del recién nacido: los acinos glandulares reunidos en lóbulos y que se comunican con el exterior en el pezón a través de los conductos galactóforos, se hipertrofian y activan, produciendo una secreción característica: la leche.

Los estímulos hormonales de la menstruación, embarazo y lactación, los tratamientos hormonales y la obesidad, inducen el aumento de su tamaño.

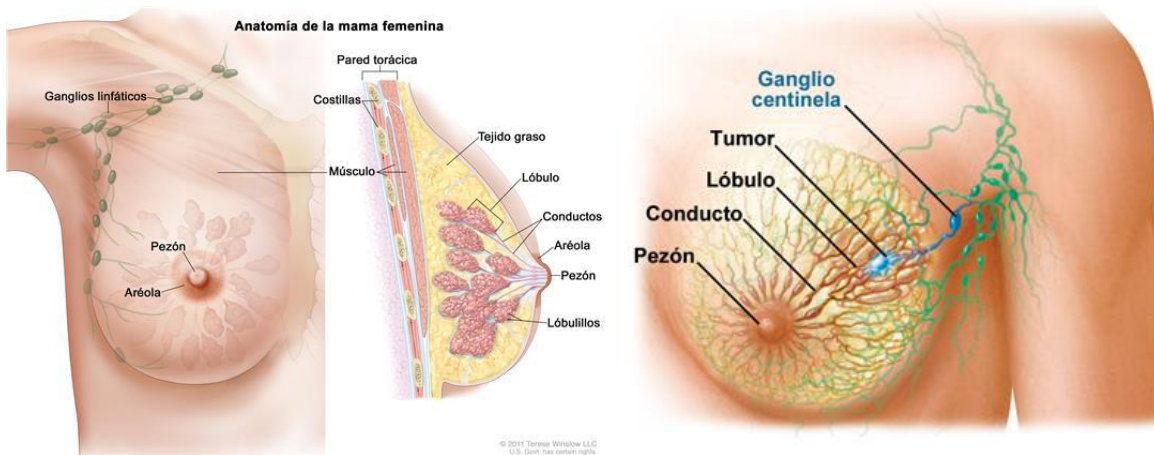
Embriológicamente se forman a partir de dos pliegues de la capa superficial (ectodermo) en la región ventral del embrión los cuales darán origen a dos filas de mamas en algunos mamíferos (perro, gato...); en la hembra humana y en otros mamíferos (equinos, bovinos) estas glándulas se han atrofiado, manteniéndose únicamente dos. No es raro, sin embargo, que en algunas mujeres persistan vestigios de estas estructuras atrofiadas y podamos ver resquicios de pechos más o menos completos en las líneas que van desde la axila hasta la ingle (Mamas o pezones supernumerarios).

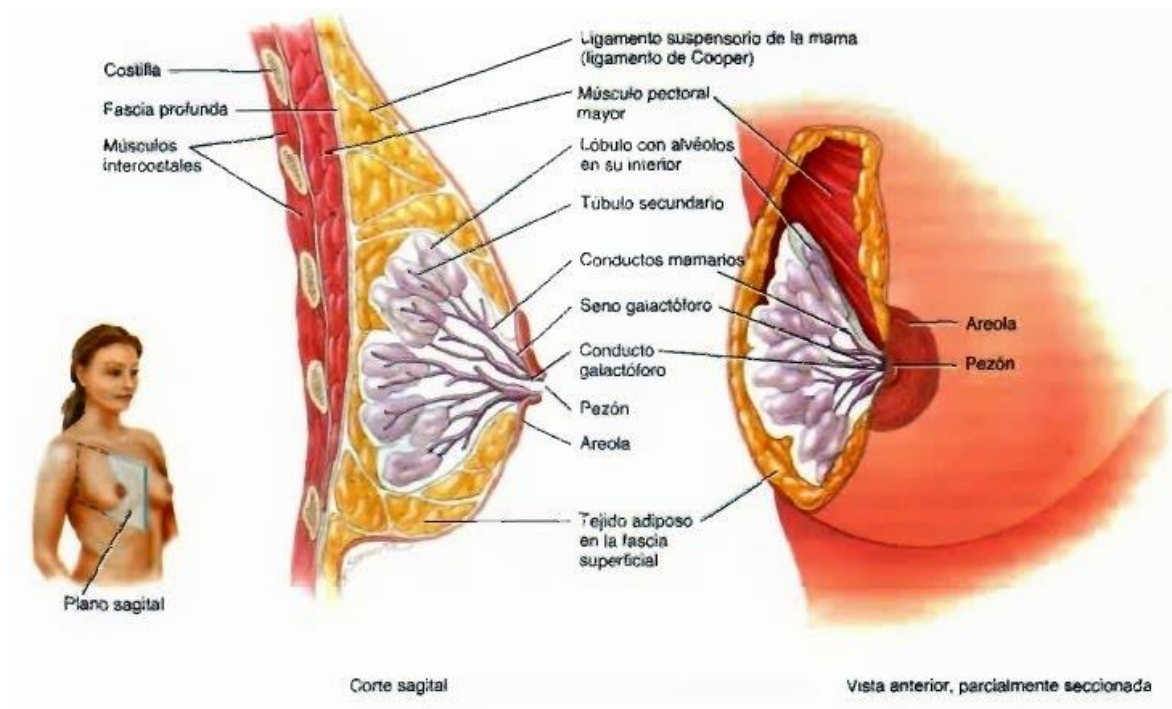
Otras anomalías que pueden encontrarse son, la falta completa de una o las dos mamas (amastia), asimetrías importantes (es normal una cierta asimetría), las alteraciones de la placa areola-pezón, (pezón invertido, hipertrofias, etc), o el desarrollo de la mama en el varón (ginecomastia).

Las alteraciones anteriores tienen un carácter eminentemente morfológico. Debido al marco en el que nos desenvolvemos no vamos a profundizar en las de tipo histopatológico aunque si podemos apuntar, someramente, una sencilla clasificación de la patología más usual: Inflamatoria (mastitis, abscesos y necrosis grasa);

Hormonal (Displasias mamarias benignas, quistes y adenosis) y Tumoral: benigna (Fibroadenoma) y maligna (carcinoma).

Dada la frecuencia de alteraciones es importante el cuidado en el diagnóstico precoz para lo que son fundamentales los reconocimientos médicos periódicos y la buena información de la paciente, lo cual incluye el auto-examen de las mamas, y principalmente, el control periódico por su ginecólogo.





4.9. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama se origina generalmente en el epitelio de revestimiento de los conductos y su crecimiento está condicionado por factores del tumor (tipo grado histológico, etc.) y por factores del huésped (inmunidad, estado hormonal, etc.). Habitualmente el crecimiento es lento, requiriéndose 6 a 8 años para que la masa celular alcance un volumen de 1 cm. de diámetro y pueda detectarse clínicamente. Sin embargo, la diseminación a distancia puede ocurrir ya en la fase preclínica cuando el tumor traspasa la membrana basal y se hace invasor. Localmente, el tumor primitivo de la Mama se manifiesta prevalentemente en el cuadrante superior externo(37%), cuadrante central (15%), cuadrante superior interno (12%), cuadrante inferior externo (8%), cuadrante inferior interno (5%). El 20% es difuso o en más de un cuadrante, el 2% inframamario y el 1% subclavicular o paraesternal. Al crecer el tumor, frecuentemente infiltra el tejido cercano en forma difusa e irregular. El tejido conjuntivo adyacente puede

reaccionar formando una capa de mayor consistencia que clínicamente se traduce en un mayor tamaño a la palpación, de superficie irregular, que muchas veces impide delimitar con exactitud los diámetros de la lesión. Al avanzar la enfermedad puede infiltrar la piel que lo cubre, llegando incluso a la ulceración. Las regiones ganglionares más frecuentemente comprometidas son las axilares. Las metástasis a distancia en un 50% se encuentran en el aparato esquelético, especialmente columna vertebral, costillas y pelvis. Cerca del 25% son pulmonares y pleural, 10% abdominales (especialmente hepática y ovárica) y en medida menor: cerebral, orbita, cutánea. Sucesivamente las localizaciones son múltiples y pueden comprometer también órganos como el riñón, páncreas, tiroides e intestino.

4.10. DIAGNÓSTICO

Los estudios de gabinete, utilizados para la detección y control de los padecimientos mamarios, tienen indicaciones y características específicas. Deben ser solicitados por el médico de acuerdo con una valoración y previo consentimiento de la paciente. La mamografía, es una exploración que presenta ciertas peculiaridades, tanto en el aspecto técnico como en el de la interpretación de las imágenes que suministra. En el aspecto técnico goza de menor margen de "tolerabilidad" con respecto a otros estudios de rayos x. Debemos ser sumamente escrupulosos y exigentes con las características técnicas de la exploración y con la persona que realiza los estudios, especialmente si tenemos en cuenta que una técnica deficiente puede ser la responsable del 30% de los fallos diagnósticos.

4.10.1. Radiografía de mama

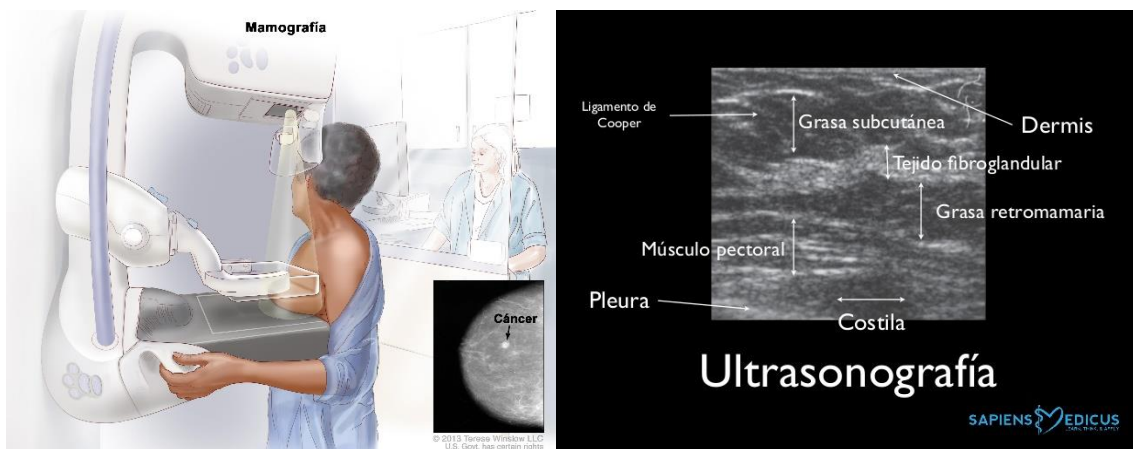
Es la radiografía de las mamas aquella que es efectuada con un equipo de rayos x especialmente diseñado para ello. El estudio rutinario incluye dos proyecciones de cada mama: cráneo-caudal y medio lateral oblicua.

El informe debe incluir:

Descripción de cualquier hallazgo significativo: masas, microcalcificaciones, zonas densas asimétricas, etc. y su ubicación por cuadrantes o por la imagen del reloj (localización horaria).

Y describir los hallazgos significativos, se hace una valoración final que resuma los hallazgos y clasifique el estudio en una de las seis categorías estipuladas por el sistema **BI-RADS**

El informe mamográfico que es responsabilidad del médico radiólogo y está basado en el sistema **BI-RADS**, que son las siglas en inglés de **B**reast **I**maging **R**eporting **A**nd **D**ata **S**ystem, desarrollado por la ACR (American College of Radiology), para proporcionar informes claros y precisos. Este sistema consiste en un léxico de terminología con definiciones, para proporcionar un lenguaje estandarizado, una estructura del informe y un método orientado para tomar una decisión de acuerdo a la valoración de la mamografía.



CATEGORÍAS DE **BI-RADS**

BI-RADS 0

Requiere estudios complementarios. (Ultrasonografía y/o Resonancia Magnética de mama).

El hallazgo requiere de imágenes complementarias que permitan expandirse con una lectura (interpretación) razonable.

La aplicación de algoritmos de estudios para cada tipo de hallazgos es la actitud recomendada a fin de categorizarla en un nivel de razonable credibilidad. Las imágenes complementarias posteriores acreditarán entre un 5% a 10% de probabilidad de cáncer dependiendo de la naturaleza del hallazgo.

BI-RADS 1

Aquí no hay nada para comentar. Resultado negativo.

La disposición fibroglandular es simétrica y no se observan anomalías.

BI-RADS 2

Hallazgos benignos.

Las características de la anomalía focal indican no poseer ni la probabilidad ni la potencialidad de malignidad. Documentan la existencia de un hallazgo focal. Estadísticamente no documentan probabilidad de cáncer.

- Ganglio linfático intramamario.
- Nódulo radiolúcido lipomatoso
- Fibroadenolipoma.
- Calcificaciones vasculares.
- Calcificaciones en glándulas sebáceas.
- Calcificación sedimentarias–leche cálcica en formaciones microquísticas ductales.

-
- Calcificaciones de procesos inflamatorios como mastitis secretoria o galactoforitis o perigalactoforitis.
 - Calcificaciones en cáscara de huevo de núcleos lipofágicos o liponecrosis o quistes.
 - Calcificaciones toscas o coraliformes de los fibroadenomas.
 - Suturas quirúrgicas.
 - Microcalcificaciones distróficas en mama irradiada o trauma.

BI-RADS 3

Hallazgos probablemente benignos. Se sugiere control mamográfico cada 6 meses.

Las características de la anomalía focal indican su probable estabilidad en futuros controles mamográficos escalonados y sucesivos y una baja probabilidad de malignidad (la que oscilará entre el 0.5% y el 2%). Este hallazgo indica el seguimiento a fin de establecer su estabilidad en el tiempo.

- Densidad nodular de borde neto hasta 20 mm de diámetro.
- Tejido mamario asimétrico.
- Densidad tubular.
- Densidad de bordes cóncavos definidos con microcalcificaciones toscas o groseras.
- Microcalcificaciones desde 0.5 cm. hasta macrocalcificaciones.
- Microcalcificaciones de estructuras redondas dispersas.
- Microcalcificaciones puntiformes bien definidas.
- Microcalcificaciones redondas, isomórficas, disposición arracimada en varios grupos, lobulillares.

Comentario: Este nivel tiene como condicionante para las microcalcificaciones el tamaño y la forma; la disposición bilateral o unilateral con extensión segmentaria,

sectorial, regional o en el grupo. Además existe un grupo de imágenes a las que llamamos de indefinida significancia que merecen ser nombradas, si bien se encuentran dentro de los grupos ya mencionados (densidad sutil y vaga).

BI-RADS 4

Hallazgos probablemente malignos. Se sugiere biopsia.

Las técnicas de biopsia que pueden ser usadas son:

- Con aguja fina
- Con aguja de corte
- Escisional
- Incisional
- Con marcaje.

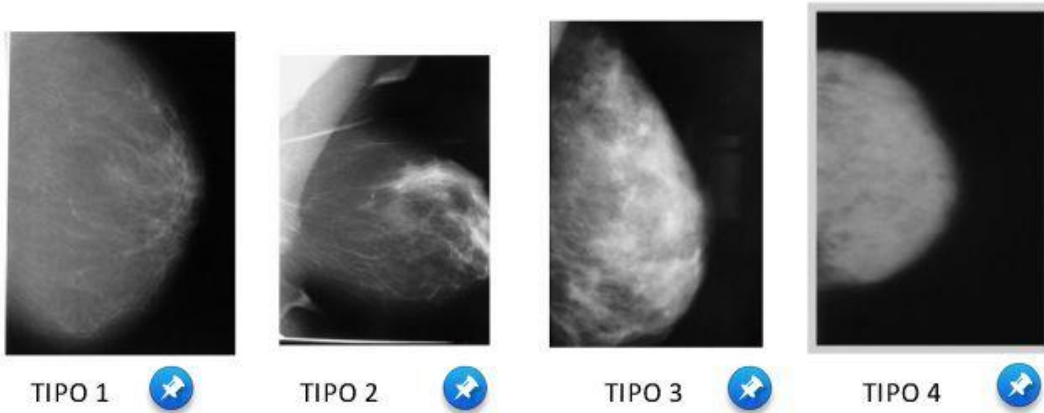
El hallazgo tiene atributos imposibles de categorizar en los niveles anteriores, pese a no tener características de un presunto cáncer tiene una probabilidad de serlo entre el 3% y el 20%. Este nivel puede requerir actitudes y procesos que provean soluciones clasificatorias a la anormalidad detectada.

- Densidad nodular (volumen) de borde parcialmente definido o lobulado o microlobulado.
- Ídem combinado con microcalcificaciones cualquiera sea su estructura por debajo del rango del milímetro.
- Distorsión arquitectural con o sin masa central, con o sin calcificaciones.
- Microcalcificaciones de morfología irregular (mal definido y densidad diferente).

Comentario: Este nivel tiene como condicionante para las microcalcificaciones el tamaño, la forma y admite la disposición unilateral en grupo, segmento, sector y zona.

La sensibilidad de la mamografía depende fundamentalmente de la densidad mamaria, en definitiva, de la proporción de tejido glandular y graso de la mama.

Según el BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) hay 4 densidades:



En los tipos 1 y 2 la grasa supone >50%, y en 3 y 4 la grasa <50% de la mama.

NO LO OLVIDES



BI-RADS 5

Hallazgo **maligno**. Es indispensable estudio histológico

Hallazgo que tiene hasta un 60% de probabilidad de corresponder a un cáncer.

Procesos de certeza diagnóstica deben ser implementados.

- Densidad con volumen, cualquiera sea su tamaño, de bordes imprecisos, microlobulados o espiculada.
- Ídem combinado con microcalcificaciones irregulares.
- Condicionante para las microcalcificaciones, es la estructura moldeada, arboriforme o lineal.
- Microcalcificaciones irregulares. Comentario: Admite el grupo, además de su distribución lineal, ramificada disponiéndose en segmentos, sectores o zonas.

4.11. TRATAMIENTO

Los métodos terapéuticos antes el cáncer de mama pueden incluir los químicos, radioterapia y cirugía. A continuación se enlistan los posibles tratamientos:

- ❖ Cirugía
- ❖ Radioterapia
- ❖ Quimioterapia
- ❖ Hormonoterapia
- ❖ Inmunoterapia

De ellos, la cirugía y la radioterapia tienen una acción local; en la quimioterapia, la inmunoterapia y la hormonoterapia su acción es sistémica.

Los diferentes tratamientos quirúrgicos son:

- ❖ Conservador
- ❖ Radical
- ❖ Paliativo
- ❖ Reconstructivo.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: El equipo de enfermería que atiende a los pacientes con cáncer de mama, tiene un papel fundamental en el pre y postoperatorio, así como también en la preparación e indicaciones del alta. Las pacientes afectadas con esta patología necesitan ser orientadas e informadas, conjuntamente con sus familiares para que tengan una comprensión clara de los objetivos del tratamiento y sus consecuencias.

Los profesionales de enfermería identificamos a la paciente como “un todo” cuyas necesidades en muchas ocasiones, la convierten en un gran conjunto de temores, dudas, angustias, que le hacen necesitar “una mano amiga”, una palabra de aliento, comprensión y orientación.

Uno de los principales objetivos alcanzados con la visita de enfermería preoperatoria es reducir el nivel de ansiedad de la paciente, a través de la entrega de información clara y oportuna que contemple las acciones que serán desarrolladas durante esta etapa. Los tipos de cirugía de mama son: **Mastectomía parcial, ganglio centinela, mastectomía parcial con disección axilar, Mastectomía radical modificada, mastectomía total, reconstrucción mamaria.**

4.12. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Las acciones de promoción y detección precoz se hacen esencialmente en el nivel primario de atención, el diagnóstico en el nivel secundario y el tratamiento en el nivel terciario. Sin embargo las actividades de apoyo que se enumeran a continuación son indispensables para asegurar la calidad de atención a las pacientes y lograr eficiencia y eficacia en el programa. Estas actividades deben desarrollarse en todos los niveles de atención.

Alternativas de detección temprana del cáncer de mama			
ALTERNATIVAS DE DETECCIÓN	EDAD RECOMENDADA		FRECUENCIA
Autoexamen de las mamas	Mujeres en edad reproductiva (desde la menarquia) y posmenopáusicas.		Mensual
Examen clínico de mamas	Mujeres a partir de los 25 años		Anual
Mastografía	Mujeres entre los 40 a 49 años asintomáticas	Mujeres de 50 a 69 años	Cada 2 años y con antecedentes familiares cada año

Hoy en día existen clínicas integrales que ofertan actividades de apoyo para este grupo de mujeres, y que ofrecen por ejemplo talleres, cursos o grupos de:

- ✓ Educación
- ✓ Consejería
- ✓ Capacitación del personal de salud
- ✓ Registro de casos sospechosos o confirmados
- ✓ Seguimiento
- ✓ Visitas domiciliarias
- ✓ Participación comunitaria
- ✓ Coordinación
- ✓ Monitoreo y evaluación
- ✓ Cuidado al paciente terminal.

Por su parte como personal de enfermería un ámbito de acción es la consejería. La consejería debe plantear la exploración y expresión de los sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir. La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones del tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad, con base en la particularidad del caso y las características personales del usuario y la usuaria, hacia su participación activa y comprometida, para lograr el éxito del tratamiento. Se debe constatar que él o la usuaria ha recibido y comprendido la información proporcionada. Debido a que el consejero (a), el o la usuaria y sus familiares establecen una comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería, para que se aliente la expresión con absoluta confianza y libertad. Se debe tener en cuenta que la decisión y el consentimiento de la usuaria deben respetarse, basándose en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la orientación consejera.

Es muy importante que exista un equipo multidisciplinario para intervenir en forma integral con la mujer mastectomizada:

- ✓ Mastólogo-cirujano-ginecólogo oncólogo
- ✓ Oncólogo clínico
- ✓ Cirujano plástico
- ✓ Ultrasonografista de mama.
- ✓ Radiólogo.
- ✓ Médico patólogo, especialidad en mama.
- ✓ Servicio social
- ✓ Personal de enfermería.
- ✓ Asistencia psicológica.
- ✓ Personal de fisioterapia.

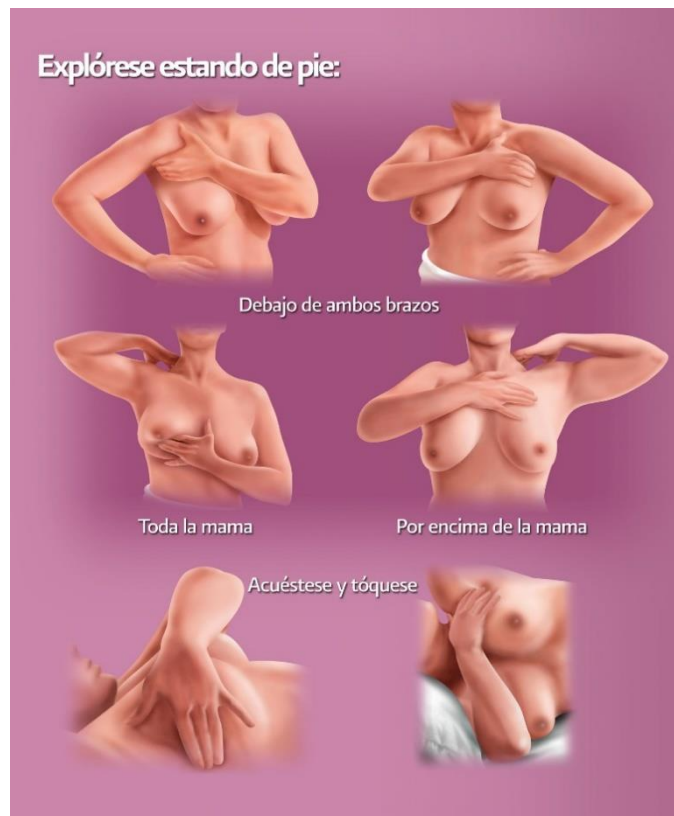
4.13. AUTOEXPLORACION DE SENOS

- ❖ **Observa:** frente al espejo, busca cambios en la forma, tamaño o superficie de la piel; especialmente hundimientos, inflamación, enrojecimiento o ulceraciones. Este procedimiento deberás hacerlo con los brazos a los lados, las manos detrás de la cabeza, los codos y hombros ligeramente hacia adelante y con las manos en la cintura.
- ❖ **Toca:** frente al espejo o durante el baño, busca bolitas, zonas dolorosas, abultamientos o consistencia diferente al resto de la mama. Este procedimiento deberás hacerlo de la siguiente manera:
 - **De pie:** la mano derecha en la nuca, con la izquierda toca el pecho derecho. Comienza desde arriba palpando alrededor de la mama y luego en la parte del centro. Posteriormente, revisa toda la axila y al final aprieta el pezón para ver si hay salida anormal de líquido. Explora el otro pecho de la misma manera.

- **Acostada:** con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo del hombro derecho, pon la mano derecha en la nuca, con la mano izquierda revisa el pecho derecho, palpa de la misma manera que lo hiciste estando de pie. Haz lo mismo para explorar el seno izquierdo.

Explórate 7 días después de la menstruación, si ya no reglas hazlo en un día fijo del mes. Si olvidaste hacerlo en la fecha programada hazlo cuando te acuerdes; lo más importante es hacerlo periódicamente, conocer lo que es normal y cómo se sienten las mamas dependiendo del periodo del mes, la edad o de ciertas circunstancias como el embarazo.

Es importante aclarar que la mayoría de los cambios anormales no son causados por cáncer, pero se debe acudir sin retraso con el médico, para que valore la necesidad de estudios que descarten el padecimiento.



De pie observe cambios:



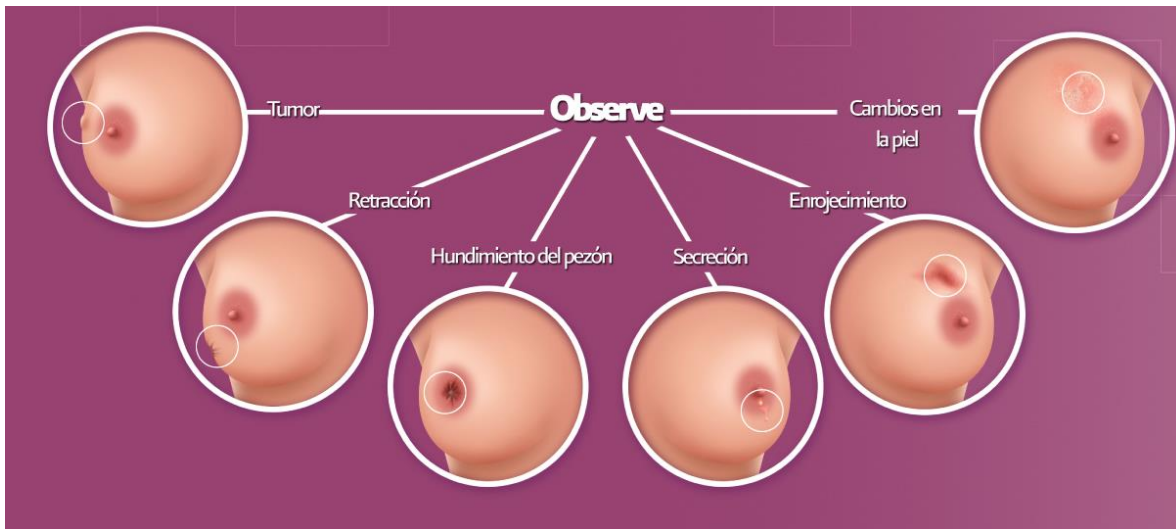
Con los brazos hacia arriba



Con las manos en las caderas



Inclinada hacia adelante





V. VALORACIÓN.

Paciente femenino de 55 años de edad con diagnóstico médico de Cáncer de mama unilateral hace 22 años y Cáncer de mama en la parte contralateral hace 3 años, post operada de Mastectomía en el 2014. Se encuentra consiente, orientada en tiempo y espacio, lenguaje claro y preciso, con palidez de tegumentos ++, párpados con simetría, conjuntivas con movimientos oculares normales y simétricas, pupilas isocóricas y fotoreactivas, no se realizó agudeza visual porque la paciente porta lentes, nariz simétrica y con permeabilidad, mucosa oral hidratada, conductos auditivos sin alteraciones aparentes, cuello cilíndrico con movilidad sin dificultad, presentando protusión en zona yugular izquierda grado II, con simetría y presencia de pulsaciones normales en la arteria carótida, movimientos normales a nivel de la tiroides y se encuentra presencia de nódulos, tráquea central desplazable, tórax simétrico normo lineo, campos pulmonares con buena ventilación, columna a nivel central, ruidos cardíacos normales, mamas con mastectomía bilateral con cicatriz transversal en zona axilar, aparato respiratorio con ruidos normales en ambos campos pulmonares, abdomen simétrico, blando depresible y no presenta dolor a la palpación; orina de color amarillo débil 4 veces al día, postura rígida, extremidades superiores con pulsaciones periféricas presentes con llenado capilar en tercio proximal ++, con presencia de discreto edema distal (linfedema) de zonas humerales internas de manera bilateral, extremidades inferiores no presentan ninguna lesión con fuerza muscular y color de piel pálida.

Tiene un peso de 68 kg, talla de 1.60 cm. Presenta una frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto y una tensión arterial de 105/70, temperatura de 36.7°.

Tras 3 años de pos operada la paciente aun presenta limitación en la movilidad de brazo izquierdo y por lo tanto dificultad para realizar actividades de la vida diaria.

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL INDIVIDUO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

FECHA EN LA QUE SE REALIZA EL CUIDADO ENFERMERO: Enero de 2018

I. IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: NEUL

EDAD: 55 AÑOS

SEXO: FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: 25 NOVIEMBRE 1962

ORIGINARIO DE: MEXICO DF

NOMBRE Y PARENTESCO DEL INFORMANTE: ELLA MISMA

OCUPACIÓN: MEDICO GERIATRA GERONTOLOGA Y MEDICA FAMILIAR

ESCOLARIDAD: DIPLOMADO EN GERIATRIA Y POSTGRADO DE GERONTOLOGIA

DOMICILIO: CALLE: DE LA ERA # 2 BARRIO DE SAN MARTIN TEPOTZOTLAN EDO DE MEX.

II. VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

Alimentación.

Necesita ayuda para comer: si ___ no X

Horario de los alimentos: Desayuno 8:30 Comida 14:00 Cena 21:00

Alimentos y bebidas preferidos: pollo, leche, café, pescado

Alimentos y bebidas rechazados: cebolla cruda

Intolerancia a algún alimento: ninguno

Ingesta de alimentos/ semana (frecuencia):

Cereales: 2 frutas: 7 jugos y líquidos: 7 carnes: 7 huevo: 3
veces solo las claras

Preparación de alimentos:

Hierve agua o agrega alguna sustancia: hervida y purificada

Lava frutas y verduras: si y las desinfecta.

Cuece o fríe las carnes: las cuece y las asa.

Observaciones de enfermería acerca de la alimentación del paciente y las respuestas del entrevistado:

La alimentación es muy completa, balanceada y rica en calorías y proteínas, ella al decirlo se siente conforme y con eso la hace feliz ya que no gasta mucho y le gusta comer eso.

Eliminación.

No. Veces que orina: 4 veces porque también utiliza diurético.

Evacua: 2 veces

Características de evacuación:

Urinaria: normal es un amarillo débil

Intestinal: normal y pastosa

Reposo y sueño.

Hábitos para dormir: se duerme entre 21:30 y 22:00 hrs

No. Total de horas de sueño: 7

Ininterrumpido: si no X

Tranquilo: como 4 y se le interrumpe el sueño

Siestas: si__ no X

Duración de las siestas: 0

Vestido.

Se viste solo o con ayuda: sola, pero con dificultad para mover el brazo izquierdo

Cambio de ropa: diario total X

Parcial 0

Características en la limpieza y cuidado de la ropa: en lo general limpia y su ropa impecable.

Higiene.

Baño total: diario

Lavado de manos: antes de cada alimento, antes y después de ir al sanitario.

Lavado de dientes: 3 veces al día.

Corte de uñas: si

Observaciones acerca de la higiene del paciente y respuestas del entrevistado:

Se observa limpia y perfumada, para ella la limpieza es fundamental para que sentirse bien con ella misma y así poder andar a gusto en la calle.

Temperatura.

Ventilación en la recamara del paciente: si

Iluminación en la recamara del paciente: sí.

Manifiesta constantemente frío__ calor__ no ella siempre se siente eutermica.

Temperatura axilar: 36° 7

Movilidad y postura.

Puede tomar una posición libremente escogida: si X PARCIALMENTE no:

¿Por qué? Pero sin embargo, las actividades de la vida diaria como; asear su casa o mover cosas para ella son un poco difíciles.

Necesita de algún dispositivo ortopédico para movilizarse: no

Oxigenación.

Respira por nariz si X no ___

Fumadores en casa no

Alteración al respirar (características) no

Se asocia con ___, presencia de cianosis (zonas) _____.

Comunicación.

Persona con la que tiene más comunicación: con su hijo, su esposo y su hermana mayor.

Su paciente es: alegre X tímido ___ agitado ___ agresivo ___ independiente ___ dependiente ___

Problemas auditivos y/o visuales: solo visuales astigmatismo y miopía.

Problemas de lenguaje: no

Observaciones de enfermería acerca de la comunicación paciente - familiares.

Si tienen mucha comunicación con su hijo ya que es su motor de vida y su esposo es su compañero desde hace ya 30 años, con su hermana también ya que todavía vive su papa y reparten labores para su cuidado porque es un adulto mayor.

Realización.

En las actividades de deportes o distracción: participa? solamente camina
se aísla no

Pertenece a algún grupo social: no

Se siente a gusto con su actividad laboral: si pero ya se jubiló.

Trabaja en: trabajaba en la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS.

Su horario es de: era de 8:00 am a 14:00 pm

Si es ama de casa sus labores cotidianas y horario son: de 8:00 am a 21:00 pm

Recreación.

Preferencias respecto a:

Juego y deportes: _____

Objetos: _____

Animales: a veces juega con ellos porque tiene 3 perros.

Personas: trata de ser una persona sociable.

Televisión: solo ve televisión 2 hrs al día.

Seguridad.

Algún problema de salud agregado al de hospitalización: si, alteración de la imagen corporal

Programación de visitas (quien y cuando): no se encuentra hospitalizada

Observación de enfermería acerca del cuidado y preocupación del familiar por su paciente:

Si hay cooperación y apoyo de parte de la familia es muy unida, en cuanto a su hermana también hubo apoyo ya que le ayudo en la parte de depresión después de la postcirugia y como terapia para el linfedema para hacer con ella bisutería.

Algún miedo en el paciente: __a la reacción de los medicamentos sistémicos.

Cambios importantes en la familia (mudanza, desempleo, separación, enfermedad) en los últimos tres meses: __solamente aislarse de su esposo en el ámbito sexual.

Alguna enfermedad contagiosa en quienes le rodean __no__

Algún medicamento tomado en casa y forma de proporcionarlos: medicamentos orales y se inyecta enoxoparina, toma diurético, anastrozol

Aprendizaje.

Conocimientos en relación a la hospitalización y cuidado del paciente:

La paciente tiene conocimientos porque ella es Medico por tal motivo comenta la paciente que recientemente le realizaron una biopsia y salió positiva esta situación la tiene intranquila (por la reincidencia del problema).

Necesidades de aprendizaje:

La paciente requiere de tener un manejo psicológico o de un grupo de apoyo de mujeres mastectomizadas para mejorar su autoestima.

Religión.

Religión e importancia para su recuperación: Es católica pero no asiste a la iglesia regularmente. Pero en su momento se refugió parcialmente.

Valoración y exploración física:

Cabeza y cuello: normocefala a nivel de cuello con presencia de protusión en zona yugular izquierda grado I

Mucosas: hidratadas y rosadas.

Piel: hidratada

Tórax: campos pulmonares con buena ventilación, simétrico normolineo, heridas quirúrgicas antiguas con ausencia de ambas glándulas mamarias.

Abdomen: sin presencia de viseromegalias en este momento clínico, con presencia de red venosa colateral.

Extremidades superiores e inferiores:

Inferiores: de forma y tamaño normal bien conformadas.

Superiores: con presencia de discreto edema distal (linfedema) de zonas humerales interna de manera bilateral.



VALORACIÓN DE NECESIDADES DE ACUERDO CON HENDERSON

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	DEPENDIENTE			INDEPENDIENTE
			F	C	V	
OXIGENACION						X
NUTRICION						X
ELIMINACION						X
MOVESE	Limitación funcional de brazo izquierdo secundario a cirugía de región axilar.		PARCIAL	X		
DESCANSO Y SUEÑO	Alterado ya que no duerme sus horas seguidas y hay interrupción.		PARCIAL		X	
TERMORREGULACION						X
HIGIENE			PARCIAL	X		
EVITAR RIESGOS	Deficiente manejo de líquidos tegumentarios por cirugía de mama que afecta paquete circulatorio, nervioso y linfático manifestado por edema en brazo izquierdo (linfedema).		PARCIAL	X		
COMUNICACIÓN						X
CREENCIA VALORES	Y					X
TRABAJAR REALIZACION	Y					X

JUGAR Y HACER ACTIVIDADES RECREATIVAS							X
APRENDIZAJE							X

VI. PLAN DE ATENCIÓN.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Dificultad para la movilidad física r/c con problema musculoesquelético y neuromuscular por mastectomía bilateral m/p disminución de las habilidades motoras finas y gruesas, enlentecimiento del movimiento y limitación de la amplitud del movimiento.	Lograr que la paciente tenga menor limitación del movimiento de sus extremidades superiores.	<p>-Utilizar métodos de relajación como la mesoterapia, masajes relajantes y evacuativos para que la paciente inicie ejercicios de rehabilitación.</p> <p>- Enseñar a la paciente como realizar correctamente los ejercicios de amplitud de movimiento (actividades de la vida diaria como peinarse, bañarse, vestirse etc.) y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los ejercicios de rehabilitación ayudan al aspecto físico, ayuda a disminuir desequilibrios fisiopsicosociales y favorece su independencia hasta donde sea posible. • Los masajes ayudan a lograr una estimulación neuromusculoesquelética. • Esta movilización periódica, influye en la circulación, 	Después de la terapia de rehabilitación y ejercicios la paciente logra un 90% de movilidad en el brazo.

		<p>porque son importantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a la paciente ejercicios de flexión, extensión, aducción, abducción y rotaciones externas e internas para el hombro. - Realizar con la paciente manejo de texturas. - Informar a la paciente para que nos 	<p>respiración, eliminación, apetito y estado anímico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de realizar ejercicios de hombro es que con sus funciones (flexión, extensión, rotación interna, rotación externa, aducción y abducción), los músculos esqueléticos (los músculos agonistas son los primarios) den fuerza para efectuar los movimientos. • Los músculos antagonistas son los de acción contraria que tienden a neutralizar los efectos de los agonistas. Contribuyen a los movimientos suaves para mantener el tono así como relajarse y permitir 	
--	--	--	---	--

		<p>notifique sobre signos y síntomas de circulación alterada (como hormigueo, pulso periférico ausente, temperatura cutánea baja).</p> <p>Realizar pulseras.</p>	<p>el movimiento del grupo flexor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente con mastectomía esta con una sensación de insensibilidad y acorchamiento esto debido a las deserciones. <p>Y con los ejercicios desaparecerán estos síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta terapia le va ayudar a la movilización de habilidades motoras finas. 	
--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Dificultades para el Afrontamiento r/c incertidumbre por diagnóstico de reincidencia m/p alteración en el descanso y sueño (duerme 8 horas interrumpidas), enfermedades frecuentes (reincidencia de la mastectomía).	Lograr que de manera afectiva pueda conciliar el sueño y con ayuda hacer que tenga optimismo y siga adelante con su enfermedad.	<p>Proponer un programa de yoga con un terapeuta o experto</p> <p>Sugerir un programa de natación para mejorar el arco de movimiento.</p> <p>Proponer actividades lúdicas como el Origami</p> <p>Favorecer la realización de terapias ocupacionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En esta actividad se involucra cuerpo y mente. • El deporte se basa en el desarrollo armónico, resistencia física, reglas específicas y objetivos ofrece efectos sobre sistema neuromuscular y cardiorrespiratorio y en las relaciones interpersonales. • El realizar figuras de papel es una actividad que ofrece descanso, esparcimiento y conocimiento. • La ludoterapia (trabajo de construcción y creación) favorece la integración de la personalidad, el acceso a la comunicación, la obtención del placer, el dominio de la angustia y el desarrollo de la sociabilidad. • Ya que la causa que provoca estrés y alteración en el descanso y sueño es 	

		<p>Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</p> <p>Fomentar la identificación de los valores vitales específicos.</p> <p>Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</p>	<p>psicológica (por el estado emocional, depresión, enfrentamiento a crisis vitales) y patológica (por lesiones y afecciones que comprometen la salud del individuo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto es importante ya que algunas formas de descanso dependen de la satisfacción de las necesidades biológicas (alimentación, sueño, ejercicio y respiración). • Algunas formas de descanso también dependen de las emociones y la espiritualidad de la paciente. Conocer mediante la paciente las motivaciones y limitaciones físicas o mentales que tiene. • El ambiente terapéutico facilita una planeación individual de actividades basada en la selección, orientación y ejecución que conlleve al descanso a la creatividad y el progreso físico mental. 	
--	--	---	---	--

		<p>Controlar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).</p> <p>Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.</p> <p>Realizar ergoterapia (trabajo mediante el ejercicio muscular o de actividades laborales en función de las condiciones biopsicosociales).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La ergoterapia conlleva a la adaptación o al esparcimiento. Ayuda también a la protección de riesgos de accidentes y evaluación de actividades y enfoques. 	
--	--	---	--	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de baja autoestima r/c alteración de la imagen corporal y enfermedad física m/p la ausencia de una parte del cuerpo (mastectomía) y temor a la reacción de otros (rechazo sexual hacia la pareja).</p>	<p>Lograr que la paciente eleve su autoestima para así obtener una imagen satisfactoria de sí misma y recuperar su bienestar psicológico.</p>	<p>Animar a la paciente a identificar sus virtudes y reafirmarlas.</p> <p>Animar a la paciente que acepte nuevos desafíos.</p> <p>Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</p> <p>Ayudar a la paciente a identificar importantes de su cultura, religión, raza género y edad en la autoestima.</p> <p>Proponer a la paciente la opción de prótesis ya que las hay internas y externas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esto hará que la paciente se vea lo más normal para sí misma y hacia los demás. • El concepto de sí mismo es el punto de referencia que cada persona otorga a las distintas percepciones sensaciones y experiencias de vida. • Cuando una persona toma la decisión de ser quien es surge dentro de sí mismo algo muy notable que es una profunda relación consigo mismo, reportándole 	<p>La paciente ha mejorado su autoestima a partir del autoconocimiento.</p> <p>Han disminuido gradualmente los miedos por incertidumbre y decide afrontar la vida con fortaleza.</p>

		<ul style="list-style-type: none">- Animar a la paciente a evaluar su propia conducta.- Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente.- Comentar las consecuencias de profundizar de culpa o vergüenza.	paz y armonía.	
--	--	---	----------------	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Exceso de Volumen de líquido intersticial en miembro torácico r/c compromiso de los mecanismos reguladores (sistema linfático) m/p edema linfático en miembros torácicos (godette ++).</p>	<p>Mejorar la hidratación de los compartimentos intracelular y extracelular del organismo de la paciente.</p>	<p>Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.</p> <p>Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esto nos ayuda para estar al pendiente de signos y síntomas de una disfunción ya que una de las responsabilidades primarias en la asistencia de pacientes con determinados problemas es la observación y el registro de los hechos importantes. Aquí nos podemos dar cuenta de la detección del edema. • Esto nos ayudara a proporcionar medidas de comodidad y seguridad emocional y física en las que el paciente encuentre apoyo. 	

		Evaluar la extensión del edema.	<ul style="list-style-type: none">Las pérdidas de líquido extracelular por piel y pulmones dependen de factores controlables (clima y ejercicio). La sobrehidratación produce expansión del volumen de los líquidos, esta se debe al resultado de un aporte excesivo con respecto a la capacidad para excretarla. Se caracteriza por cefalea, náuseas, vómito, cólicos, debilidad salivación excesiva, distensión yugular, congestión pulmonar, ascitis, edema, piel brillante y tensa, pulso	
--	--	---------------------------------	--	--

		<p>Proponer el uso de aditamentos compresivos que mejoren la circulación y disminuyan el edema.</p>	<p>saltón, globos oculares en protrusión, etc.</p> <p>El edema se debe al aumento de la presión hidrostática capilar, secundaria a un exceso de volumen. O a una obstrucción venosa.</p>	
--	--	---	--	--

VII. PLAN DE ALTA

Se capacitará a la persona en los siguientes puntos:

- ✓ El ejercicio es importante pero debe evitar sobreesfuerzos y los deportes en los que empleen excesivamente los brazos.
- ✓ Practicar la natación.
- ✓ Acudir con un fisioterapeuta especializado en el ámbito de la oncología para iniciar un programa de ejercicios respiratorios y movilidad del brazo afectado.
- ✓ Evitar las tomas de TA de ambos brazos.
- ✓ Mantener el brazo afectado (del edema) elevado el mayor tiempo posible, incluso al dormir ponerlo sobre una almohada.
- ✓ Evitar movimientos de retroceso del hombro afectado (no jugar golf ni tenis).

VIII. CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite a las enfermeras otorgar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este proceso es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Sin duda en la medida en que una profesional de enfermería conoce y profundiza en una propuesta teórica del cuidado será que el Proceso Atención de Enfermería sea planteado con mayor eficacia y llevando al éxito mejorando las condiciones de salud del paciente. Es importante trabajar con Modelos o Teorías del Cuidado en Enfermería para visualizar la forma y estrategias no solo de valoración de la persona sino la deducción de diagnósticos de enfermería y la intervención.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-

¹ Figueroa M. et. al, Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama, Ginecología Obstetricia de México, Volumen 76, núm. 11, pág 668-671, Noviembre, 2016.

² Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clin Salud 2007;1):137-61.

³ Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html> [Consultado el 20 de enero de 2014].

⁴ Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De la Villa-Santoveña M, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato M, Vegas-Pardavila E. Factores sociodemográficos y satisfacción con la atención recibida en mujeres con cáncer de mama. Estudio multicéntrico. Revista de Calidad Asistencial 2012; 27(1):30-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2011.07.005>

⁵ Riquelme B. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. Revista Médica Clínica Condes 2006; 17(4): 244 -7

Colliere, Françoise Marie. Promover la Vida. De la Práctica de las Mujeres Cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Edit. Interamericana Mc-Graw Hill. 1ª. Ed. México 1997. Pp.395.

⁷ Riopelle, Lise, Grondin, Louise, Phaneuf, Margot. Cuidados De Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Edit. Interamericana Mc-Graw Hill. 1ª. Ed. México 1997. Pp.352.

⁸ Kozier, Barbara, ERB, Glenora, Bufalino, Patricia. Fundamentos De Enfermería. Edit. Interamericana Mc-Graw Hill. 1ª. Ed. México 1998. p.7

⁹ Marriner Ann. Teorias de Enfermería p. 12.

¹⁰ Fawcet J. Analisis y evaluacion de los Modelos Conceptuales de Enfermería P.

¹¹ PHANEUF, Margot. CUIDADOS DE ENFERMERIA. El Proceso de atención de enfermería. Edit. Interamericana Mc-Graw Hill. 1ª. Ed. España 1993. p. 2.

¹² Ibidem p. 4

¹³ Wolff, Lu Verne, et al. Curso de Enfermeria Moderna. P. 29

¹⁴ Kozier Erb. Op cit p. 106.

¹⁵ Phaneuff. M. Op cit. p. 57

¹⁶ Ibidem P. 74

¹⁷ Ibidem p. 80

¹⁸ Ibidem p. 88

¹⁹ Ibidem p. 101

²⁰ Kozier Erb. Op cit. P. 135

²¹ Phaneuf. Op cit. P. 125.

²² Ibidem p. 125

²³ La Monica, E. L. El Proceso De Enfermería. , Proceso Humanístico. Monterey, Calif.: Wathworth Health Sciences. P.34

²⁴ Riopelle, L. Phaneuf M. Cuidados de Enfermeria. Un Proceso centrado en las necesidades de la persona. p . 7.

²⁵ Ibidem p. 7 – 68.

²⁶ Ibidem p. 32