



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA EN
EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y MEDIATO CON
ALTERACIÓN EN SUS NECESIDADES BÁSICAS
SECUNDARIAS A MASTECTOMÍA RADICAL
MODIFICADA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

P R E S E N T A:

L.E. ROCÍO ADRIANA RUIZ SALAZAR

ASESOR:

MTRA. ROCÍO NATIVIDAD ORTÍZ GARCÍA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2019.



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA EN
EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y MEDIATO CON
ALTERACIÓN EN SUS NECESIDADES BÁSICAS
SECUNDARIAS A MASTECTOMÍA RADICAL
MODIFICADA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

P R E S E N T A:

L.E. ROCÍO ADRIANA RUIZ SALAZAR

ASESOR:

MTRA. ROCÍO NATIVIDAD ORTÍZ GARCÍA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2019.

Agradecimientos

Al Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Autónoma de México (UNAM), por su apoyo y patrocinio para la realización de este estudio de caso.

Al Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca y a la Coordinadora del posgrado de Enfermería Perioperatoria Mtra. Rocío Natividad Ortiz García por su apoyo brindado durante el curso.

A mi familia por ser los cimientos de mi desarrollo profesional y principales motores de mis sueños, por estar siempre a mi lado, apoyándome en cada decisión y proyecto; gracias por creer en mí.

Al amor de mi vida Jesús, por el amor y apoyo incondicional durante todo este proceso, que a pesar del poco tiempo que te dedique, tú siempre estuviste ahí conmigo, agradezco tus consejos y palabras de aliento. Gracias amor por acompañarme en todos mis sueños y metas.

Porque sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

¡Muchas Gracias!

Lic. Inf. Rocío Adriana Ruiz Salazar

Dedicatoria

A mis padres Cruz y Jesús, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un reto más, gracias por ser ejemplo de esfuerzo y valentía.

Al amor de mi vida Jesús, por haber estado conmigo en todo momento, por brindarme su apoyo, por soportar mis momentos de estrés y sobre todo por su amor incondicional.

A mi hermano Daniel, por compartir momentos significativos conmigo, por estar dispuesto a escucharme y ayudarme.

Lic. Inf. Rocio Adriana Ruiz Salazar

Índice

I. Introducción.....	7
II. Objetivos	10
III. Fundamentación científica	11
IV. Marco conceptual	20
4.1 Conceptualización de la enfermería.....	20
4.2 Paradigmas.....	21
4.3 Teoría de enfermería.....	22
4.4 Proceso de Enfermería	29
4.5 Patología	35
Factores etiopatogénicos y epidemiológicos para desarrollar cáncer de ma.....	36
V. Metodología.....	52
5.1 Estrategias de investigación.....	52
5.2 Selección del caso y fuentes de información	52
5.3 Consideraciones éticas	53
VI. Presentación del caso.....	54
6.1 Descripción del caso	54
6.2 Antecedentes generales de la persona	54
VII. Aplicación del Proceso de Enfermería	56
7.1 Valoración	56
7.1.1 Valoración focalizada	61
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete	62
7.1.3 Jerarquización de problemas	65
7.2 Diagnósticos de Enfermería	65
7.3 Problemas interdependientes.....	67
7.4 Planeación de cuidados.....	67
7.5 Ejecución.....	85
7.5.1 Registro de las intervenciones.....	85
7.6 Evaluación	85
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona	85
7.6.2 Evaluación del proceso.....	85
VIII. Plan de alta	86
IX. Conclusiones.....	89
X. Sugerencias.....	89

XI. Glosario.....	90
XII. Bibliografía.....	91
XIII. Anexos.....	99
Anexo 5. Escala de Confort Hospitalario	123

I. Introducción

El cáncer de mama es una de las entidades con mayor prevalencia a nivel mundial, ubicándose entre las principales causas de mortalidad, se estima que cada año se diagnóstica a un millón de mujeres, de las cuales, 400 000 mueren, lo que ha conllevado a predecir para el año 2030, un aumento a 20 millones, donde dos tercios de los casos ocurrirán en los países de menor desarrollo (1,2,3). En México, se considera un problema de salud pública, debido al impacto a nivel social, político, económico y de salud (4); de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el 2015, el cáncer de mama y cervicouterino constituyó el 25.7% de las defunciones en la población femenina (5); aunado a ello, el Consejo de Salubridad General incluye la entidad dentro de la lista de enfermedades generadoras de gastos catastróficos (6).

Existen distintas conceptualizaciones del cáncer de mama, sin embargo, el consenso permite percibirla como la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, que actúan suprimiendo y estimulando la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de una glándula mamaria. Entre las causas atribuibles al desarrollo se encuentran las heredofamiliares, síndromes genéticos y alteraciones de los genes BRCA 1 y 2, mismos que pueden potencializarse por la presencia de factores de riesgo, entre los que se hallan la edad, antecedentes patológicos familiares, antecedentes de menarquía precoz, menopausia tardía, antecedentes de enfermedad fibroquística y uso de anticonceptivos orales (1).

El tratamiento para el cáncer de mama se centra, principalmente, en radioterapia, quimioterapia, tratamientos hormonales y cirugía. Esta última, es el procedimiento estándar en el tratamiento, ya que consiste en la extirpación de la mama, parte de la pared torácica y nódulos. Cabe mencionar que la elección de uno u otro, obedece al estadio de la enfermedad, metástasis o daño a otros órganos (7,8). Por ello, el establecimiento de programas quirúrgicos es de suma importancia, por un lado, como parte de la calidad y seguridad que otorga el establecimiento de salud y por el otro, como método preventivo, curativo y de recuperación, que, en conjunto, permite el restablecimiento de la salud del paciente (9).

Es por ello, que el estudio se basa en los cuidados perioperatorios, en la fase postoperatoria inmediata y mediata de una persona postoperada de mastectomía

radical modificada tipo Madden por cáncer de mama derecha T2 N1 MX, con el objetivo de lograr la pronta recuperación y prevención de complicaciones. El abordaje de este se da a través del uso de la teoría de enfermería de Virginia Henderson, que infiere que la persona es el individuo que requiere de los cuidados de enfermería para preservar su salud y la adquisición de su independencia por medio de la satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas, las cuales son: necesidad de respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar por todas las vías corporales, mover y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, vestir, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar peligros ambientales y lesionar personas, comunicar con los demás expresando emociones, vivir de acuerdo a sus propios valores y creencias, realización personal, participar en actividades recreativas y aprender y descubrir o satisfacer la curiosidad; además, el estudio de caso se integra por intervenciones dependientes, independientes e interdependientes de enfermería basadas en la evidencia científica, estipuladas en los planes integrales (10).

Estudio realizado por Ortega y colaboradores evidenciaron la importancia de brindar educación e información de los factores de riesgo, estimular la adopción de hábitos saludables y enseñar la técnica de autoexploración de mamas desde el preoperatorio; asimismo, que los cuidados posoperatorios deben centrarse en las etiquetas diagnósticas de enfermería de dolor agudo, trastorno de la imagen corporal, riesgo de infección y duelo, atendidas a través de intervenciones con fundamento científico (11). Por otro lado, Villacorta plantea que tras el alta hospitalaria se debe realizar una valoración biopsicosocial, sexual y una correcta planificación de cuidados, enfocados a resolver los problemas de ansiedad, baja autoestima situacional y trastorno de la imagen corporal, que, ocasionan sentimientos de ansiedad, depresión, trastornos del sueño que pueden llevar a la somatización o al síndrome de dolor postmastectomía (12).

Una de las principales complicaciones de la mastectomía es el linfedema postoperatorio, por lo que, Argüelles y Fernández sugieren para la prevención, la educación de conductas saludables como el uso de vestimenta adecuada; cuidados en el aseo personal; tipo de alimentación, trabajo y tareas domésticas; tipo de actividad física; ejercicios de cuello, hombros, muñeca, manos, brazos; ejercicios

con barra, elevación del miembro afectado; presoterapia; drenaje linfático manual; fisioterapia descongestiva compleja; y, tratamiento farmacológico (13).

II. Objetivos

General

Elaborar un estudio de caso basado en el modelo filosófico de Virginia Henderson con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una persona adulta mayor postoperada de mastectomía radical modificada (tipo Madden) derecha, identificando y otorgando los cuidados necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas alteradas en el período postoperatorio inmediato y mediato; logrando la recuperación de la salud y evitar complicaciones. Así mismo, con el desarrollo del estudio de caso se pretende ampliar el conocimiento del personal de enfermería para brindar cuidados especializados y holísticos con evidencia científica, así como fomentar la investigación.

Específicos

- Realizar una valoración con base en las 14 necesidades del modelo filosófico de Virginia Henderson.
- Identificar y jerarquizar cada una de las necesidades alteradas en el postoperatorio inmediato y mediato.
- Formular juicios clínicos de enfermería con base al formato PES.
- Realizar un plan de cuidados de enfermería que ayuden a seleccionar las intervenciones de enfermería según la necesidad alterada.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería para la resolución de las necesidades alteradas.
- Evaluar la funcionalidad de las intervenciones aplicadas de acuerdo al estado de recuperación de la persona.
- Valorar la evolución de la persona, identificando factores de riesgo para la aparición de complicaciones.
- Elaborar plan de alta que contribuya a la pronta integración de la persona al entorno social.
- Proporcionar material didáctico y de apoyo para los autocuidados en casa.

III. Fundamentación científica

El cáncer de mama es una proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan suprimiendo y estimulando la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de una glándula mamaria (1). Existen 4 tipos moleculares que producen cáncer de mama: los tumores hormonodependientes (luminales, que se subclasifican en A y B), tumores con amplificación del oncogén HER2 y los tumores triple negativos. El 65% de los tumores de mama tienen fenotipo luminal (14).

El cáncer de mama es una de las neoplasias de mayor incidencia a nivel mundial (2), encontrándose en las primeras causas de mortalidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima que para el 2030 aumentará a 20 millones y dos tercios de esos casos ocurrirán en los países menos desarrollados (1,3).

En cuanto a la morbilidad a nivel mundial cada año un millón de cánceres de mama son diagnosticados y de ellos 400 000 mujeres mueren. Estimando que cada 53 minutos muere una mujer por cáncer de mama y cada 30 minutos se diagnostica (1). Para América, la incidencia es de 408 281 (28.6%) con una mortalidad de 92 058 (14.9%) (2).

En México el cáncer de mama se ha mantenido en segundo y tercer puesto como una de las principales causas de muerte, durante el 2014 se considera como una de las primeras neoplasias a nivel nacional causante de mortalidad en un 15.3%. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) menciona que durante el 2015 el cáncer de mama y cervicouterino constituyen el 25.7% de las defunciones en la población femenina (5).

Etiológicamente entre el 5-10% son heredofamiliares, de los cuales el 1% se atribuyen a síndromes genéticos y los porcentajes restantes a alteraciones en los genes BRCA 1 y 2, debido a la probabilidad de padecer la enfermedad por la edad, cargas genéticas y antecedentes patológicos familiares; antecedentes de menarquía precoz, menopausia tardía o el primer embarazo tardío, antecedentes de enfermedad fibroquística y uso de anticonceptivos orales (1).

Debido al aumento del número de casos por año a nivel nacional se prevé un desafío para gobiernos y autoridades sanitarias (3). El aumento del envejecimiento provocará en consecuencia que la población activa disminuya, provocando

consecuencias socio-económicas relevantes en los recursos disponibles para la financiación de las políticas sanitarias, así como una carga económico- social para el sistema de salud, para los pacientes y sus familiares. En México son limitados los programas dirigidos a enfrentar el cáncer de mama y las políticas públicas no han podido desarrollarse e implementarse, así como la inexistencia de un registro nacional de cáncer de mama limita la capacidad de obtener los datos completos y actuales (3,5). Para lograr un control se requiere de la planeación de los servicios de salud en todos los niveles, desarrollar una cultura basada en la prevención y cambio de conductas de riesgo, programas de apoyo social, mejorar el sistema de información en salud, crear registros hospitalarios e interinstitucionales para concretar un registro nacional de cáncer, priorizar la mejor distribución de recursos entre la población, inversión en equipos e infraestructuras para prevención primaria y secundaria (5).

El comportamiento del cáncer de mama lo ha convertido en un problema de salud pública debido a que afecta a población femenina en edad reproductiva (20 a 59 años), representando el 27% de la población total del país de acuerdo a los datos del Centro General de Población y Vivienda 2010 (4).

El cáncer de mama afecta a nivel físico y psicológico la calidad de vida de la persona y su familia, principalmente en el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía (mastectomía) afectando la percepción de la imagen corporal, ya que los senos son concebidos como símbolo de la mujer, feminidad y capacidad reproductora; en las relaciones sociales y de pareja (7).

El tratamiento en el Hospital, donde se desarrolla el presente estudio de caso, esta basado en la normativa de la American Cancer Society y National Comprehensive Network, la cual menciona, que el tratamiento de cada mujer es diferente y dependerá del estadio de la enfermedad, dentro de las principales formas de tratamiento son:

- Radioterapia. Es la aplicación de energía producida por un aparato de rayos X que ataca directamente a las células malignas (7).
- Quimioterapia. Se basa en el uso de medicamentos que destruyen las células malignas que podrían reproducirse y formar otro cáncer. Actualmente se han

desarrollado una nueva familia de terapias dirigidas orales llamadas inhibidores de tirosinquinasa (7).

- Tratamientos hormonales. Consiguen que las células cancerosas no puedan reproducirse más, este tratamiento es igual a la quimioterapia en forma de medicamentos (7).
- Cirugía. Se ofrece como primera opción para mujeres con tumores pequeños, o como tratamiento adyuvante (7).
- Mastectomía. Procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer de mama. Consiste en la extirpación de la mama, gran parte de la pared torácica y nódulos (7).

Gracias a la evolución en la tecnología se han descubierto nuevos avances en el tratamiento para el cáncer de mama logrando que los tratamientos quirúrgicos sean menos invasivos, reduciendo el traumatismo físico y el trauma psicológico.

En estadios I, II y III incluye tratamiento local (cirugía+/- radioterapia) y tratamiento complementario o adyuvante, el tratamiento depende del tamaño del tumor y del tipo molecular del cáncer (14).

Para lograr la curación efectiva con la menor cantidad de efectos adversos se requiere siempre de la cirugía conservadora de la mama y la biopsia selectiva del ganglio centinela dejando la amputación de la mama (mastectomía) y el vaciamiento axilar (14). La cirugía conservadora es el tratamiento de elección en las pacientes con cáncer de mama en estadios I y II, permitiendo un mejor control y menor mutilación, ya que proporciona el mismo índice de curación que la mastectomía radical, dejando el seno con la apariencia y la textura lo más parecidas posibles a como era antes del tratamiento (8,15).

El tratamiento efectivo en tumores luminales candidatos a cirugía conservadora de la mama de inicio es la tumorectomía y biopsia de ganglio centinela, posterior a ellos se decide si la persona requiere de quimioterapia. Todas las mujeres que reciban este tratamiento deben recibir radioterapia y tratamiento hormonal oral durante al menos 5 años (14).

En los tumores HER2-positivos, el orden de terapia en tumores candidatos a cirugía conservadora de la mama de inicio es la tumorectomía y biopsia de ganglio centinela. Posterior a ello se debe recibir quimioterapia más terapia antiHER2 por un

año y radioterapia. En estos mismos tumores actualmente se inicia con quimioterapia y terapia anti HER2 antes de la cirugía (14).

En tumores muy grandes debe comenzarse el tratamiento con quimioterapia y trastuzumab. La conservación de la mama puede ser posible. Posterior a la cirugía debe recibir terapia antiHER2 (trastuzumab) por un año y radioterapia (14).

En los tumores triple negativos candidatos a cirugía conservadora de la mama de inicio, el tratamiento es la tumorectomía y biopsia del ganglio centinela. Posterior a ellos debe recibir quimioterapia y radioterapia. Antes de la cirugía conservadora comenzar con quimioterapia. Posterior a la cirugía debe recibir radioterapia (14).

En cáncer de mama diseminado actualmente es incurable, pero existe tratamiento hormonal que controla la enfermedad permitiendo una buena calidad de vida durante 3 a 4 años. Cuando el tratamiento hormonal ya no es eficaz se recurre a la quimioterapia. Los tumores triple negativos diseminados tiene mal pronóstico, el único tratamiento es la quimioterapia (14).

Una de las complicaciones tardías de mayor frecuencia en la mastectomía radical, radioterapia, vaciamiento axilar, fibrosis inducida por infección, cirugía cerca de las vías linfáticas, tumor que obstruya el flujo linfático; es el linfedema posoperatorio (13,15,16). Desde la atención primaria se tiene que prevenir la aparición del linfedema, ya que una vez que aparece se convierte en un problema crónico. El hecho de pasar por una cirugía de mastectomía es de relevancia para la mujer, ya que afecta las esferas biopsicosociales, es por esto que se tienen que realizar planes de cuidados estandarizados basados en la evidencia actual, garantizando cuidados de calidad, debido a que en la mayoría de los hospitales, el personal de enfermería no cumple con protocolos de asistencia sanitaria estandarizados, por lo que las actividades no son adecuadamente planificadas, las intervenciones de enfermería deben estar enfocadas en los tres componentes de la demanda terapéutica de autocuidado: conocimiento, habilidades y motivación (17,18).

El cáncer de mama conlleva una serie de cambios en la vida de la mujer que pueden hacer que las personas experimenten procesos de adaptación psicológica, social y de la imagen corporal (19,20,21,22). Incluso un estudio realizado por Barros y colaboradores en el 2019, afirman que las mujeres usan la espiritualidad como una estrategia de subsistencia durante la experiencia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (23). Otras mujeres utilizan estrategias personales para reconstruir

su identidad femenina, dentro de ellas esta la mejora de la apariencia física, la búsqueda activa de información, el autocuidado para manejar los límites, el autoempoderamiento psicológico y el mantenimiento de los roles maternos y de la esposa (24).

Los cuidados en el preoperatorio son fundamentales para mantener a la persona con cáncer de mama, la cual, tiene que ser intervenida quirúrgicamente en un nivel estable para evitar complicaciones posteriores a la cirugía, dentro de los cuidados preoperatorios están: brindar apoyo emocional, humanístico por medio de educación, psicoterapia individual, adiestramiento cognitivo-conductual e intervenciones grupales que ayuden a mejorar sus estrategias de afrontamiento, también se debe brindar información sobre las intervenciones de atención hospitalaria y domiciliaria, síntomas, prevención de problemas posquirúrgicos, cáncer de mama, opciones de tratamiento, efectos de la cirugía en el cuerpo, ejercicios de hombros y brazos, autoexamen de mama, efectos de cáncer de mama en la vida familiar y laboral, información sobre el linfedema e intervenciones de prevención (17,18, 25). En un estudio realizado por Trescher y colaboradores en el 2019 consideran la importancia de la inclusión de las personas con cáncer de mama a consultas de enfermería preoperatorias, así como la elaboración de materiales educativos para favorecer la educación y orientación y la organización de acciones de enfermería durante su estancia hospitalaria (26). Los médicos tienen que evaluar a las personas con cáncer de mama para detectar la aparición simultánea de ansiedad y síntomas depresivos; las enfermeras deben utilizar la información sobre las características preoperatorias asociadas con la ansiedad y los síntomas depresivos para identificar el riesgo e iniciar intervenciones preventivas o postoperatorias para reducir la angustia psicológica (27).

Para las mujeres mayores postoperadas de mastectomía la disminución de la funcionalidad del brazo es significativa y esto debe tomarse en cuenta desde el preoperatorio (28). Shahsavari y colaboradores mencionan que la calidad de vida en estas personas puede mejorarse participando en un programa educativo de autocuidado dirigido por enfermeras. Esta educación se debe de agregar a la atención de enfermería de rutina, un punto importante es la educación para prevenir la aparición del edema linfático de la mano, ya que puede causar problemas

psicológicos en términos de belleza, apariencia, dolor, pesadez e interferencia en la actividades diarias (29).

En China y Taiwán se han incluido comics y páginas web diseñados para personas con cáncer de mama y se utilizan como ayuda para la toma de decisiones, apoyo psicológico y emocional, proporcionando un medio de comunicación para explicar los pasos en el proceso, facilitando la autorreflexión y la auto curación (30, 31).

Otro estudio de caso realizado por Godínez en el 2017 menciona que es importante brindar cuidados de enfermería a las mujeres con cáncer de mama para lograr la pronta independencia, así mismo se debe de incluir a los familiares para que juntos disminuyan la incertidumbre sobre el curso de acción a tomar y evitar complicaciones (32).

Para los cuidados en el postoperatorio según un estudio de caso realizado en el 2014 por Ortega y colaboradores mencionan que es importante brindar prevención primaria, educación e información de los factores de riesgo, estimular la adopción de hábitos saludables y enseñar la técnica de autoexploración de mamas desde el preoperatorio, en este estudio en el postoperatorio se encuentran los siguientes etiquetas diagnósticas de enfermería dolor agudo, trastorno de la imagen corporal, riesgo de infección y duelo, por lo que se enfoca en su resolución inmediata brindando cuidados de enfermería con evidencia científica (11). Así mismo, Capuñay en el 2015 realizó otro estudio de caso basado en el Modelo de Callista Roy sobre el proceso de adaptación de las mujeres mastectomizadas, llegando a la conclusión que la enfermedad además de traer gastos económicos, produce desgaste físico y emocional, dificultando considerablemente la adaptación social, con esto, fomentan que los profesionales amplíen sus conocimientos y la sensibilización en cuanto a la psiquis de estas mujeres y la influencia del ambiente familiar y social; ya que no todas las mujeres responden la misma manera ante un evento, depende de las experiencias vividas. Al final de la investigación se observa que las mujeres más preparadas por la obtención oportuna de información y las que recibieron apoyo de distintas personas como la familia, amigos, y personal de salud; afrontaron la pérdida con mayor facilidad (33). Por otra parte, en un estudio realizado por Hansdorfer y colaboradores en el 2016 demuestran que los determinantes psicológicos como la ansiedad, síntomas depresivos y las creencias sobre la duración del dolor, están relacionados con la percepción de la severidad del dolor en

mujeres post- mastectomía, contribuyendo a deteriorar la calidad de vida en dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (34), de esta manera llegan a la misma conclusión que Miaskowski y colaboradores en el 2015, donde mencionan que el 35% de las mujeres experimentan niveles de dolor moderado persistente en el brazo/hombro afectando el estado funcional de la persona, niveles altos de depresión, ansiedad y trastornos del sueño (35); además, el desarrollo del dolor posmastectomía se asocia a una edad más joven, radioterapia, disección de los ganglios linfáticos axilares y dolor preoperatorio (36). Lagford y colaboradores por su parte afirman que después de la cirugía puede haber dolor de seno persistente, por lo que es de importancia la necesidad de un seguimiento clínico a largo plazo (37), Mafu y colaboradores sugieren que el seguimiento se lleve a cabo mínimo por 6 meses posteriores a la cirugía(38).

En la actualidad existen cirugías reductoras de riesgo de desarrollar cáncer de mama como es la mastectomía profiláctica (MP) y estrategias secundarias dirigidas a la detección precoz como la autoexploración mamaria, la exploración clínica, mamografía, ecografía, resonancia magnética.

Debido a la escasez de evidencia científica sobre los cuidados de enfermería en la mastectomía, Villacorta, sugiere que tras el alta hospitalaria se debe realizar una valoración biopsicosocial, sexual y una correcta planificación de cuidados, enfocados a resolver los problemas de ansiedad, baja autoestima situacional y trastorno de la imagen corporal, ya que estas son las consecuencias a largo plazo tras la cirugía, que ocasionan sentimientos de ansiedad, depresión, trastornos del sueño que pueden llevar a la somatización o al síndrome de dolor postmastectomía (12). Navarro por su parte, menciona que para el control del dolor es importante el conocimiento de la analgesia postoperatoria, en donde, el esquema analgésico que da mejores beneficios es la anestesia general, y los fármacos recomendados son ketorolaco/ tramadol, al utilizar este esquema combinado experimentan menos dolor durante el postoperatorio (39).

En el 2014 Carrillo y colaboradores investigaron el conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomía. Obtuvieron como resultado deficiencias en los rubros de alimentación, como el tipo de dieta, los alientos que favorecen el edema del brazo afectado y las conductas favorables que estimulan el apetito; la orientación sobre el vestido y complementos en función del

tipo de prendas íntimas y de vestir que preferentemente deben utilizar después de la cirugía; y sobre el procedimiento de autoexploración de mamas, llegando a la conclusión que estos últimos son indispensables para la completa recuperación de la persona. Si no se llevan a cabo los cuidados de forma holística a las personas les cuesta más trabajo la adaptación en el postoperatorio (40).

Un factor importante que no se aborda es la calidad de la vida sexual, como consecuencia del daño o ausencia de senos femeninos como órgano sexual secundario, niveles de estrógenos fluctuantes bajos o severos y problemas negativos de la imagen corporal como la obesidad, caída del cabello, que conllevan a la disminución de la calidad de vida de las personas postoperadas de mastectomía (41, 42). Debido a las barreras con las que se encuentra el profesional de enfermería, Araújo y colaboradores en el 2015 agruparon éstas barreras en tres categorías: barreras relacionadas al modelo de salud, barreras relacionadas a la dinámica institucional y barreras relacionadas a las interpretaciones sociales de la sexualidad. Debido a esto, concluyen que es importante la inclusión de la temática en el cuidado de enfermería cambiando el paradigma de la salud y la dinámica del trabajo, reflexionando los valores personales e interpretaciones sociales, destruyendo los tabús y prejuicios, con esto se brindará un cuidado integral (43).

Dentro de los cuidados para la prevención de la aparición de linfedema se encuentra la educación de conductas saludables como el uso de vestimenta adecuada, los cuidados en el aseo personal, el tipo de alimentación, trabajo y tareas domésticas, el tipo de actividad física, ejercicios de cuello, hombros, muñeca, manos, brazos, ejercicios con barra, elevación del miembro afectado, presoterapia, drenaje linfático manual, fisioterapia descongestiva compleja, y el tratamiento farmacológico (13).

Las enfermeras deben de dar un seguimiento a las personas postoperadas de mastectomía para evaluar la calidad de vida, con esto se logrará satisfacer las necesidades fisio-psicológicas y sociales (44, 45). La enfermera puede organizar y coordinar la reunión con consejeros y psicólogos, así como ayudarlas a participar en modificaciones del estilo de vida, como ejercicio físico, yoga y meditación (46).

El Caring Efficacy Scale (CES) y la escala Nyberg's Caring Assessment (NCA), miden los supuestos del cuidado humano transpersonal, los cuales son de importancia para lograr la paz interior en personas que están pasando por un proceso de pérdida. El personal de enfermería debe aprender la aplicación de esta

valoración, ya que ayuda a mejorar el estado de vulnerabilidad existencial y de interrogantes de la persona, así como la mejora de trastornos como depresión, ansiedad, sufrimiento espiritual y disminución de la calidad de vida. Ayudando a fomentar el vínculo y apoyo familiar como el motor principal para el fortalecimiento físico, espiritual y mental (47).

La quimioterapia trae consigo infinidad de efectos secundarios como alopecia, flebitis y astenia, por lo que los cuidados de enfermería deben enfatizarse a la resolución de estos efectos (17).

Las enfermeras deben evaluar el miedo a la recurrencia de cáncer de mama y proporcionar intervenciones de autoeficacia para reducir la angustia psicológica y ayudar a las mujeres a lograr la normalidad después del tratamiento por medio de las teorías existentes sobre identidad, dignidad, fuerza interior y el trabajo de la enfermedad(48, 49).

Brindar cuidados de calidad y actualizados a mujeres con cáncer de mama en cada una de las diferentes etapas de la enfermedad, ayuda a afrontar su realidad y lograr la pronta recuperación con una buena calidad de vida (50).

Es por esto, la importancia del desarrollo del presente estudio de caso, para lograr en primera instancia la resolución de las necesidades básicas alteradas de la persona en el período postoperatorio inmediato y mediato; la formación de un conocimiento holístico y especializado por parte del personal, para brindar educación sobre el autocuidado en casa, así como la recuperación de la salud y evitar complicaciones. Esto servirá para ampliar el conocimiento del personal de enfermería que se encuentra a cargo de estas personas y para fomentar que se brinden cuidados basados en evidencia científica y se continúe realizando investigación en beneficio de aquellas personas que cursan con el padecimiento, y sean orientadas de forma individualizada y efectiva.

IV. Marco conceptual

4.1 Conceptualización de la enfermería

En la actualidad, la tecnología, la ciencia y la información están al alcance de todos, además de que la calidad la seguridad en la atención son prioridades en todos los niveles asistenciales, específicamente en enfermería (51).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfermería abarca la atención autónoma en todas las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (52).

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población (53).

La enfermería es la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes (53).

Durante los últimos 25 años el profesionalismo ha surgido como un tema sustancial y sostenido, concepto multidimensional, que ha sido reconocido durante siglos como fundamental para algunas disciplinas, sin embargo, no hay una definición simple o generalizable al respecto, ya que existe una falta de consenso sobre como conceptualizarlo, mediada en parte por el cambio de puntos de vista o percepción que ha presentado el profesionalismo en el tiempo (54,55,56).

En el área de la salud, el profesionalismo debe incorporarse desde el currículo y debe ser evaluado como una competencia de los futuros profesionales. Actualmente el profesionalismo de enfermería es descrito como un factor que determina la calidad de la atención en el medio hospitalario. El profesional de enfermería debe avanzar en el logro de elevados niveles de profesionalismo, obtener plena autonomía profesional, publicar y participar activamente en organizaciones profesionales, con la

finalidad de lograr motivación intrínseca, satisfacción y buen desempeño profesional; con esto, se logra la excelencia profesional y la calidad en el cuidado (57).

Es de esta manera que el profesional de enfermería debe tener la capacidad de brindar cuidados a todas las personas, garantizando el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud, para lograrlo necesita estar en constante desarrollo y fortalecer actitudes y valores que permitan la humanización, siendo reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender al individuo.

4.2 Paradigmas

La enfermería, como parte de la ciencia, se ha visto inmersa en cambios, en los que el dominio y la caída de paradigmas de pensamiento han ido cambiando. El paradigma positivista suscitó la objetividad y la asepsia con la realidad en todos los ámbitos, incluido el de la salud. De ahí evolucionó hasta llegar a la concepción actual (58).

Desde hace años, la enfermería ha intentado precisar su área de investigación y práctica, por medio de la disciplina enfermera, Fawcett examinó los escritos de varias enfermeras teorizadoras y reconoció, como Flaskerud y Halloran, que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en cada escrito (59).

El paradigma es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esta disciplina. es un elemento transitorio y estratégico para la formación de la teoría; el paradigma denota el sistema predominante de filosofía, ciencia y teoría adoptado por una disciplina. Designa aquello que un colectivo científico tiene en común (60).

El Metaparadigma es la perspectiva más global y abstracta de la disciplina. La necesidad de definir la disciplina de enfermería ha dado lugar a que se determinaran por consenso los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos son la persona, el ambiente, la salud y el cuidado que forman el Metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina. Su función según Fawcett, es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones representen una perspectiva única y diferenciada, es decir, debe ser neutral y universal; sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual (61).

4.3 Teoría de enfermería

La enfermería se ha consolidado como ciencia y como profesión. Para consolidarse necesita de una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; así como un desarrollo práctico, que la hace útil y funcional. Para esto se han desarrollado múltiples modelos de enfermería (62).

Un modelo es una representación de la realidad, un ejemplo, una analogía que ayuda a comprender algo que no se puede ver directamente o de lo que se desconoce o sabe poco; no es la realidad, si no una abstracción de esta. Estos adquieren significado cuando son capaces de trasladarlos a la práctica y probarlos. De esta manera se demuestra el proceso del cuidado de enfermería, guiado por un modelo y permitiendo obtener calidad de vida en las personas a las que se atiende contribuyendo a mejorar su nivel de salud(62,63,).

Un modelo conceptual ofrece una perspectiva única a partir de la cual el personal de enfermería podrá desarrollar conocimientos que le servirán en la práctica (62).

La teoría es definida como uno o más conceptos relativamente concretos y específicos que son derivados de un modelo conceptual, y proposiciones que describen limitadamente esos conceptos, y que afirman relaciones específicas y concretas entre dos o más conceptos. Por lo tanto, todas las teorías son modelos (64).

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene es el de Virginia Henderson, ya que es totalmente compatible con el Proceso Enfermero (PE).

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera (62).

De acuerdo a este modelo, 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 (62).

Virginia Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios (62).

El principio máximo para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia lo antes posible (62).

Para Henderson el/la enfermero/a es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz (62).

Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona (62).

Conceptos metaparadigmáticos de Virginia Henderson:

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad (65).

El entorno es el conjunto de factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control (65).

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas (65).

La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo (65).

Virginia Henderson en su teoría define los siguientes elementos:

- Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas (65).

- Usuario del servicio. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo (65).
- Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos (65).
- Enfermera como sustituta. Compensa lo que falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma (65).
- Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma (65).
- Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado (65).
- Fuente de dificultad. También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas (65).
- Cuidados básicos. Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona (65).
- Independencia. Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer

las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida (65).

- Autonomía. Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma (65).
- Agente de autonomía asistida. Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia (65).
- Manifestaciones de independencia. Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas (65).
- Manifestaciones de dependencia. Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad (65).
- Intervención de la enfermera. El control de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (porqué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución e las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia en una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable (65).
- Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas (65).

Las 14 necesidades son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componente biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para

todos los seres humanos, pero cada persona la satisface y manifiesta de una manera.

1. Respirar normalmente. La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. La valoración pretende conocer la función respiratoria de la persona, incluye masaje cardíaco y control de oxigenación. (65).
2. Nutrición. La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo (65).
3. Eliminación. El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel (sudor, transpiración), respiración pulmonar y la menstruación. Esta valoración pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona (eliminación intestinal, vejiga, piel, menstruación). Los datos obtenidos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes (65).
4. Moverse y mantener buena postura. Es un requisito indispensable para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Está condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultura, rol social) (65).
5. Dormir y descansar. Es la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociado tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. Las personas tienen la necesidad de dormir y descansar durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las

actividades de la vida, para mantener la salud. Sin sueño y descanso, la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía (65).

6. Vestirse/ arreglo personal. Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa (65).
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. Se refiere a la necesidad de la persona de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente. se persigue promover la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura en cifras normales, actuar ante las alteraciones de temperatura corporal relacionadas con enfermedades, y prevenir complicaciones derivadas de éstas. (65).
8. Mantener la higiene corporal. Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. por otro lado, es imprescindible procurar una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo. Con esta valoración, se pretende conocer la idoneidad de la higiene de la persona, la capacidad para su ejecución y evaluar el estado de la piel y mucosas (65).
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar personas. Se valora que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que

favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas (65).

10. Comunicarse con los demás expresando emociones. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de comunicarse y relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre otras se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor. Para la persona es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. Se debe valorar el equilibrio entre la soledad- interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con la familia, amigos y pareja, etc. (65).
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores. Persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionadas con la salud. Posee una relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo.. La necesidad de vivir o adoptar estilos de vida saludables según unos valores y creencias es más una necesidad psicológica o espiritual que fisiológica. Esta necesidad adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura (65).
12. Ocupación para auto-realizarse. La necesidad de autorrealización valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar. La satisfacción de esta necesidad está ligada con el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con los valores e intereses de la persona. Valora patrones de conducta, capacidades, actividades,

respuestas positivas y negativas, esfuerzos cognitivos y conductuales. Tarea adaptativa. Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestando en términos de tolerancia al estrés. Incluye capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes (65).

13. Participar en actividades recreativas. El ser humano tiene necesidad de ocio y recreación. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta necesidad (65).
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad. Ésta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea la persona acerca de su proceso. Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje (65).

Éstas necesidades son comunes a todos los individuos, cada persona tiene la habilidad y la capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como la estrecha interrelación que existen entre ellas, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

El estudio por separado de cada una de ellas, en ningún momento da la visión del ser humano en su totalidad sino, solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de éstas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

4.4 Proceso de Enfermería

La ciencia de enfermería se basa en un amplio marco teórico; su arte radica en las habilidades del cuidado y capacidades de cada enfermera. Los profesionales de esta área reconocen la necesidad de que sus practicantes deben actuar profesionalmente

y ser responsables de la atención que ofrecen. Para asegurar la planificación y entrega afectiva de los cuidados de enfermería, los profesionales han adoptado un enfoque estructurado llamado “proceso de enfermería” (66).

El proceso de enfermería (PE) es un modelo sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa la resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realiza el personal de enfermería, por lo cual establece la base para la toma de decisiones.

Su uso establece la plataforma del razonamiento clínico, permite organizar tanto actividades cognitivas como la entrega de cuidados de enfermería, es más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados. Es lo que guía el pensamiento formal de las enfermeras. Las habilidades y capacidades que enfermería debe poseer al usar el proceso de enfermería, se pueden dividir en tres categorías: cognitiva (pensamiento, razonamiento), psicomotora (hacer) y efectiva (sentimientos, valores) (66).

El proceso de enfermería para atención del individuo, familia y comunidad, consiste en identificar los problemas de salud que son competencia de este profesional, y en decidir cuáles son los mejor tratamientos para los mismos, lo que conlleva la responsabilidad de evaluar los resultados obtenidos. (66)

Cuenta con cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

1. Valoración: Proceso organizado y sistemático de recogida y análisis de información sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas, así como recursos y capacidades con las que cuenta la persona y/o familia. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad (65). Consta de las siguientes fases:

- 1) Recogida de datos. Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas (65). La obtención de los datos se realizará:

- Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física) (65).
- Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc. (65)

Los métodos para la recogida de datos son la entrevista, la observación y la exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería (65).

- 2) Validación o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces, suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes (65).
- 3) Organización de los datos agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados (65).

2. Diagnóstico: Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/ procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. Consta de dos fases:

- 1) Análisis de datos: tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de Colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente (65).
- 2) Identificación de los problemas:
 - Problema de Colaboración. Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en la que la

persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico (65).

- Diagnóstico de Enfermería. Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas (65).
- Problema de Autonomía. Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias (65).

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser Reales o potenciales y de Riesgo:

- Real. Describe las respuestas humanas o estados de salud/ procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración (65).
- Riesgo. Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración (65).

Pasos para un diagnóstico:

- Priorizar. Pedir al individuo/ familia que identifique su principal preocupación.
- Verificar que la valoración ha sido realizada de forma sistemática y global.

- Realizar una lista de problemas reales y potenciales identificando los aspectos y funcionamientos normales, deteriorados o en riesgo de deterioro, centrándose así en el esfuerzo en las áreas problemáticas.
- Buscar las evidencias para asegurar la corrección del diagnóstico, considerar cada problema buscando la presencia de las características definitorias asociadas.
- Determinar las causas del problema (R/C), serán los factores relacionados presentes en el diagnóstico lo que oriente a las intervenciones específicas.
- Si se detectan factores de riesgo sin evidencias del problema se debe identificar como diagnóstico de riesgo (potencial), e intervenir sobre ellos para evitar la aparición del problema.
- Involucrar al individuo/ familia en los problemas detectados informando sobre ellos, deben ser parte fundamental en su resolución y tiene el derecho legal a esta información.
- Evaluar los recursos con los que cuenta el individuo/ familia, físicos, cognitivos, emocionales y materiales.
- Considerar y evaluar el estilo de vida y los patrones de afrontamiento de la persona (65).

3. Planificación.

- 1) Establecimiento de prioridades para el abordaje de los problemas.
 - Problemas que amenacen la vida del individuo.
 - Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
 - Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución lo minimiza o soluciona.
 - Problemas a resolver por enfermería.
 - Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar (65).
- 2) Establecimiento de resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que oriente y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo (65).
 - ¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer?
¿Cuándo?
- 3) Selección de intervenciones y actividades.

- En los diagnósticos reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones (65).
 - En los diagnósticos de riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste (65).
- 4) Registro del plan de cuidados, elemento clave para la planificación de los cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal.
4. Ejecución. Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos (65).
- 1) Preparación revisando las intervenciones propuestas para:
- Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica.
 - Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarias para realizarlas.
 - Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
 - Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras (65).
- 2) Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos (65).
- 3) Registro de las intervenciones y respuestas del individuo (65).
5. Evaluación. está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continua, y en cada una de ellas se evalúa:
- 1) Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del PAE.

- 2) Diagnóstico: el PAE es exacto y adecuado.
- 3) Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- 4) Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados (65).

En esta última etapa, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados (65).

4.5 Patología

Cáncer de mama

El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse (67).

Anatomía de la mama

La glándula mamaria queda delante del pectoral mayor en la cara anterior del tórax y en la parte más profunda de la piel, donde se desarrolló como glándula sudorípara modificada (67).

Se extiende en el plano vertical entre la 2-6 costilla y en el plano horizontal entre el esternón y la línea axilar anterior. Unida a la piel a través de ligamentos suspensorios (67).

El tamaño y el contorno de la glándula dependen de la cantidad de grasa contenida en las trabéculas del estroma de tejido conectivo del órgano. Entre los lobulillos adiposos quedan unas 20 glándulas alveolares compuestas, dispuestas como en racimos de uvas. Sus conductos convergen y desembocan en la punta del pezón, una elevación central que posee músculo involuntario y puede tener erección. Debajo del pezón, que está rodeado por una zona circular pigmentada llamada areola, cada conducto forma una pequeña dilatación (seno lactífero) que se estrecha para entrar en el pezón (67).

La linfa llega al plexo subareolar, terminando el 75% de ésta en ganglios linfáticos axilares, los cuales se dividen en tres niveles de Berg según su posición anatómica:

- Bajo el borde inferior del pectoral menor.
- Posterior al pectoral menor.
- Subclavicular (67).

La irrigación de la porción medial está dada por las ramas perforantes de la arteria torácica interna, la de la porción lateral está dada por ramas mamarias de la arteria torácica lateral y las arterias intercostales posteriores (67).

Fisiología de la mama

El desarrollo de las mamas se rige por la acción sincrónica de un complejo hormonal. Las hormonas esenciales son el estrógeno, la progesterona y las hormonas de la hipófisis somatotrofina (STH), prolactina (PRL) y adenocorticotrofina (ACTH). La proliferación de los conductos es controlada por la acción del estrógeno, la STH y las hormonas de la corteza suprarrenal. El crecimiento de los lobulillos es regulado por la acción de la progesterona, la STH, los esteroides de la corteza suprarrenal y la PRL (68).

Dos años de la menara la mama aumenta su tamaño y se dividen y distribuyen los conductos galactóforos. Después de la primera ovulación se forman los ovulillos. A partir de este momento, la glándula sufre variaciones clínicas hormonales, como turgencia y molestias en la fase lútea del ciclo. Durante el embarazo se originan nuevos lobulillos y alvéolos, aumenta el volumen de las mamas por retención hídrica, las venas superficiales se visualizan mejor y la aréola y el pezón adquieren un color más oscuro. El calostro se origina a partir del cuarto mes de gestación y la secreción de la leche en el posparto se debe a la acción de la prolactina. A los 35 años comienza la involución mamaria, más acentuada en la menopausia, con una reducción del tejido glandular que es estimulado por tejido adiposo y conjuntivo (68).

Factores etiopatogénicos y epidemiológicos para desarrollar cáncer de mama

Factores de alto riesgo:

- Edad: entre 45 a 55 años, luego decrece y aumenta a los 70 años. Un 10% asienta en mujeres menores de 40 años (68).
- Factor hereditario: el 10% son hereditarios y, la mayoría, son resultado de mutaciones de los genes BRCA1 BRCA2. Se ha establecido una escala

relacionada con la consanguineidad: las mujeres que tienen un familiar de primer grado con Ca de mama duplican el riesgo. Aumenta con la cantidad de familiares afectados, la bilateralidad y la aparición antes de la menopausia (68).

- Poblacional y geográfico: es frecuente en la raza blanca y raro en la raza amarilla (68).
- Factor hormonal: el 40% de los carcinomas mamarios es hormono-dependiente de estrógenos y progesterona, por lo que el riesgo se eleva en caso de menarca temprana, menopausia tardía, primigesta mayor de 30 años, nuliparidad, ausencia o breve período de lactancia, estimulación estrogénica prolongada, ciclos monofásicos y carcinoma de la otra mama, de endometrio o de ovario (68).
- Biopsia mamaria: las mujeres sometidas a biopsia por lesión benigna tiene un riesgo relativo (RR) de cáncer de 1,7 más que las pacientes que no tiene cirugía previa (68).
- Lesiones mamarias benignas: el RR se clasifica según el diagnóstico histopatológico. Las lesiones proliferativas sin atipia tienen un RR entre 1,5 y 2.0 ligeramente elevado. Las lesiones proliferativas con atipia (hiperplasia ductual o lobulillar atípica) tienen un RR entre 4 y 5 moderadamente elevado (68).
- Otros factores comunicados son: la exposición a la radiación ionizante, la obesidad, las dietas ricas en grasas, el tabaco y el alcohol (68).

Historia natural del cáncer de mama

El cáncer de mama se origina generalmente en el epitelio de revestimiento de los conductos y su crecimiento esta condicionado por los factores del tumor y del huésped. 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 (69).

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 (69).

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 (69).

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 (69).

Estadios del cáncer de mama

La determinación del estadio describe donde se encuentra el cáncer, cuánto ha crecido, si se ha diseminado y hacia donde. Hay diferentes tipos de descripciones de los estadios para los distintos tipos de cáncer. El más usado es el Sistema de determinación de estadios de TNM, que por medio de las pruebas de diagnóstico y las exploraciones, responden a las siguientes preguntas:

- Tumor (T): ¿qué tan grande es el tumor primario?, ¿dónde está ubicado?
- Ganglio (Node, N): ¿el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos? De ser así, ¿a dónde y cuántos?
- Metástasis (M): ¿el cáncer ha hecho metástasis hacia otras partes del cuerpo? De ser así, ¿a dónde y en qué medida? (70).

Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer.

Existen 5 estadios: estadio 0 (cero), que es carcinoma ductal in situ no invasivo (DCIS), y los estadios I a IV (1 a 4), que representan cáncer de mama invasivo. El estadio es una forma frecuente de describir el cáncer, de manera que los médicos puedan planificar de forma conjunta los mejores tratamientos (70).

Determinación del estadio en el TNM para el cáncer de mama:

1. El estadio clínico esta basado en los resultados de las pruebas que se realizan antes de la cirugía, que pueden incluir examen físico, mamografía, ultrasonido y exploraciones por MRI.
2. Se asigna el estadio patológico de acuerdo a los resultados de patología del tejido mamario y de cualquier ganglio linfático extirpado durante la cirugía (70).

Se otorga más importancia al estadio patológico que al clínico.

Sistema TNM:

Tumor (T).

Se utiliza la "T" más una letra o un número (de 0 a 4) para describir el tamaño y la ubicación del tumor. Algunos estadios se dividen en grupos más pequeños que permiten describir el tumor de manera específica:

TX: no se puede evaluar el tumor primario.

T0 (T más cero): no hay evidencia de cáncer en la mama (70).

Tis: se refiere al carcinoma in situ. El cáncer se limita a los conductos o los lobulillos del tejido mamario y no se ha diseminado al tejido circundante de la mama. Hay tipos de carcinoma in situ:

- Tis (DCIS): es un cáncer no invasivo, pero si no se extirpa, más adelante puede avanzar a un cáncer de mama invasivo. Significa que se han encontrado células cancerosas en los conductos mamarios y que estas no se han diseminado más allá de la capa de tejido donde se originaron (70).
- Tis (LCIS): el carcinoma lobular in situ (LCIS) describe las células anormales que se encuentran en los lobulillos o las glándulas de la mama. No es cáncer, pero aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama invasivo (70).
- Tis (enfermedad de Paget): la enfermedad de Paget del pezón es una forma rara de cáncer de mama no invasivo en etapa temprana que se limita a las células cutáneas del pezón.. En algunas ocasiones se asocia a otro cáncer de mama invasivo, clasificándolo en función del estadio del tumor invasivo (70).

T1: la parte invasiva del tumor en la mama mide 20 milímetros (mm) o menos en su área más ancha. Esto es poco menos de una pulgada. Este estadio después se desglosa en 3 subestadios según el tamaño del tumor:

- T1a es un tumor que mide más de 1 mm, pero hasta 5 mm o menos.
- T1b es un tumor que mide más de 5 mm, pero hasta 10 mm o menos.

- T1c es un tumor que mide más de 10 mm, pero hasta 20 mm o menos. (70).

T2: la parte invasiva del tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm (70).

T3: la parte invasiva del tumor mide más de 50 mm (70).

T4: el tumor se clasifica en uno de los siguientes grupos:

- T4a es un tumor que ha crecido hasta afectar la pared torácica.
- T4b es un tumor que ha crecido hasta afectar la piel.
- T4c es el cáncer que ha crecido hasta afectar la pared torácica y la piel.
- T4d es un cáncer inflamatorio de mama (70).

Ganglio (N)

La “N” corresponde a la abreviatura de ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos ubicados debajo del brazo, arriba y debajo de las clavículas y debajo del esternón se denominan ganglios linfáticos regionales. Los ganglios linfáticos ubicados en otras partes del cuerpo se denominan ganglios linfáticos distantes. Si el médico evalúa los ganglios linfáticos antes de la cirugía con base en otras pruebas y/o un examen físico, se coloca una letra “c” por el estadio “clínico” delante de la “N”. Si el médico evalúa los ganglios linfáticos después de la cirugía, lo que constituye una evaluación más exacta, se agrega una letra “p” por el estadio “patológico” delante de la “N” (70).

Estadios patológicos:

NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos.

N0: no se encontró presencia de cáncer en los ganglios linfáticos.

N0(i+): cuando se encuentran áreas muy pequeñas de células tumorales “aisladas” en un ganglio linfático debajo del brazo, denominados ganglios linfáticos axilares. Este es, generalmente, de menos de 0.2 mm o menos de 200 células. En este estadio, los ganglios aún se denominan N0, pero también se coloca “i+” (70).

N1mic: el cáncer en los ganglios linfáticos axilares mide más de 0.2 mm, pero menos de 2 mm y solo se puede observar con un microscopio. Esto, a menudo, es llamado micrometástasis (70).

N1: el cáncer se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares debajo del brazo y mide, al menos, 2 mm. Esto es denominado macrometástasis. Esta categoría puede incluir ganglios linfáticos mamaros internos positivos si se detectan durante un procedimiento de ganglios linfáticos centinela y no mediante otras pruebas. Los ganglios linfáticos mamaros internos se ubican debajo del esternón (70).

N2: el cáncer en los ganglios linfáticos se clasifica en uno de los siguientes grupos:

- N2a es el que se ha diseminado a un número de 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o debajo del brazo (70).
- N2b es el que se ha diseminado a ganglios linfáticos mamarios internos sin diseminarse a los ganglios axilares (70).

N3, se clasifica en:

- N3a es el cáncer que se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos debajo del brazo o a aquellos ubicados debajo de la clavícula (70).
- N3b es el cáncer que se ha diseminado a los ganglios mamarios internos y a los axilares (70).
- N3c es el cáncer que se ha diseminado a los ganglios linfáticos ubicados por encima de la clavícula, denominados ganglios linfáticos supraclaviculares (70).

Es poco frecuente que se extirpan los ganglios linfáticos supraclaviculares o mamarios internos al momento de la cirugía. Si hay presencia de cáncer en estos ganglios, se realiza radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal (70).

Metástasis (M)

La "M" indica si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

MX: no se puede evaluar la diseminación a distancia.

M0: la enfermedad no ha hecho metástasis.

M0 (i+): no hay evidencia clínica ni radiográfica de metástasis distantes. La evidencia microscópica de células tumorales se encuentra en la sangre, la médula ósea u otros ganglios linfáticos que midan más de 0.2 mm (70).

M1: hay evidencia de metástasis en otra parte del cuerpo, es decir, hay células del cáncer de mama que crecen en otros órganos (70).

Estadios:

Estadio 0: describe una enfermedad que se limita a los conductos y lobulillos del tejido mamario y que no se ha diseminado al tejido circundante de la mama. También se denomina cáncer no invasivo (Tis, N0, M0) (70).

Estadio IA: el tumor es pequeño, invasivo y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos (T1, N0, M0) (70).

Estadio IB: el cáncer se ha diseminado solo a los ganglios linfáticos y mide más de 0.2 mm, pero menos de 2 mm. No hay evidencia de tumor en la mama o el tumor en la mama mide 20 mm o menos (T0 o T1, N1mic, M0) (70).

Estadio IIA: cualquiera de estas condiciones:

- No hay evidencia de un tumor en la mama, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, aunque no a zonas distantes del cuerpo (T0, N1, M0) (70).
- El tumor mide 20 mm o menos y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T1, N1, M0) (70).
- El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T2, N0, M0) (70).

Estadio IIB: cualquiera de estas condiciones:

- El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm y se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares (T2, N1, M0) (70).
- El tumor mide más de 50 mm pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T3, N0, M0) (70).

Estadio IIIA: un cáncer de cualquier tamaño que se haya diseminado a un número de 4 a 9 ganglios linfáticos axilares, pero no a otras partes del cuerpo (T0, T1, T2 o T3, N2, M0). El estadio IIIA también puede ser un tumor mayor que 50 mm que se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos (T3, N1, M0) (70).

Estadio IIIB: el tumor se ha diseminado a la pared torácica o ha causado hinchazón o ulceración de la mama o se diagnostica como cáncer inflamatorio de mama (en inglés). Puede o no haberse diseminado a los ganglios linfáticos debajo del brazo, pero no se ha diseminado a otras partes del cuerpo (T4; N0, N1 o N2; M0) (70).

Estadio IIIC: tumor de cualquier tamaño que no se ha diseminado a partes distantes del cuerpo, pero se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares o a los ganglios linfáticos del grupo N3 (cualquier T, N3, M0) (70).

Estadio IV (metastásico): el tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a otros órganos, como huesos, pulmones, cerebro, hígado, ganglios linfáticos distantes o pared torácica (cualquier T, cualquier N, M1). Se observa diseminación del cáncer metastásico al momento del primer diagnóstico de cáncer en alrededor del 5 % al 6 % de los casos. Esto se llama cáncer de mama metastásico de novo.

Con mayor frecuencia, el cáncer de mama metastásico se detecta después de un diagnóstico previo del cáncer de mama en estadio temprano (70).

Recurrente: el cáncer recurrente es el cáncer que reaparece después del tratamiento y puede describirse como local, regional o distante (70).

Detección temprana del cáncer de mama

El screening o tamizaje implica el estudio de una población con el propósito de detectar la enfermedad no diagnosticada. El screening mamario conduce a la reducción de la mortalidad gracias al diagnóstico de lesiones en estudios iniciales. En los estudios clínicos prospectivos aleatorizados se utilizaron el examen físico, el autoexamen de mama y la mamografía. Las conclusiones finales demostraron que la mamografía de screening mamario ha disminuido en un 30% la mortalidad del Ca de mama (68).

Recomendaciones de la American Cancer Society:

- En mujeres de bajo riesgo: Menores de 40 años realizar autoexamen mensual y examen anual. En mayores de 40 años autoexamen mensual, examen anual, mamografía (40/50 años- bianual y mayores de 50 años- anual) (68).
- En mujeres de alto riesgo: con cáncer de mama previo, antecedentes familiares, enfermedad fibroquística, mujeres mayores de 50 años, primiparidad tardía, otra neoplasia, menarca precoz, menopausia tardía. Realizar autoexamen mensual, examen anual, y mamografía de base a los 35 años anual (68).

Las mujeres con resultado anormal a la mastografía o a la exploración clínica deben referirse a evaluación diagnóstica para confirmación histopatológica y posteriormente a tratamiento oncológico para los casos positivos de cáncer. El reporte de resultados de mastografía en México se realiza con el sistema del Colegio Americano de Radiología denominado BIRADS (del inglés Breast Imaging Report and Database System), las mujeres con resultado de BIRADS 0 y 3 deben contar con un estudio de imagen complementario, a partir de ahí, decidir su seguimiento o referencia para evaluación diagnóstica (71).

Clasificación histopatológica

La OMS divide los tumores epiteliales mamarios malignos en dos grupos: carcinoma no infiltrante (in situ) y carcinoma infiltrante. La mayoría se originan en los conductos

y, con menor frecuencia, en los lobulillos. La enfermedad de Paget de la mama, por sus características histobiológicas, se considera como una entidad propia (68).

- Carcinoma no infiltrante- Carcinoma in situ (CIS). Está formado por células atípicas confinadas a su sitio de origen, sin evidencia demostrable por microscopia óptica de invasión de la estroma basal (68).
- Carcinoma lobulillar in situ (CLIS). Es una proliferación epitelial de células pequeñas, atípicas y homogéneas que rellena y distiende los lobulillos, conservando su arquitectura. No tiene expresión clínica ni mamográfica; en ocasiones se evidencia como pequeñas manchas y rara vez se calcifica. El CLIS suele ser un hallazgo en el estudio de una displasia o de un carcinoma simultáneo. Tiene carácter plurifocal y multicéntrico. Se presenta bilateral en el 30% de los casos. No origina metástasis. Se considera un marcador de riesgo simple para el desarrollo de un carcinoma invasor de la mama, de tipo ductal en vez de lobulillar, bomolateral o contralateral, pasados unos 15- 20 años. Se indica seguimiento expectante clínico-radiológico tras la biopsia diagnóstica (68).
- Carcinoma ductual in situ (CDIS). Es un carcinoma originado en el epitelio de los conductos. Se considera un precursor directo del carcinoma mamario invasor. En un alto porcentaje es bilateral y multicéntrico. Solo el 2% da metástasis ganglionares. Se puede diagnosticar clínicamente a partir de un tumor palpable, de un derrame sanguinolento por el pezón o una enfermedad de Paget. También puede ser un hallazgo histopatológico casual de un proceso palpable. Lo más frecuente es la detección mamográfica de microcalcificaciones retromamilares anárquicas (gruesas e irregulares, dispuestas en forma longitudinal en la zona de los grandes conductos galactóforos), que demandan una biopsia radioquirúrgica para determinar el diagnóstico histopatológico. Se debe diferenciar de la hiperplasia ductual atípica. Se debe realizar: tumorectomía amplia, tumorectomía amplia más radioterapia, cuadrantectomía más linfadenectomía más radioterapia (68).
- Carcinoma infiltrante. La OMS clasifica los tumores infiltrantes en tres categorías:
 - Carcinoma ductual infiltrante: es el más frecuente (70-80%).

- Carcinoma lobulillar infiltrante: representa el 15%. Tiene el mismo riesgo de multicentricidad y bilateralidad que el CLIS.
- Formas especiales de carcinomas infiltrantes, representan una minoría y son los siguientes: medular, mucinoso, adenoquístico, papilar, tubular, apocrino, metaplásico, lipidosecretante y secretante o juvenil (68).

Diseminación metastásica del cáncer de mama

La diseminación hemática es precoz y, a veces, simultánea con la invasión linfática.

- Vía directa: el tumor infiltra la estroma glandular y el tejido adiposo mamario. Con posterioridad puede comprometer el músculo pectoral, la parrilla costal y la piel (68).
- Vía linfática: el 40- 50% de los tumores del cuadrante supero externo provoca metástasis en los ganglios axilares y el 28% de los tumores de los cuadrantes internos o retro areolares origina metástasis en los ganglios de la mamaria interna con un peor pronóstico. El compromiso de los nodos infra claviculares y supraclaviculares es superior a la invasión mencionada, con un pronóstico sombrío (68).
- Vía hemática: las metastásicas más frecuentes se localizan en hueso, pulmón, pleura, hígado, piel, sistema nervioso central y ovarios (68).

Diagnóstico

Se basa en la clínica, la mamografía y la biopsia. La historia clínica debe reflejar los signos, síntomas y los factores de riesgo elevados. El motivo de consulta más frecuente es el hallazgo de un tumor, para que resulte palpable debe medir más de 0,5 cm. El 55% de los carcinomas asienta en el cuadrante supero externo; en orden de presentación le siguen el cuadrante supero interno, la zona retroareolar, el cuadrante inferoexterno y el cuadrante inferointerno. A la palpación, el tumor tiene forma poco definida, superficie irregular, límites difusos por su desarrollo infiltrante y consistencia dura. Sólo es posible movilizarlo con la glándula. El crecimiento del tumor acorta el ligamento de Cooper y provoca depresión de la piel. En etapas avanzadas, la neoplasia se puede adherir a los planos profundos, al tejido celular o a la piel (68).

Otros signos importantes son derrame por el pezón, puede ser sanguinolento, a través de un solo conducto, lo que indicaría un cáncer intracanalicular, y las

alteraciones cutáneas (eccema, úlcera, piel naranja). El examen siempre se completa con la exploración de las regiones axilar y supraclavicular para determinar si el proceso es local o loco regional. Si hay compromiso ganglionar se deben detallar sus características, así como la existencia de un posible linfedema debido al bloqueo linfático por metástasis (68).

La mamografía permite estimar el diagnóstico, y demostrar las lesiones sincrónicas o multicéntricas. Su informe debe contemplar los caracteres morfológicos de la masa dominante, las microcalcificaciones, agrupadas o irregulares, que se pueden presentar solas o asociadas con el tumor y los signos secundarios. a veces se requiere una ecografía. El diagnóstico de certeza lo ofrece la biopsia y su examen histológico (68).

Tratamiento del cáncer de mama

Los esquemas terapéuticos para el cáncer de mama se basan en la cirugía, la radioterapia y las terapias sistémicas (quimioterapia y hormonoterapia).⁷

Las opciones actuales de cirugía son: mastectomía radical modificada y el tratamiento conservador (68).

Mastectomía

- Mastectomía simple: fue el primer tratamiento quirúrgico aplicado, ya que el cáncer se consideraba una enfermedad local. Consiste en la extirpación de la mama con su piel, sin la aponeurectomía pectoral y sin exploración axilar; por lo que no es una cirugía radical. Se indica para la toilette de los tumores avanzados (68).
- Mastectomía radical: incluye la resección en bloque de la mama con sus envolturas, los músculos pectorales mayor y menor con sus aponeurosis, parte del recto anterior del abdomen, el serrato mayor, el subescapular y parte del dorsal ancho con un vaciamiento axilar completo. En la actualidad su aplicación es limitada; se puede considerar cuando el tumor compromete el músculo pectoral mayor (68). Se conoce como mastectomía radical de Halsted y de Meyer. Halsted comenzaba la intervención por la mama y terminaba en la axila; Meyer empezaba por el vaciamiento axilar y seguía con los pectorales para acabar con la mama. La incisión empleada era vertical, y los resultados estéticos eran pésimos. Este había sido el tratamiento

quirúrgico estándar del cáncer de mama durante muchos años, hasta que fue reemplazado por la cirugía conservadora de mama (72).

- Mastectomía superradical: hoy solo tiene valor histórico. Urban combinaba la técnica de Halsted y la extirpación de los espacios intercostales para reseca los ganglios mamarios internos. Otros autores asociaron la desarticulación escapulo humeral (68).
- Mastectomía radical modificada: surgió a finales de los años 1940. Sus resultados no empeoraron respecto de los logrados por Halsted; por el contrario, mejoraron las secuelas funcionales posquirúrgicas (68).
 - Mastectomía radical modificada de Patey. En esta técnica se extirpa la glándula mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo (72).
 - Mastectomía radical modificada de Madden y Auchincloss. En esta técnica se extirpa la glándula mamaria sin pectorales, con vaciamiento axilar completo. La incisión empleada es horizontal, con lo cual mejora el resultado cosmético (72).

Indicaciones:

- Tumores de más de 3 cm.
- Tumores multifocales.
- Algunos sarcomas sin invasión de pectorales.
- Tumores en estadios I y II.
- Tumores en estadio III como parte de un tratamiento multimodal.
- Cáncer de mama durante el embarazo.
- Recidiva tras cirugía conservadora.
- Cáncer de mama en el varón (72).

Complicaciones

Pueden surgir durante o después de realizar una mastectomía (72).

Complicaciones intraoperatorias:

- Lesiones vasculares: lesión de la vena axilar por tracción o arrancamiento de alguna de sus ramas, es la más frecuente, debido a que la disección axilar completa obliga a extirpar los ganglios a ese nivel (72).

- Neumotórax. Se produce por perforación de la pleura parietal, que se resuelve con la colocación de un tubo de drenaje torácico y sutura (72).
- Lesiones nerviosas. Durante la disección axilar se pueden producir lesiones nerviosas del nervio torácico largo o serrato, del toracodorsal o dorsal ancho, o incluso del plexo braquial, cuyas manifestaciones clínicas sensitivas y motoras aparecen posteriormente (72).

Complicaciones postoperatorias precoces:

- Anemia. En los casos de mamas irradiadas previamente y en las que se realiza una mastectomía radical (72).
- Hematomas. Por hemorragia de un vaso y el fracaso del drenaje que hemos colocado, y que en algunos casos obliga a reintervenir a la paciente para vaciar el hematoma y realizar hemostasia si encontramos el origen de la hemorragia. Otras veces con un vendaje compresivo y punciones evacuadoras es suficiente(72).
- Seromas. Es una de las complicaciones más frecuentes, y se produce como consecuencia de un mal funcionamiento de los drenes, mala hemostasia o gran movilización de la grasa axilar. Estos se pueden solucionar con punción-aspiración y vendaje compresivo, aunque a veces es necesario colocar un nuevo drenaje aspirativo (72).
- Dehiscencia de la herida. Se produce cuando al aproximar los colgajos éstos quedan a tensión, pudiendo llegar a necrosarse. Para evitarlo los colgajos no deberán quedar nunca a tensión. Si se produce una dehiscencia, hay que esperar una cicatrización por segunda intención (72).
- Infección de la herida (72).
- Flebitis y tromboflebitis de la vena axilar o subclavia (72).

Complicaciones postoperatorias tardías:

- Cicatrices queloides (72).
- Contracturas y atrofas del pectoral mayor, por lesión del nervio torácico anterior (72).

- Alteración en la movilidad del hombro. Puede llegarse a un “hombro congelado” por falta de movilidad del brazo y hombro, originando retracciones ligamentosas y tendinosas, y finalmente una fijación de la articulación (72).
- Parestesias en la axila y parte medial del brazo (72).
- Alteraciones en la columna vertebral como escoliosis, cifosis o contracturas cervicales, sobre todo en pacientes con mamas muy grandes (72).
- Linfedema. Se produce en consecuencia de una alteración en el vaciado linfático a nivel axilar, producido por vaciamientos axilares completos asociados a radioterapia (72).

Tratamiento conservador (TC)

Nace la cirugía conservadora, preconizada por los doctores Wise, Fisher, Spitalier, Salvadori y Veronesi, entre otros. Éstos demostraron que mediante la extirpación del tumor con un margen de seguridad, la linfadenectomía axilar y la radioterapia adyuvante se obtenían las mismas curvas de supervivencia libre de enfermedad y recidivas locales que la cirugía radical. Es el tratamiento de elección para los estadios iniciales, es decir, tumores no mayores de 3 a 4 cm (excluidos los T4) con adenopatías o sin ellas, dentro de los límites del N1 (68).

La intervención consiste en un primer tiempo mamario, en el que se efectúa una incisión amplia con márgenes de seguridad del nódulo mamario (tumorectomía, cuadrantectomía, etc.) y biopsia por congelación. De acuerdo con el informe histopatológico corresponde un segundo tiempo axilar, en el que se realiza una linfadenectomía que deberá garantizar una muestra satisfactoria (no menor de 10 ganglios linfáticos). El concepto de la linfadenectomía radical con fundamento terapéutico ha dejado su lugar al de la linfadenectomía parcial (niveles I y II) en función de la menor morbilidad y, principalmente, debido a que la linfadenectomía se lleva a cabo con criterio pronóstico y de estadificación (68).

En pacientes jóvenes con discordancia de volumen tumoral-mamario puede ser factible el uso de quimioterapia o radioterapia neoadyuvante para disminuir el tamaño de la neoplasia y luego efectuar el TC, con el cual se logran 4 objetivos importantes: máximo control local, estadificación de la enfermedad gracias al

vaciamiento axilar homolateral, mínimas secuelas posquirúrgicas y mayor beneficio estético y psicológico (68).

Ganglio centinela

Es la primera estación del drenaje linfático del tumor primario hacia el grupo axilar regional. Debe distinguirse del resto de los ganglios regionales por un método preciso para resecarlo y realizar el estudio histopatológico, que ofrece información sobre el estado de los ganglios axilares con alto grado de seguridad. Mediante técnicas inmunohistoquímicas se pueden detectar las micrometástasis. Existen dos técnicas para identificar el ganglio centinela: la inyección con colorante vital y la cirugía radioguiada, previa linfocentellografía axilar (68).

Radioterapia

Consiste en aplicar radiaciones de alta energía. Estas pueden ser fotones o electrones producidos por aceleraciones lineales. La radioterapia tiene diversas indicaciones:

- Tratamiento adyuvante de la cirugía conservadora: es fundamental para eliminar la enfermedad residual microscópica, pues el índice de recidiva es elevado. Se irradia el volumen mamario mediante dos campos tangenciales y, en general, se refuerza el lecho tumoral (boost). Esta sobrecarga también se puede efectuar mediante el uso de electrones o el implante de iridium radiactivo (braquiterapia) (68).
- Tratamiento adyuvante de la mastectomía radical y la quimioterapia: ante lesiones extensas, para reforzar el lecho axilar, la cadena de la mamaria interna y los ganglios supraclaviculares (68).
- Tratamiento neoadyuvante: (previo a la cirugía) para reducir el volumen tumoral (68).
- Opción terapéutica principal: para el control locorregional, si no es factible la cirugía (68).
- Tratamiento de la metástasis: pulmonares, hepáticas, cerebrales, óseas (68).

Tratamientos sistémicos

Controlan la propagación de la enfermedad (68).

La quimioterapia consiste en aplicar drogas por vía intravenosa que conducen a la muerte celular. La poliquimioterapia ha demostrado mayor eficacia que la monoquimioterapia (68).

La hormonoterapia consiste en administrar sustancias con efecto competitivo (tamoxifeno), sustitutivo (estrógenos), aditivo (progestágenos) o ablativos (análogos del LHRH) que interfieren la acción de los estrógenos sobre las células neoplásicas (68).

La selección del protocolo adecuado se determina, sobre cuatro factores pronósticos (edad, tamaño tumoral, grado histológico y estado menopáusico asociado con los receptores hormonales) y se puede aplicar como:

- Tratamiento adyuvante: de la cirugía y la radioterapia con carácter curativo.
- Tratamiento neoadyuvante: previo a la cirugía.
- Tratamiento de la enfermedad localmente avanzada o diseminada: con carácter paliativo (68).

V. Metodología

5.1 Estrategias de investigación

El presente estudio de caso, se fundamenta en la revisión bibliográfica sistematizada, realizada desde el 29 de noviembre del 2018 al 25 de enero del 2019, siguiendo los criterios establecidos de búsqueda en las principales bases de búsqueda de enfermería (Google Académico, Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier, Medigraphic), así como libros de enfermería quirúrgica y guías de práctica clínica. Por lo que se decidió trabajar a través de las guías de práctica clínica, normas oficiales, libros y artículos de enfermería.

Los criterios de inclusión para la revisión se han fundamentado en publicaciones sobre el protocolo a seguir con una paciente postoperada de mastectomía radical derecha y cáncer de mama desde 2014 al 2019. Se revisaron artículos médicos y de enfermería en castellano, inglés e italiano.

Los criterios de exclusión han sido publicaciones de fuentes poco confiables o que no tuvieron validez científica.

Se propone un plan de cuidados para la práctica a partir de la valoración y estudio del caso, se interpretó de forma crítica la información de los lenguajes existentes en la práctica científica cuidadora, a través de las distintas herramientas (documentación escrita y herramientas informáticas), vinculando dicha información a las respuestas humanas y/o problemas de salud destacados del caso valorado y que son coincidentes con la paciente en la misma situación de salud. Las realizaciones de las intervenciones de enfermería están fundamentadas en las guías de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel; prevención, tamizaje y referencia oportuna de los casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención; Intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención.

5.2 Selección del caso y fuentes de información

El caso clínico sometido a estudio se centra en los cuidados que brinda el personal de enfermería a una persona postoperada de mastectomía radical modificada. Este caso clínico fue realizado, debido a la escasez de evidencia científica sobre los cuidados en el postoperatorio de las personas a las cuales se les realiza

mastectomía radical modificada. Las fuentes de información fueron directa a través de la misma persona y familiar, e indirecta, a través del expediente clínico. La obtención de datos se realizó a través de la observación, entrevista y exploración física.

El estudio de caso se efectuó del 10 al 17 de diciembre de 2018 en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Oaxaca, México. Este se estructuró a través de las etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) del Proceso de Atención de Enfermería y la teoría de enfermería de Virginia Henderson, misma que se utilizó para la recolección de la información como fuente primaria mediante un instrumento basado en las necesidades, el cual fue elaborado por los estudiantes del postgrado de enfermería perioperatoria del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca como sede de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de México.

Los juicios clínicos de enfermería se emitieron con base al formato PES (problemas, etiología y sintomatología), obteniendo un total de seis diagnósticos, de ellos, tres reales, dos de riesgo y uno de salud, cada uno con un plan de cuidados de enfermería e intervenciones basadas en evidencia científica.

5.3 Consideraciones éticas

El estudio de caso se desarrolló mediante la emisión del consentimiento informado de la persona, la Declaración de Helsinki y las conductas éticas emitidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

VI. Presentación del caso

6.1 Descripción del caso

Persona femenina de 76 años de edad, nacida el 11 de agosto de 1942, originaria y residente de la ciudad de Oaxaca, México, casada, portadora de resistencia a la insulina, prediabetes desde hace 4 años e hipotiroidismo en tratamiento, manejada con levotiroxina 50 mcg cada 24 horas, metformina 850 mg cada 12 horas y atorvastatina 20 mg cada 24 horas.

Refiere que el padecimiento inicio hace 2 años por autodetección de nódulo en mama derecha con retracción del pezón, sin manejo, motivo por el cual realizaron mastografía con hallazgo sospechoso, donde la impresión diagnóstica fue nódulo altamente sospechoso de mama derecha que requiere caracterización, categoría BIRADS 5. Se complementó con USG más Biopsia con aguja de corte, con reporte de carcinoma ductal infiltrante GII. Con diagnóstico de Cáncer de mama derecha T2 N1 MX, se realizó manejo por oncología quirúrgica, en donde se decidió realizar mastectomía radical modificada tipo Madden derecha el 26 de noviembre del 2018 a las 9 horas.

Actualmente se encuentra en el postoperatorio inmediato en el servicio de cirugía con abordaje postquirúrgico en mama derecha por mastectomía radical modificado tipo Madden, con el siguiente tratamiento: levotiroxina 50 mcg cada 24 horas, metformina 850 mg cada 12 horas, atorvastatina 20 mg cada 24 horas, cefotaxima 1 g intravenoso cada 12 horas, metamizol 1 g intravenoso cada 8 horas alternado con ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas.

6.2 Antecedentes generales de la persona

- Antecedentes heredofamiliares: madre hipertensa con antecedentes de cáncer de mama, tío materno diabético, resto de los familiares aparentemente sin enfermedades.
- Antecedentes personales no patológicos: originaria y residente de la ciudad de Oaxaca de Juárez, refiere estado casada, maestra jubilada, de religión católica, refiere que habita en casa propia que cuenta con todos los servicios de urbanización, actividad física deficiente, adecuada ingesta de alimentos de origen animal 3/7, leche y derivados 7/7, leguminosas 7/7, cereales 7/7, frutas 7/7, verduras 7/7, bebidas azucaradas 7/7, ingesta de agua dos litros al día,

refiere baño diario, aseo bucal 3 veces al día, refiere haber padecido enfermedades propias de la infancia, menarca a los 11 años, presentó 5 embarazos; de los cuales 3 abortos naturales y dos hijos por parto. Niega alcoholismo, tabaquismo y drogadicción. Cuenta con esquema de vacunación completa para la edad sin presentarla. Papanicolaou en el 2006 negativo.

- Antecedentes personales patológicos: refiere quirúrgicos positivos por histerectomía a los 44 años. Niega enfermedades cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, osteomusculares. Refiere antecedente de diabetes de 4 años de evolución, hipotiroidismo.

VII. Aplicación del Proceso de Enfermería

7.1 Valoración

La presente valoración se realiza por medio de una entrevista directa en el postoperatorio inmediato, en el servicio de cirugía el 26 de noviembre del 2018, se continúa el seguimiento en el postoperatorio mediato hasta el alta hospitalaria el 27 de noviembre a las 15 horas.

Se trata de femenina GGO de 76 años de edad, con número de expediente DEGG420811/91, nacida el 11 de agosto de 1942, con un diagnóstico médico de cáncer de mama derecha más mastectomía radical modificada tipo Madden.

Se valora consciente, orientada en las tres esferas cognitivas (persona, tiempo y espacio), cooperadora. A la exploración física cabeza normocefala sin alteraciones, cabello con datos de alopecia. Cara simétrica sin presencia de movimientos involuntarios, edema +, cejas escasas, pupilas simétricas normoreflexivas, fascies de dolor. Oreas simétricas con ligera pérdida auditiva del lado derecho, pabellón auricular íntegro sin alteraciones. Nariz simétrica con respecto a cara, sin molestias aparentes, adecuada función respiratoria, saturando 94% al medio ambiente. Boca, lengua y paladar con ligera deshidratación, presencia de prótesis dental, resto sin alteraciones. En garganta presencia de reflejo nauseoso, voz sin alteraciones. Cuello con presencia de cuatro verrugas pequeñas, presenta dolor a la movilización. Tórax simétrico expandible, dolor (EVA 8 puntos) en pectoral derecho por herida quirúrgica tipo Steward y presencia de drenovac ¼ con contenido hemático y vendaje compresivo en pectoral y brazo derecho. Mama y axila izquierda sin alteraciones, ruidos cardíacos sin compromiso, adecuado ritmo, campos pulmonares ventilados. Abdomen blando y depresible, ruidos peristálticos presentes. Espalda sin alteraciones. Genitales femeninos sin presencia de nódulos, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario, introito vaginal y glándulas de Bartolino sin alteraciones; presencia de catéter vesical No. 16, orina con características normales. Recto sin alteraciones. Extremidades superiores e inferiores en proporción con el resto del cuerpo, alineadas, presencia de edema y dolor en miembro superior derecho, con dificultad para la movilización, en dorso de la mano del miembro superior izquierdo presenta catéter venoso periférico no. 18, sin datos de flebitis e infección. Buena higiene en uñas, manos y pies; palidez de tegumentos, llenado capilar menor a 2 segundos. Presenta sobrepeso por un IMC de 29.64 Kg/ m².

Necesidad 1: Respirar normalmente.

Sin datos de dificultad respiratoria, con presencia de buen ritmo y permeabilidad de vías aéreas. Gasometría arterial: Ph 7.40, PaO₂ 77, PaCO₂ 40, HCO₃ 25 mEq/L, sat O₂ 94% al medio ambiente. Signos vitales: frecuencia cardiaca de 80 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, tensión arterial de 125/80 mm Hg, temperatura de 36.2 °C, niega hábitos tóxicos.

Necesidad 2: Nutrición.

Persona con un peso de 58.100 Kg, y estatura de 1.40m, IMC de 29.64Kg/m², encontrándose en sobrepeso; presencia de náuseas al inicio de la vía oral, sin embargo tolera dieta líquida adecuadamente, alimentación independiente. Glucosa de 149 mg/dl. Presenta prótesis dental. Catéter venoso periférico no.18 Fr en dorso de la mano izquierda, infundiendo solución fisiológica a 20 ml por hora.

Tratamiento médico: Levotiroxina 50 mcg cada 24 horas, Metformina 850 mg cada 24 horas, Atorvastatina 20 mg cada 24 horas, Cefotaxima 1 g intravenoso cada 12 horas, Metamizol 1 g intravenoso cada 8 horas alternado con Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas.

Presenta dentadura incompleta. Abdomen blando depresible, presencia de peristaltismo. Piel pálida, seca, frágil.

Ingesta de alimentos de origen animal 3/7, leche y derivados 7/7, leguminosas 7/7, cereales 7/7, frutas 7/7, verduras 7/7, bebidas azucaradas 7/7, ingesta de agua dos litros al día. Niega alergias alimentarias.

Peso ideal (PI): $22.5 \times \text{talla m}^2 = 44.1 \text{ Kg}$

Gasto energético basal (GEB): $(PI) \times 24 \times 0.9 = 952.56 \text{ Kcal/día}$

Perfil de lípidos: colesterol total: 192, HDL: 81, LDL: 90, triglicéridos: 143

Hemoglobina: 13.8 g/dl

Electrolitos séricos: sodio 138 mEq/l, potasio 3,6 mEq/l, cloro 102 Meq/l, calcio 9,3 mg/dl.

Necesidad 3: Eliminación.

Presencia de eliminación urinaria por catéter vesical No.16 Fr drenando 36 ml/h, características de la orina: amarilla clara. Presenta integridad del meato urinario. EGO: PH 8, leucocitos negativo, sangre negativo, proteínas negativo, glucosa normal, bilirrubina negativo, cetona negativo, nitrito negativo, urobilinogeno normal, color amarillo, aspecto ligeramente turbio; en sedimento: leucocito 0-2, eritrocito 2-4,

clasificación de células uretral superficial escasas, bacteria escasa y filamento mucoide escaso.

Eliminación intestinal: ruidos intestinales presentes. Heces de consistencia firme, de color y olor característico.

Presencia de herida quirúrgica tipo Stewart en pectoral derecho, con bordes bien afrontados, sin datos de sangrado y/o infección, drenovac de ¼ en pectoral derecho con contenido serohemático, gasto de 130 mililitros.

Necesidad 4: moverse y mantener buena postura.

Se inicia con movilización fuera de cama, refiere dificultad para la movilización del brazo derecho, por dolor en pectoral derecho. Deambula ocasionalmente, inicia con periodos cortos, movilidad autónoma. Coordina adecuadamente sus movimientos. Marcha estable.

Refiere dolor en pectoral derecho (escala de EVA 8 puntos), con facies de dolor. Analgesia con Metamizol 1 g IV cada 8 horas alternado con Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas.

Necesidad 5: dormir y descansar.

Con referencia al descanso en el área hospitalaria es inadecuado, refiere estar siendo interrumpida constantemente por el personal de salud y las compañeras de habitación, la cama es incómoda para realizar un adecuado descanso. Sintiendo fatigada y muestra dificultad para conciliar el sueño.

Necesidad 6: vestirse/arreglo personal.

Muestra dificultad para vestirse de forma autónoma, debido a la herida quirúrgica en el pectoral derecho, ya que le produce dolor al hacer un movimiento con el brazo derecho.

Necesidad 7: mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Cursa el postoperatorio eutérmica con 36.2°C. A pesar de ello se mantiene con sábanas y cobijas para mantener su temperatura estable ya que el ambiente se torna frío.

Necesidad 8: mantener la higiene corporal.

Requiere de asistencia para el baño, ya que le produce dolor a la movilización del brazo derecho..

Necesidad 9: evitar los peligros ambientales y lesionar personas.

Refiere antecedente de diabetes de 4 años de evolución.

Se observa triste, preocupada, apática y depresible por la cirugía realizada. Se valora escala de riesgo de caídas de Morse (30 puntos= riesgo bajo). Refiere sentirse incompleta.

Necesidad 10: comunicarse con los demás expresando emociones.

No hay ninguna barrera en la comunicación. Adecuada comprensión de la lectura y escritura. Lenguaje adecuado, organizado, coherente en ideas y lenguaje, expresión verbal normal, de volumen un poco bajo.

Presenta buena relación con su esposo, hijos y familia.

Su esposo desempeña rol de cuidador, presentando cansancio y agotamiento. Refiere que él apoya a su esposa, aunque quisiera saber cómo hacerla sentir mejor. La persona refiere que ya se quiere ir a su casa, el ambiente hospitalario no le agrada.

Necesidad 11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.

Profesa la religión católica, asiste a la iglesia. Manifiesta que lo más importante en la vida y por lo que reza es por la recuperación de la salud.

Necesidad 12: ocupación para auto-realizarse

Maestra jubilada, actualmente ama de casa, con un nivel económico autónomo ya que le depositan mensualmente lo correspondiente a su jubilación, se muestra moderadamente dependiente actualmente por la cirugía realizada.

Actualmente se encuentra deprimida, apática, triste y preocupada debido al procedimiento quirúrgico, ya que no puede realizar otras actividades, refiere sentirse incompleta

El esposo funge como cuidador; aún no cuenta con suficientes conocimientos sobre su cuidado en casa en cuanto al manejo de la herida quirúrgica y la alimentación de la paciente.

Necesidad 13: participar en actividades recreativas.

Cuenta con libros de lectura para su estancia hospitalaria.

Necesidad 14: de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Se observa con buena memoria de largo plazo, tiene la capacidad de mantener la concentración, no acepta su estado de salud. Refiere interés por información sobre los cuidados que debe tener en casa, manejo de drenaje, medidas higiénico dietéticas, signos de riesgo y medicación.

Valoración en el postoperatorio mediato el 27 de noviembre, en donde cirujano oncólogo decide alta hospitalaria, con cuidados al drenaje y vendaje compresivo en mama derecha. Cita en 8 días en el servicio de oncología. Con el siguiente tratamiento médico: ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 horas por 7 días, diclofenaco 100 mg vía oral en caso de dolor. Continuar con citas en tanatología, psicología y rehabilitación.

Necesidad 1: Respirar normalmente: consiente, orientada, ventilando al medio ambiente, sat O₂ 95%. Signos vitales: frecuencia cardiaca de 77 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, tensión arterial de 128/72 mm Hg, temperatura de 36.5 °C.

Necesidad 2: Nutrición: ministración de solución fisiológica a 20 ml/hora, total de ingresos en 24 horas de 1100 ml. Tolera dieta adecuadamente. Se retira acceso venoso por la tarde.

Necesidad 3: Eliminación: con catéter vesical drenando 880 ml en 24 horas, el cual se retira por indicación médica. Cuenta con drenovac de ¼ en pectoral derecho con contenido serohemático gasto de 200 ml en 24 horas. Balance positivo de 20.

Necesidad 4: moverse y mantener buena postura: continua con dolor en la movilización del brazo y pectoral derecho. Refiere dolor en escala de EVA de 5 puntos, con facies de dolor.

Necesidad 5: dormir y descansar: refiere sentirse cansada, el descanso es inadecuado debido a la interrupción constante por el personal de salud.

Necesidad 6: vestirse/arreglo personal: refiere necesitar ayuda al vestirse debido a que le causa dolor al movilizar el brazo derecho.

Necesidad 7: mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: se encuentra eutérmica con 36.5° C.

Necesidad 8: mantener la higiene corporal: refiere necesitar ayuda para bañarse debido a el dolor en la movilización del brazo derecho.

Necesidad 9: evitar los peligros ambientales y lesionar personas: presencia de edema en miembro superior derecho, se le orienta sobre signos y síntomas de alarma para la aparición de linfedema. Herida quirúrgica se encuentra sin datos de infección, sin embargo continua con cifras de hiperglucemia de 138 mg/dl.

Necesidad 10: comunicarse con los demás expresando emociones: no cuenta con ninguna alteración que le impida la comunicación.

Necesidad 11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores: refiere que lo más importante es la recuperación de la salud, aunque le preocupa cómo va a salir a la calle si le falta un seno.

Necesidad 12: ocupación para auto-realizarse: refiere que le preocupa porque en casa no podrá realizar las actividades cotidianas.

Necesidad 13: participar en actividades recreativas: Se le sugiere acudir a su casa para ayudarla a incorporarse a la sociedad, fomentando actividades en casa, pero no acepta.

Necesidad 14: de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Refiere interés por información sobre los cuidados que debe de tener en casa, manejo de drenaje, medidas higiénico dietéticas, signos de riesgo y medicación.

7.1.1 Valoración focalizada

Valoración en el postoperatorio inmediato en el servicio de cirugía el día 26 de noviembre del 2018, tomando como referencia datos clínicos objetivos y subjetivos.

Necesidad 4: moverse y mantener buena postura.

Se inicia con movilización fuera de cama, refiere dificultad para la movilización del brazo derecho, por dolor en pectoral derecho. Deambula ocasionalmente, inicia con periodos cortos, movilidad autónoma.

Refiere dolor en pectoral derecho (escala de EVA 8 puntos), con facies de dolor.

Necesidad 5: dormir y descansar.

Con referencia al descanso en el área hospitalaria es inadecuado, refiere estar siendo interrumpida constantemente por el personal de salud y las compañeras de habitación, la cama es incómoda para realizar un adecuado descanso. Sintiendo fatigada y con dificultad para conciliar el sueño.

Necesidad 12: ocupación para auto-realizarse

Actualmente se encuentra, apática, triste y preocupada debido al procedimiento quirúrgico, ya que no puede realizar otras actividades, refiere sentirse incompleta

Valoración en el postoperatorio mediato el 27 de noviembre del 2018 en el servicio de cirugía:

Necesidad 9: evitar los peligros ambientales y lesionar personas: presencia de edema en miembro superior derecho, se le orienta sobre signos y síntomas de alarma para la aparición de linfedema. Herida quirúrgica se encuentra sin datos de

infección, sin embargo continua con cifras de hiperglucemia de 138 mg/dl., se va de alta con drenovac de ¼.

Necesidad 14: de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Refiere interés por información sobre los cuidados que debe de tener en casa, manejo de drenaje, cuidados de herida quirúrgica, signos de riesgo y medicación.

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

Estudios de laboratorio

	Resultado	Referencia	Interpretación
Biometría hemática			
Eritrocitos	5.0 10 ⁶ µL	4.60-6 10 ⁶ µL	Normal
Hemoglobina	13.8 g/dl	13-17 g/dl	Normal
Hematocrito	42.5%	42.60-52.60%	Normal
Plaquetas	357 10 ³ µL	150-450 10 ³ µL	Normal
Leucocitos	9.0 10 ³ µL	4.0-12.0 10 ³ µL	Normal
Linfocitos	21.3%	11-54%	Normal
Neutrófilos	72.5%	39-89%	Normal
Monocitos	5.0%	1-14%	Normal
Basófilos	0.2%	1-2%	Basopenia
Eosinofilos	0.8%	3-6%	Eosinopenia
Coagulación			
Tiempo de protrombina	12.70 seg	12.5-13.7 seg	Normal
Tiempo parcial de tromboplastina	27.3 seg	30.0-33.0 seg	Normal
INR	0.88	0.80-1.20	Normal
Bioquímica			
Glucosa	146 mg/dl	70-105 mg/dl	Hiperglucemia
Nitrógeno ureico (BUN)	8 mg/dl	8-20 mg/dl	Normal
Urea	17mg/dl	10-50 mg/dl	Normal
Creatinina	0.6 mg/dl	0.70-1.20 mg/dl	

Electrolitos séricos			
Sodio	138 mEq/l	136-144 mEq/l	Normal
Cloro	102 Meq/l	101-111 mEq/l	Normal
Potasio	3,6 mEq/l	3,6-5.1 mEq/l	Normal
Calcio	9,3 mEq/l	8.90-10.30 mg/dl	Normal
Perfil de lípidos			
Colesterol total	192mg/dl	Óptimo: menor 200 . Sobre el límite óptimo: 200-240 . Muy alto: mayor 240.	Óptimo
Colesterol de alta densidad (HDL)	81 mg/dl	Óptimo: 40-60. Sobre el límite óptimo: 60, si lo supera es beneficioso.	Beneficioso
Colesterol de baja densidad (LDL)	90 mg/dl	Óptimo: menor a 100. Sobre el límite óptimo: 100-129. Alto: 130-189. Muy alto: mayor 190.	Óptimo
Triglicéridos	143	Muy alto :mayor a 500. Alto: 200-499. Moderadamente alto: 150-199. Normal :menor 150.	Normal
Perfil tiroideo			

Tirotropina (TSH)	1,59 mU/L	Bajo: menor 0,30 mU/L Deseable: 0,30-3,0 mU/L Alto: superior a 3 mU/L	Deseable
Tiroxina (T4)	10.5	Bajo: menor 5.4 ng/ml Deseable: 5.4-11.5 ng/ml Alto: mayor a 11.5 ng/ml	Deseable
Triyodotironina (T3)	103	60-180 ng/dL	Normal
Examen General de Orina (EGO)			
PH	8	5-8	Normal
Densidad	1.020	1.010- 1.030	Normal
Leucocitos	Negativo		
Sangre	Negativo		
Proteínas	Negativo		
Glucosa	Normal		
Bilirrubina	Negativo		
Cetona	Negativo		
Nitrito	Negativo		
Urobilinogeno	Normal	0.2 mg/dl	
Color	Amarillo		
Aspecto	Ligeramente turbio		
Leucocito	0-2	0-5	Normal
Eritrocito	2-4	0-5	Normal
Bacteria	Escaso	Negativo	Escaso
Filamento mucoide	Escaso	Negativo	Escaso
Gasometría arterial			
pH	7.40	7.35-7.45	Normal

PaO ₂	77	80-100 mmHg	Normal
PaCO ₂	40	35-45 mmHg	Normal
HCO ₃	25 mEq/L	22-26 mEq/L	Normal
sat O ₂	94%	95-100%	Normal

Todos los valores cursan con normalidad exceptuando un descenso de basófilos y eosinófilos e hiperglucemia.

7.1.3 Jerarquización de problemas

Postoperatorio inmediato

Necesidad	Causa de dificultad	Nivel de dependencia (Anexo 3)	Rol de enfermería
Moverse y mantener buena postura	Fuerza	6	Sustituta
Dormir y descansar	Voluntad	2	Educadora
Ocupación para auto-realizarse	Voluntad	5	Compañera

Postoperatorio mediato

Necesidad	Causa de dificultad	Nivel de dependencia	Rol de enfermería
Evitar los peligros ambientales y lesionar personas	Conocimiento	5	Educadora Sustituta
De aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad	Conocimiento	4	Educadora

7.2 Diagnósticos de Enfermería

Postoperatorio inmediato	
Necesidad alterada	Diagnóstico de enfermería
Moverse y mantener buena postura	Dificultad en la movilización del

	miembro superior derecho relacionado con herida quirúrgica en pectoral derecho manifestado por facies de dolor, escala de EVA de 8 puntos
Dormir y descansar	Disminución de la calidad en el sueño relacionado con interrupción nocturna del sueño en el área hospitalaria manifestado por fatiga, dificultad para conciliar el sueño y satisfacer el descanso.
Ocupación para auto-realizarse	Alteración de la imagen corporal relacionado con extirpación de la mama derecha manifestado por tristeza, preocupación y apatía por la pérdida.
Postoperatorio mediato	
Evitar los peligros ambientales y lesionar personas	Riesgo de infección del sitio quirúrgico relacionado con descontrol glicémico por cifras mayores a 138 mg/dl, alta hospitalaria con drenovac ¼ y desconocimiento del manejo de heridas quirúrgicas y drenajes.
Evitar los peligros ambientales y lesionar personas	Riesgo de desarrollar linfedema relacionado con realización de cirugía cerca de las vías linfáticas, dolor, edema, dificultad para la movilización en miembro superior derecho.
De aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad	Déficit en el conocimiento sobre los cuidados en el postoperatorio tardío manifestado por expresión verbal "deseo información sobre cuidados en casa".

7.3 Problemas interdependientes

- Dificultad en la movilización del miembro superior derecho relacionado con herida quirúrgica en pectoral derecho manifestado por facies de dolor, escala de EVA de 8 puntos.
- Alteración de la imagen corporal relacionado con extirpación de la mama derecha manifestado por tristeza, preocupación y apatía por la pérdida.
- Riesgo de infección del sitio quirúrgico relacionado con descontrol glicémico por cifras mayores a 138 mg/dl, alta hospitalaria con drenovac ¼ y desconocimiento del manejo de heridas quirúrgicas y drenajes.
- Riesgo de desarrollar linfedema relacionado con realización de cirugía cerca de las vías linfáticas, dolor, edema, dificultad para la movilización en miembro superior derecho.
- Déficit en el conocimiento sobre los cuidados en el postoperatorio tardío manifestado por expresión verbal "deseo información sobre cuidados en casa".

7.4 Planeación de cuidados

Postoperatorio inmediato

PLAN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura	FUENTE DE DIFICULTAD	<u>FUERZA</u>	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	6	ROL DE ENFERMERIA	<u>SUSTITUTA</u>	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Dificultad en la movilización del miembro superior derecho relacionado con herida quirúrgica en pectoral derecho manifestado por facies de dolor, escala de EVA de 8 puntos.				
DATOS OBJETIVOS	EVA 8 puntos				
DATOS SUBJETIVOS	Facies de dolor				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Reducir el dolor a un grado tolerable para lograr la movilización del miembro superior derecho.				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Disminuir el dolor al realizar la movilización del miembro superior derecho.				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA		
Realizar valoración del grado de dolor de acuerdo a la escala de EVA (anexo 4).			La mastectomía radical es un procedimiento extenso y mutilante, provoca dolor agudo en el postoperatorio por lesión tisular sobre los tejidos blandos de la cara anterior del tórax. Durante la disección existe tracción de tejidos y se producen lesiones térmicas en los axones de los nervios intercostales y la emergencia del plexo braquial, por el uso del electrocauterio (73). Debido a esto se utiliza la escala visual análoga (EVA), la cual, es una herramienta que permite comprender la dimensión del dolor (74).		
Realizar valoración de signos vitales			La valoración del dolor debe incluir un interrogatorio preciso, dirigido a evaluar la localización, el registro de los signos vitales, inspección y palpación (74).		

<p>Vigilancia del dolor durante las primeras 24 horas y administración de analgésicos.</p>	<p>El control adecuado del dolor en el postoperatorio permite una movilización precoz del paciente que facilita su recuperación, la característica más destacada del dolor postoperatorio es que su intensidad es máxima en las primeras 24 horas, después disminuye progresivamente (75).</p> <p>La OMS recomienda para el control del dolor leve o moderado iniciar con fármacos no opioides, en caso de dolor intenso utilizar medicamentos opioides (76).</p>
<p>Proporcionar cambio postural del miembro superior afectado, colocándolo sobre una almohada.</p>	<p>Los cambios posturales son necesarios para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor (77).</p>
<p>Interconsulta con psicología.</p>	<p>La intervención psicológica con el dolor, tiene las siguientes finalidades: aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor; aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico, restablecer las funciones y actividades para que la persona recupere su autonomía, motivar a la persona para que realice cambios de conductas inadaptativas y prevenir la cronificación del dolor (77).</p>
<p>EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA</p>	<p>Se observa mejoría del dolor en pectoral derecho, logrando la movilización del miembro superior derecho.</p>

PLAN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	Necesidad 5: dormir y descansar	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	<u>VOLUNTAD</u>	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	2	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	<u>EDUCADORA</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Disminución de la calidad en el sueño relacionado con interrupción nocturna del sueño en el área hospitalaria manifestado por fatiga, dificultad para conciliar el sueño y satisfacer el descanso.				
DATOS OBJETIVOS					
DATOS SUBJETIVOS	Fatiga, dificultad para conciliar el sueño, satisfacer el descanso.				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Disminuir la fatiga y lograr la satisfacción del descanso y sueño de la usuaria				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Mejorar la calidad del sueño				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA		
Valorar los factores que contribuyen a la dificultad para conciliar el sueño, por medio de la escala de confort hospitalario (ver anexo 5).			El hospital en su proceso de institucionalización produce efectos fisiológicos y psicológicos claves para el deterioro del sueño (78). La escala de confort hospitalaria contiene 1 y 49 puntos, a más puntuación menos confort tendrá el sujeto (78).		
Proporcionar comodidad física, por medio de: <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de las sábanas secas. • Proporcionar baños de agua tibia por su efecto relajante. • Control de las fuentes de dolor . • Proporcionar una temperatura adecuada en la habitación. • Ofrecimiento de sábanas adicionales. • Mantener una alineación o posición anatómica 			Las medidas para proporcionar descanso y sueño adecuados se dirigen hacia la comodidad física, eliminación de la ansiedad y conseguir un sueño en calidad y cantidad suficiente (78).		

<p>correcta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el volumen de los teléfonos y timbres. • Evitar ruidos fuertes y repentinos. • Mantener conversaciones sin levantar la voz. • Apagar radio. • Evitar despertarla para realizar intervenciones médicas o de enfermería cuando no es absolutamente necesario • Planificar el horario de la medicación y toma de constantes. 	
<p>Eliminación de preocupaciones, control de la ansiedad y el estrés por medio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de control de la respiración: practicar ejercicios de control de la respiración antes de acostarse combinando una respiración nasal con el uso de un patrón diafragmático, seguido de apneas al final de la espiración e hipoventilación. 	<p>El estrés más la interrupción del sueño aumenta la concentración de cortisol en sangre, hasta un 50% inhibiendo el sistema inmune, logrando que la persona se encuentre cansada y más susceptible a la enfermedad(78).</p> <p>Entre las técnicas más utilizada y con un mayor apoyo al respecto de su eficacia y efectividad están las Técnicas de Relajación (TR), los cuales disminuyen los trastornos de ansiedad, la TR se divide en Relajación progresiva (RP), relajación Autógena (RA) y Control de la Respiración (CR), la más utilizada y de efecto más rápido es la CR (79).</p>
<p>EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA</p>	<p>La persona logró mejorar la calidad del sueño durante su estancia en el hospital.</p>

PLAN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	Necesidad 12: ocupación para auto-realizarse	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	<u>VOLUNTAD</u>	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	5	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	<u>COMPAÑERA</u>	EDUCADORA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Alteración de la imagen corporal relacionado con extirpación de la mama derecha manifestado por tristeza, preocupación y apatía por la pérdida.				
DATOS OBJETIVOS					
DATOS SUBJETIVOS	Tristeza, preocupación y apatía.				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Mejorar el estado emocional de la paciente, favoreciendo la autoaceptación de los efectos de la cirugía realizada.				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Mejorar el estado emocional.				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA		
<p>Valorar la percepción corporal por medio de la escala BIS (Body Image Scale) de Hopwood (ver anexo 6).</p>			<p>La imagen corporal es un componente importante en la calidad de vida de las mujeres postoperadas de mastectomía, puesto que las mamas son consideradas un símbolo de feminidad y sexualidad (80).</p> <p>La escala Bis de Hopwood, está constituida por 12 ítems, que evalúan 6 áreas; grado de satisfacción consigo misma, vestida y desnuda; pérdida de feminidad, sentimientos sobre su atractivo sexual, pérdida de la integridad corporal y grado de conformidad con la cicatriz. Siguiendo con la escala, se calificó como nada, poco, bastante y mucho. La puntuación de la Escala se estructuró en imagen corporal completa (menor de 12 puntos) e incompleta (mayor o igual de 12) (80).</p>		
<p>Facilitar la aceptación de la pérdida o de la imagen corporal identificando áreas de desconocimiento</p>			<p>Los senos expresan erotismo, sensualidad y sexualidad. Es por esto que ante la pérdida de un seno,</p>		

<p>referente al cáncer de mama, en especial factores estresantes o que perciba como amenazantes, preparándola para los cambios.</p>	<p>las consecuencias a nivel psicológico repercuten en la autoimagen, puesto que física y visualmente contribuye una deformidad sobre el cuerpo de la mujer y mientras una persona presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alto (81).</p>
<p>Valorar con la persona cómo los cambios corporales afectan a su estilo de vida, ayudando a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, reforzando aspectos positivos y respetando siempre su identidad cultural y religiosa.</p>	<p>Los cambios en la autoimagen son uno de los problemas derivados de la enfermedad y posibles tratamientos, provocando reacciones emocionales de pérdida, disminución de la autoestima y depresión (82).</p>
<p>Alentarla a que cuente sus sentimientos, intentando dar salidas constructivas a la ira y la hostilidad. Trabajando con objetivos realistas y adecuados a corto y largo plazo, desglosando los objetivos complejos en pasos pequeños y manejables. Ayudando así a identificar estrategias positivas para aceptar sus limitaciones y adecuarlas a su estilo de vida</p>	<p>A nivel emocional pueden presentar miedo, rabia, tristeza, trastornos de ansiedad y depresión, estos van a estar relacionados por el nivel de afrontamiento con el que cuenta (81).</p>
<p>Implicar a la familia y saber cómo se sienten con los cambios. Discutir con ellos formas de ayuda, favoreciendo siempre la máxima autonomía.</p>	<p>La mujeres que poseen altos niveles de autoestima, apoyo social y mejores estilos de afrontamiento, tendrán un mayor bienestar psicológico (81).</p>
<p>Ayudarla a buscar medios que disminuyan el impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas o cosméticos.</p>	<p>Las estrategias de apoyo emocional brindan a la paciente la oportunidad de conocer otro tipo de recursos que le permiten sobrellevar los efectos de la cirugía, mantenerlas funcionales y participativas durante su tratamiento, permite que posteriormente ellas puedan tomar decisiones sobre intervenciones que las lleven a sentirse mejor, como la reconstrucción mamaria (81).</p>
<p>Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares o que tengan intereses y objetivos comunes, e informar de grupos de apoyo.</p>	
<p>Establecer red de apoyo psicoterapéutica e IC con psicología.</p>	
<p>EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA</p>	<p>La persona se mostró menos preocupada y apática, pero fue dada de alta a los dos días.</p>

PLAN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	Necesidad 9: evitar los peligros ambientales y lesionar personas	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	<u>VOLUNTAD</u>	<u>CONOCIMIENTO</u>
GRADO DE DEPENDENCIA	5	ROL DE ENFERMERIA	<u>SUSTITUTA</u>	COMPAÑERA	<u>EDUCADORA</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de infección del sitio quirúrgico relacionado con descontrol glicémico por cifras mayores a 138 mg/dl, alta hospitalaria con drenovac ¼ y desconocimiento del manejo de heridas quirúrgicas y drenajes en casa.				
DATOS OBJETIVOS	Glucosa 138 mg/dl				
DATOS SUBJETIVOS	Drenovac ¼ y desconocimiento del manejo de heridas quirúrgicas y drenajes				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Brindar las medidas necesarias para la disminución del riesgo, así como evitar complicaciones.				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Evitar infecciones del sitio quirúrgico.				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA		
Enseñar la importancia del apego al tratamiento de base de la Diabetes Mellitus, así como control glicémico por medio de toma de glucosa por las mañanas en ayunas hasta próxima cita médica.			La diabetes está asociada con una mayor incidencia en el retraso de la cicatrización e infección en la herida quirúrgica. El nivel de glucosa en ayunas con diabetes debe ser 70-130 mg/dl (83).		
Enseñar a la persona y familiar lavado de manos antes y después de retirar el vendaje de la herida quirúrgica.			Utilizar técnica aséptica para cambiar o retirar el vendaje de la herida quirúrgica, realizando lavado de manos(83).		
Realizar baño con jabón neutro, sin mojar la herida quirúrgica.			El baño debe ser 24 horas después de la cirugía (83).		
Enseñar a valorar signos y síntomas de infección en la herida quirúrgica: edema, eritema, calor en la herida, salida de material purulento, olor fétido y fiebre.			Los signos y síntomas de infección son edema, eritema, calor en la herida, salida de material purulento, olor fétido y fiebre (84).		
Enseñar al familiar a realizar la curación de herida quirúrgica:			Para la limpieza de la herida utilizar como norma suero fisiológico o agua estéril, usar la mínima fuerza		

<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilice una mesa limpia donde pueda colocar todo lo necesario para la realización de la curación (gasas estériles, jabón líquido, guantes, apósito, suero fisiológico o agua estéril, apósito autoadherible etc.). 2. Lave las manos con la técnica enseñada. 3. Utilice guantes estériles. 4. Retire la cinta de microporo o el apósito autoadherible que cubre la herida, evitando jalar con fuerza; si la cinta microporo o apósito están muy adheridos, tendrá que humedecerlos con agua, retirarlos muy despacio y con cuidado, en dirección de la herida, deteniendo suavemente la piel con la otra mano. 5. Retirado el apósito, deberá observe el estado en que se encuentra la herida: si hay dehiscencia de herida, salida de material purulento, edema, eritema, acudir al servicio de urgencias. 6. La limpieza de la herida debe hacerla con agua y jabón líquido neutro, de preferencia nuevo, con movimientos suaves y sin frotar. Retire el exceso de jabón dejando caer sobre la herida un pequeño chorro de solución salina o agua estéril. 7. Seque la herida suavemente con gasas estériles. 8. Cúbrala con un apósito adhesivo estéril. 9. Al terminar retirarse los guantes y lavarse nuevamente las manos. 10. Colocar vendaje compresivo. 	<p>mecánica para la limpieza, no limpiar la herida con antisépticos o limpiadores cutáneo.²⁸</p> <p>Un apósito ideal debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas. Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores (84).</p>
<p>Enseñarle a verificar que el drenaje este fijado y corroborar que se encuentre drenando mediante la valoración de los tubos que no estén ocluidos. Valorar datos de infección y realizar curación del sitio</p>	<p>El drenaje quirúrgico debe permanecer permeable para que las secreciones acumuladas puedan escapar del lecho de la herida, lo que garantiza que se esté ejerciendo la aspiración y que los puntos de conexión</p>

de inserción, siguiendo el lineamiento anteriormente mencionado.	entre el evacuador y los tubos están intactos (84).
Recordar que debe apegarse a antibioticoterapia con ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 horas por 7 días , como indicó médico especialista.	La antibioticoterapia contribuye a reducir el número de microorganismos desencadenantes de patologías (84).
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	La persona y el familiar aprendieron sobre los cuidados para el manejo adecuado de la herida quirúrgica y drenaje durante el postoperatorio mediato, no se observaron signos y síntomas de infección.

PLAN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	Necesidad 9: evitar los peligros ambientales y lesionar personas	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	<u>CONOCIMIENTO</u>
GRADO DE DEPENDENCIA	5	ROL DE ENFERMERIA	<u>SUSTITUTA</u>	COMPAÑERA	<u>EDUCADORA</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de desarrollar linfedema relacionado con realización de cirugía cerca de las vías linfáticas, dolor, edema, dificultad para la movilización en miembro superior derecho.				
DATOS OBJETIVOS					
DATOS SUBJETIVOS	Cirugía cerca de las vías linfáticas, dolor, edema, dificultad para la movilización en miembro superior derecho.				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Reducir el riesgo de aparición de linfedema				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Evitar complicaciones				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA		
<p>Enseñar a la persona a valorar signos y síntomas de aparición de linfedema: sensación de pesadez en el brazo, endurecimiento, pérdida de sensibilidad, piel engrosada (piel de naranja), aumento del diámetro del brazo, dolor, dificultad en la movilización, aparición de surcos y grietas, aparición de linforrea y edema.</p> <p>Valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perímetro de la extremidad (tomarlas en 4 puntos; las articulaciones metacarpo-falángicas, muñecas, a 10 cm distales de los epicóndilos laterales del húmero (parte externa del codo) y a 15 cm proximales de los epicóndilos laterales). • Suavidad de la piel. • Presencia de fóvea a la palpación. • Palpación de adenomegalias. • Valoración del sistema vascular. 			<p>Una de cuatro mujeres puede desarrollar linfedema secundario a linfadenectomía, radioterapia axilar, fibrosis inducida por infección o cirugía cerca de las vías linfáticas y por tumor metastásico que obstruya el flujo linfático. Una vez que el Linfedema aparece, se convierte en un problema de salud crónico para el resto de la vida (13).</p> <p>Debido a que el edema posquirúrgico puede acontecer de forma natural, se debe esperar 6 semanas para determinar si existe Linfedema (13).</p>		
Enseñar a vigilar presencia de linfangitis: eritema, dolor intenso, incremento del edema y fiebre.			La linfangitis (infección) es una complicación del linfedema (13).		

<p>Mantener elevado el miembro superior derecho. La articulación de la muñeca debe de quedar por encima de la articulación del codo, y ésta a su vez más alta que el hombro.</p>	<p>Sólo es efectiva en las primeras etapas del desarrollo del linfedema. Consiste en la elevación de la extremidad para reducir la presión hidrostática intravascular y, así, disminuir la producción de líquido linfático (13).</p>
<p>Utilización de presoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendas (mallas) de compresión. Usarlas durante las horas de vigilia o durante el ejercicio. • Vendaje compresivo. Se instala desde las yemas de los dedos hasta la axila con mayor presión distal y menos presión proximal. • Bombas neumáticas de compresión. 	<p>La presoterapia realiza compresión externa para el drenaje de fluidos (13).</p> <p>Los vendajes compresivos se deben realizar con movimientos en espiral y de forma oblicua y sin superar los 2/3 de la extremidad afecta. En linfedemas estadio III, es recomendable el vendaje en espiga (13).</p> <p>Las bombas unicamerales proporcionan compresión intermitente no segmentada a lo largo de todo el brazo tratado; sin embargo, también pueden ocasionar flujo retrógrado de la linfa que puede causar un aumento del linfedema en el extremo distal del brazo. Las bombas multicamerales proporcionan compresión secuencial de distal a proximal, impulsando el líquido hacia delante de su compresión. La presión ejercida debe ser adaptada al individuo, no superando los 30-40 mmHg. La terapia de bombeo está contraindicada si existe una infección activa o trombosis venosa profunda en el miembro afectado (13).</p>
<p>Realizar ejercicios mínimo 1 vez al día, 3 series consecutivas, mínimo 4 repeticiones, máximo 15 veces cada ejercicio. Duración de 20- 30 minutos, no deben ser vigorosos, se realizan sentada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de cuello: Girar la cabeza hacia la derecha, a continuación mirar al frente, después girar la cabeza hacia la izquierda. Flexionar la cabeza intentando llevar la barbilla al pecho, volver a levantar la cabeza mirando al frente con el cuello recto. No extender la cabeza hacia atrás. • Ejercicios de hombros: apoyar las manos en las piernas, subir y bajar los hombros. 	<p>Los ejercicios ayudan a desarrollar la circulación linfática colateral, basándose en ejercicios limitados, centrados en la mano y antebrazo, que comiencen el primer día del postoperatorio (13).</p> <p>La Sociedad Internacional de Linfología expone que el único tratamiento que ha demostrado ser eficaz en la reducción y control del linfedema es el tratamiento físico, es decir, el fisioterapéutico (13).</p>

<p>Apoyar las manos en las piernas, realizar movimientos circulares con los hombros hacia delante y hacia atrás.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de muñeca: Flexionar y extender las muñecas. Abrir y cerrar los puños despacio pero con firmeza. Tocar con el pulgar el resto de los dedos de la mano. Con las manos hacia arriba y los codos flexionados a la altura de los hombros, girar las muñecas hacia un lado y después hacia otro. Hacer círculos con las manos hacia adentro y después hacia fuera. • Ejercicios de brazos: Flexionar los codos cerrando las manos y llevarlas hasta los hombros, después extenderlas hacia el frente abriendo la mano. Sentada con el tronco recto, colocar las manos entrecruzadas en la nuca, juntar los codos delante y después separarlos al máximo sin soltar las manos. Con las manos entrecruzadas en la espalda lo más alto que se pueda, llevar los brazos hacia atrás. • Ejercicios con barra (de 70 cm y peso ligero). Sujetar la barra por los extremos y apoyarla en las rodillas. A continuación, subirla en horizontal hasta detrás del cuello, pasándola por encima de la cabeza. Volver a la posición original. Sujetar la barra en horizontal por detrás de la espalda y subirla/bajarla. Sujetar la barra en horizontal por detrás de la espalda y desplazarla hacia la izquierda y derecha alternativamente. 	
<p>EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA</p>	<p>Hasta el postoperatorio mediato no hubo aparición de linfedema, la persona aprendió sobre los cuidados que debe de tener en casa.</p>

PERSONA	
----------------	--

PLAN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	Necesidad 14: de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	<u>CONOCIMIENTO</u>
GRADO DE DEPENDENCIA	4	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	<u>EDUCADORA</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Déficit en el conocimiento sobre los cuidados en el postoperatorio tardío manifestado por expresión verbal "deseo información sobre cuidados en casa".				
DATOS OBJETIVOS					
DATOS SUBJETIVOS	Expresión verbal "deseo información sobre cuidados en casa".				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Lograr que la usuaria y el familiar adquieran los cuidados que debe de tener en casa sobre el manejo del drenovac y los cuidados de la herida quirúrgica				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Obtener los conocimientos sobre los cuidados de la herida y el manejo del drenovac				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA		
<p>Explicar y enseñar los cuidados del drenaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar la permeabilidad del drenaje • Verificar que las conexiones entre el evacuador y los tubos estén conectados. • Valorar las características del líquido drenado olor, cantidad y color. • Evaluar el estado de la piel adyacente al punto de fijación y orificio de drenaje. • Drenar el drenaje 			<p>El drenaje quirúrgico debe permanecer permeable para que las secreciones acumuladas puedan escapar del lecho de la herida, lo que garantiza que se esté ejerciendo la aspiración y que los puntos de conexión entre el evacuador y los tubos están intactos (84).</p>		
<p>Enseñar a valorar y realizar la curación de herida quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilice una mesa limpia donde pueda colocar todo lo necesario para la realización de la curación (gasas estériles, jabón líquido, guantes, apósito, suero fisiológico o agua estéril, apósito autoadherible etc.). • Lave las manos con la técnica enseñada. • Utilice guantes estériles. • Retire la cinta de microporo o el apósito 			<p>En la valoración de la herida es fundamental realizar una curación que permita identificar la etapa del proceso de cicatrización en la que se encuentra. De primera intención se valoran las características de la herida (84).</p> <p>Para la curación de la herida utilizar como norma suero fisiológico, usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza, no limpiar la herida con antisépticos o limpiadores cutáneo (84).</p> <p>Un apósito ideal debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y</p>		

<p>autoadherible que cubre la herida, evitando jalar con fuerza; si la cinta microporo o apósito están muy adheridos, tendrá que humedecerlos con agua, retirarlos muy despacio y con cuidado, en dirección de la herida, deteniendo suavemente la piel con la otra mano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirado el apósito, deberá observar el estado en que se encuentra la herida: si hay dehiscencia de herida, salida de material purulento, edema, eritema, acudir al servicio de urgencias. • La limpieza de la herida debe hacerla con agua y jabón líquido neutro, de preferencia nuevo, con movimientos suaves y sin frotar. Retire el exceso de jabón dejando caer sobre la herida un pequeño chorro de solución salina o agua estéril. • Seque la herida suavemente con gasas estériles. • Cúbrala con un apósito adhesivo estéril. • Al terminar retirarse los guantes y lavarse nuevamente las manos. • Colocar vendaje compresivo. 	<p>bacterianas. Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.²⁸</p> <p>Los signos y síntomas de infección son edema, eritema, calor en la herida, salida de material purulento, olor fétido y fiebre (84).</p>
<p>Educación a la persona y familiar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de vestimenta-ropa: evitar llevar accesorios en el brazo afectado; evitar utilizar ropa interior que comprima el pecho o los hombros, el sujetador debe tener tirantes anchos y acolchados para evitar comprimir la zona del hombro, sin aro que comprima. Uso de vestimenta holgada en el brazo y hombro derecho. • Aseo personal: bañarse con jabones neutros y con suavidad. Rasurar la axila con máquina 	<p>Las recomendaciones mencionadas previenen y evitan el desarrollo del Linfedema (13).</p>

eléctrica. Evitar la sauna y baños de sol. En la piscina o en la playa hay que ponerse una camisa ligera que cubra el pecho y el brazo. Ponerse protección solar alta y evitar las horas de máximo sol (12h a 16 h). En la peluquería, proteger del calor los hombros y brazos del casco del secador.

- Alimentación: evitar el sobrepeso, dieta equilibrada y rica en frutas, verduras y legumbres. Evitar el alcohol, tabaco y el exceso de sal.
- Trabajo y tareas domésticas: no cargar peso con el brazo afectado, no lavar ni fregar los utensilios de cocina con agua muy caliente, utilizar guantes para manipular el horno, sartenes y otros trabajos de cocina. Utilizar dedal para coser, evitar permanecer mucho tiempo con el brazo levantado (tender la ropa, limpiar ventanas).
- Actividad física, ocio: evitar sobreesfuerzos y aquellos deportes que utilizan excesivamente los brazos (golf, tenis, esquí). La natación puede ser un buen ejercicio.
- Animales domésticos: evitar las mordeduras, arañazos y picaduras de insectos.
- Procedimientos sanitarios: Evitar tomar la tensión arterial en el brazo afectado, evitar las punciones en este brazo: inyecciones, extracciones de sangre, agujas de acupuntura, vacunas. No realizar glucemia capilar en los pulpejos de los dedos del brazo derecho.
- Sueño: Dormir con el brazo por encima del nivel del corazón. Para ello una forma apropiada sería dormir con almohadas debajo del brazo afectado.
- Uso de vendaje compresivo en el miembro

superior derecho.	
<p>Acudir a rehabilitación física para realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios para favorecer el flujo linfático del brazo afectado y reducir el riesgo de aparición de linfedema. 	<p>Una de las complicaciones más frecuentes del abordaje terapéutico del cáncer de mama es el Linfedema, por lo que se tiene que prevenir su aparición, ya que una vez instaurado se convierte en un problema crónico (13).</p>
<p>EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA</p>	<p>La persona y el familiar aprendieron sobre los cuidados que deben de tener en casa, se les proporciona plan de alta con los cuidados mencionados.</p>

7.5 Ejecución

7.5.1 Registro de las intervenciones

Todas las actividades se llevaron a cabo de forma exitosa, a pesar de la limitada estancia de la persona.

7.6 Evaluación

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

La enseñanza proporcionada y los cuidados de enfermería que se le brindaron fueron satisfactorios ya que se observa una mejoría en la disminución del dolor, referido por ella misma, así como una movilización independiente, y mejoría en la calidad del sueño; se muestra con disposición para continuar con los cuidados que debe llevar en casa. La usuaria refiere que acudirá a sus citas médicas y realizará los cuidados en casa para prevenir complicaciones.

7.6.2 Evaluación del proceso

El uso de cuidados especializados ayudó a la persona a lograr una pronta recuperación e independencia, reduciendo la estancia y complicaciones intrahospitalarias. Para ello, fue importante la realización del proceso de atención de enfermería, para proporcionar cuidados con evidencia científica y mejorar la calidad de atención del personal de enfermería.

VIII. Plan de alta

PLAN DE ALTA		
Tratamiento médico	Medidas higiénico-dietéticas	Ejercicio
<p>Cita en oncología en 8 días.</p> <p>Continuar citas con psicología.</p> <p>Acudir a sus citas con rehabilitación.</p> <p>Tramitar cita con nutrición.</p> <p>Tratamiento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 horas por 7 días. • Diclofenaco 100 mg vía oral en caso de dolor. <p>Continuar con tratamiento de base.</p>	<p><u>Dieta</u></p> <p>Realizar 5 ingestas (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena), alimentos al vapor, al horno, a la plancha, asado, etc.</p> <p>Reducir el consumo de azúcares . Consumir verduras y hortalizas en abundancia (5 piezas de verduras al día).</p> <p>Beber abundante agua (1.5 – 2 litros de agua al día).</p> <p>Prohibido consumir alimentos de origen porcino.</p> <p><u>Higiene</u></p> <p>Asistencia en el aseo personal, baño diario con jabón neutro, no mojar herida. Prohibido el uso de tina de baño o jacuzzi.</p> <p>Se orienta a familiar en técnica de curación de herida quirúrgica: Lavado de manos, calzado de guantes estériles. Para la curación de herida retirar la cinta de microporo o el apósito auto adherible que cubre la herida, observar el estado en que se encuentra la herida si hay dehiscencia de</p>	<p>Elevación del miembro afectado.</p> <p>Reposo relativo, iniciar actividad física paulatinamente, lo aconsejable es que comience con una actividad suave como caminar o pasear y pasado un mes de la intervención y la herida quirúrgica está cicatrizada reanudar la actividad física habitual.</p> <p>No colocar el bolso en el hombro afecto, evitar llevar reloj, pulseras, anillos que puedan presionar la muñeca o el antebrazo afectado; evitar utilizar ropa interior que comprima el pecho o los hombros, el sujetador debe tener tirantes anchos y acolchados para evitar comprimir la zona del hombro, sin aro que comprima. Evitar camisas con puños apretados o elásticos, que impidan el retorno de la circulación.</p> <p>No cargar peso con el brazo afectado, no lavar ni fregar los utensilios de cocina con agua muy caliente, utilizar guantes para manipular el horno,</p>

	<p>herida, salida de material purulento, edema, eritema, temperatura mayor a 38°C acudir al servicio de urgencias. Lavar la herida con agua y jabón antibacterial neutro, con movimientos suaves y sin frotar. Retirar el exceso de jabón dejando caer sobre la herida un pequeño chorro de solución salina o agua estéril. Secar la herida suavemente con gasas estériles y cubrirla con un apósito adhesivo estéril. Al terminar retirarse los guantes y lavarse nuevamente las manos. Colocar vendaje compresivo.</p> <p>Se orienta al familiar sobre los cuidados al drenaje: verificar la permeabilidad del drenaje, observar que las conexiones entre el evacuador y los tubos estén conectados. Valorar las características del líquido drenado olor, cantidad y color. Evaluar el estado de la piel adyacente al punto de fijación y orificio de drenaje. Drenarlo.</p> <p><u>Signos y síntomas de alarma</u></p> <p>Se orienta al familiar para vigilar signos y síntomas de aparición de linfedema: sensación de pesadez en el brazo, endurecimiento, pérdida</p>	<p>sartenes y otros trabajos de cocina. Utilizar dedal para coser, evitar permanecer mucho tiempo con el brazo levantado (tender la ropa, limpiar ventanas).</p> <p>Evitar sobreesfuerzos y aquellos deportes que utilizan excesivamente los brazos (golf, tenis, esquí). La natación puede ser un buen ejercicio. Si se practica la jardinería, utilizar guantes para evitar heridas.</p> <p>Dormir con el brazo por encima del nivel del corazón. Para ello una forma apropiada sería dormir con almohadas debajo del brazo afectado, de manera que la parte más distal esté más alta que la parte proximal.</p> <p>No viajar en avión.</p> <p>Se le proporciona un material educativo para la realización de los ejercicios en casa (ver anexo 7).</p>
--	---	---

	de sensibilidad, piel engrosada (piel de naranja), aumento del diámetro del brazo, dolor, dificultad en la movilización, aparición de surcos y grietas, aparición de linforrea.	
--	---	--

IX. Conclusiones

El estudio de caso permitió el abordaje clínico de una persona postoperada de mastectomía radical derecha a través de la inclusión de la evidencia científica, lo que permitió la toma de decisiones clínicas y disminuir las futuras variabilidades en la práctica. En función a la priorización de las necesidades de la teorista Virginia Henderson, las intervenciones permitieron atender la dificultad en la movilización del miembro superior afectado, el riesgo de infección por el proceso quirúrgico y los procedimientos médicos, el riesgo de linfedema derivada de la condición quirúrgica; como también, mejorar la calidad del sueño, y la percepción de la imagen corporal; y educar a la persona y familiar sobre los cuidados en casa.

De acuerdo a los postulados teóricos de Virginia Henderson, las intervenciones encaminaron a la evolución favorable, mejorando la dependencia y el egreso hospitalario, donde se proporcionó apoyo didáctico sobre el plan de alta y los cuidados domiciliarios. Cabe mencionar que existe un vacío en el conocimiento de estudios de caso de enfermería sobre los cuidados postoperatorio de mastectomía desde la perspectiva de Virginia Henderson, lo que imposibilita el contraste de resultados; sin embargo, de manera pragmática, se observa la funcionalidad racional y sistemática del uso de la evidencia científica para el cuidado de enfermería.

X. Sugerencias

El estudio de caso debe de llevarse a cabo en cada uno de las personas que son sometidos a una mastectomía radical, con el objetivo de brindarles una atención individualizada y especializada, para cada una de las alteraciones que presenta. Esto con el fin de disminuir incidentes que pongan en riesgo la vida.

XI. Glosario

Cáncer de mama: es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse.

ACR BI-RADS: Sistema de informes y registro de Datos de Imagen de Mama. método usado por los radiólogos para interpretar y comunicar de manera estandarizada los resultados de exámenes de mamografía, ecografía y resonancia magnética.

Ganglio centinela: es el primer ganglio encontrado en el mapeo linfático.

Hormonoterapia: uso de medicamentos que modifican el ambiente hormonal utilizado en el tratamiento del cáncer.

mamografía o mastografía: es el estudio radiológico de las mamas tomado con un aparato (mastógrafo) diseñado especialmente para este fin, con el que podrán efectuar mamografías de pesquisa (tamizaje) y de diagnóstico.

Mamografía de detección (tamizaje): examen radiológico para detectar cáncer de mama no sospechado en mujeres asintomáticas. Se obtienen proyecciones básicas y el médico que interpreta no necesita estar presente.

Mastectomía total: resección total de tejido mamario, incluyendo el complejo areola, pezón, tejido de la cola de Spencer y fascia del pectoral mayor.

Mastectomía radical modificada tipo Madden: resección total de tejido mamario como en la mastectomía total, incluyendo también la disección radical ganglionar axilar. Se conservan los dos músculos pectorales.

Mastectomía radical modificada de Patey: resección total del tejido mamario y disección radical ganglionar axilar, agregándose la resección del músculo pectoral menor.

Mastectomía Radical Clásica (Halsted): resección total de tejido mamario y disección radical ganglionar axilar, reseccándose en bloque y en conjunto con los músculos pectorales mayor y menor.

Metástasis: diseminación de la enfermedad más allá del sitio primario.

Quimioterapia: uso de medicamentos citotóxicos utilizados en el tratamiento del cáncer.

Radioterapia: uso de radiaciones ionizantes con fines terapéuticos.

XII. Bibliografía

1. Ramos AYC, Marimón TER, Crespo GC, Junco SB, Valiente MW. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Rev. Ciencias Médicas*. 2015; 19(4): 619-629.
2. Duarte TCA. El cáncer de mama, desafío mundial. *Rev Colomb Cancerol*. 2015; 19(1): 1-2.
3. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anfamed*. 2017; 4(1): 9-46.
4. Castrezana CMR. Geografía del cáncer de mama en México. *Invest. gEOG*. 2017; 93: 1-18.
5. Reynoso-Noverón N, Torres-Domingues JA. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2018; 8(1): 9-15.
6. Secretaría de Gobernación. Lista actualizada de las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos. *Diario Oficial de la Federación*. 2017.
7. Martínez-Basurto AE, Lozano-Arrazola A, Rodríguez-Velázquez AL, Galindo-Vázquez O, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(1): 53-58.
8. Lluch HA. Nuevos restos en el tratamiento y la investigación del cáncer de mama. *Med. Secur. Trab*. 2016; (62): 113-115.
9. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad . *Rev. Med. Clin. CONDES*. 2017; 28(5): 785-795.
10. Naranjo HY, Rodríguez LM, Concepción PJA. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 32(4): 126-38.
11. Ortega- López RM, Tristan- Rodríguez A, Aguilera-Pérez P, Pérez- Vega ME, Fang- Huerta MA. Cuidado de enfermería en paciente posoperada de mastectomía: estudio de caso. *Rev Cuid*. 2014; 5(2): 842-50.
12. Villacorta MA. Villacorta MD. Cuidados de Enfermería en la mujer con mastectomía profiláctica tras el alta hospitalaria. *Revista UCUE. Investigación y Cuidados de Enfermería*. 2017; 2(1).

13. Argüelles OL, Fernández PT. Atención de Enfermería a Pacientes con Cáncer de Mama y en riesgo de desarrollar Linfedema. RqR Enfermería comunitaria (revista SEAPA). 2014; 2(4): 50-69.
14. Martín M, et. Al. El cáncer de mama. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura. 2015. 191-773: 1-7.
15. Brito G, Pérez I. Cirugía conservadora en el cáncer de mama. Revista Cubana de Cirugía. 2014; 53 (2) 201- 212.
16. Cruz-Benítez L, Morales-Hernández E. Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014; 13 (2):124-133.
17. Santos J. Et al. Cáncer de mama: estudio desde la práctica del cuidado de enfermería. Revista Cumbres. 4(1).2018: 1-14.
18. Borbolla MG, Huitzache MM, Padilla RN. Nursing intervention in women who developed lymphedema after undergoing a modified radical mastectomy: a pre-experimental study. Ecancer. 2018; 12(827): 1-8. doi: [10.3332/ecancer.2018.827](https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.827)
19. Leal TC, Jiménez PM. Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. Nure Inv. 2015; 12(77): 1-18.
20. Paterson C, Lengacher C, Donovan K, Kip K, Tofthagen C. Body Image In Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. Cancer Nurs. 2016; 39(1): 1-29. doi:10.1097/NCC.0000000000000251.
21. Kocan S, Gürsoy A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. J Breast Health 2016;12: 145-50. DOI: 10.5152/tjbh.2016.2913.
22. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. JNCI J Natl Cancer Inst. 2018; 110(12): 1311- 27. doi: [10.1093/jnci/djy177](https://doi.org/10.1093/jnci/djy177)
23. Silva WB da, Barboza MTV, Calado RSF, Vasconcelos JLA, Carvalho MVG. Experience of spirituality in women diagnosed with breast cancer. J Nurs UFPE on line. 2019;13:e241325 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241325>
24. Zeighami MS, Mohammad KS, Zohreh VK. Reconstruction of feminine identity: the strategies of women with breast cancer to cope with body image altered. Int J Womens Health. 2018; 10: 689-97. doi: [10.2147/IJWH.S181557](https://doi.org/10.2147/IJWH.S181557)

25. Yesilyurt DS, Findik UY. Informational Needs of Postmastectomy Patients. *J Breast Health*. 2016; 12 (4): 155-7. [J Breast Health](#). 2016 Oct; 12(4): 155–157. Published online 2016 Oct 1. doi: [10.5152/tjbh.2016.3062](https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.3062)
26. Trescher GP, Amante LN, Martins L, Reis JB, Severo VA, Oro J, Rolim, JM, Santos MJ. Needs of women with breast cancer in the pre-operative period. *J Nurs UFPE online*, Recife. 2019; 13 (5): 1288-87.
27. Gold M, Dunn L, Phoenix B, Paul S, Hamolsky D, Levine J, et al. Co-occurrence of Anxiety and Depressive Symptoms Following Breast Cancer Surgery and Its Impact on Quality of Life. *Eur J Oncol Nurs*. 2017; 20: 97-105. doi:10.1016/j.ejon.2015.06.003.
28. Tang V, Zhao S, Boscardin J, Sudore R, Covinsky K, Walter LC. Functional Status and Survival After Breast Cancer Surgery in Nursing Home Residents. *JAMA Surg*. 2018; 153(12): 1090-6. doi:10.1001/jamasurg.2018.2736.
29. Shahsavari H, Matory P, Zare Z, Taleghani F, Akbari KM. Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *J Educ Health Promot*. 2015; 4: 70. doi: 10.4103/2277-9531.171782
30. Lee T, Sheu S, Chang H, Hung Y, Tseng L, Chou S, et al. Developing a Web-Based Comic for Newly Diagnosed Women With Breast Cancer: An Action Research Approach. *J Med Internet Res*. 2019; 21 (2): e 10716. doi: 10.2196/10716
31. Hung YT, Wu CF, Liang TH, Chou SS, Chen GL, Wu PN, et al. Developing a Decision- Aid Website for Breast Cancer Surgery: An Action Research Approach. *J Med Internet Res*. 2019; 21 (2): e10404. doi: [10.2196/10404](https://doi.org/10.2196/10404)
32. Terán-Godínez C. Plan de cuidados de enfermería, a una persona con cáncer de mama, con dificultad para la toma de decisión sobre su tratamiento. *Revista Mexicana de Enfermería Oncológica*. 2017; 2(2) :18-27
33. Capuñay J, Seclén I. Experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy. *Revista salud y Vida Sipanense*. 2015;2(1). p. 63-73.
34. Hansdorfer-Korzon R, Chojnacka-Szawlowska G, Landowski J, Majkovicz M, Basinski K, Zdun-Ryzewska A, Wasilewko I. Relationships of anxiety and depressive symptoms with pain perception in post-mastectomy women. An intragroup analysis. *Arch. Clin. Psychiatry*. 2016; 43(4): 74-8. DOI: 10.1590/0101-60830000000088

35. Miaskowski C, Paul S, Cooper B, West C, Levine J, Elboim C, et al. Identification of patient subgroups and risk factors for persistent arm/shoulder pain following breast cancer surgery. *Eur J Oncol Nurs*. 2014; 18(3): 242-53.
doi:10.1016/j.ejon.2013.12.002
36. Wang Li, Guyatt GH, Kennedy SA, Romerosa B, Kwon HY, Kaushal A. Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *CMAJ*. 2016; 188(14): E352-61.
37. Langford D, Paul S, West C, Levine J, Hamolsky D, Elboim C, et al. Persistent breast pain following breast cancer surgery is associated with persistent sensory changes, pain interference, and functional impairments. *J Pain*. 2014; 15(12):1227-37. doi:10.1016/j.jpain.2014.08.014.
38. Mafu T, September A, Shamley D. The potential role of angiogenesis in the development of shoulder pain, shoulder dysfunction, and lymphedema after breast cancer treatment. *Cancer Management and Research*. 2018; 10: 81-90.
39. Navarro LR. Evaluación de analgesia postoperatoria en pacientes postoperadas de mastectomía radical en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. *Evidencia médica e Investigación en Salud*. 2015; 8(1):S11.
40. Carrillo- Salvador D, Olverra- Gómez JL. Conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomía. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 22 (3): 153-8. DOI: 10.1590/0104-1169.3602.2528
41. Jing L, Zhang C, Jin F, Wang A. Development of a Quality of Sexual Life Questionnaire for Breast Cancer Survivors in Mainland China. *Med Sci Monit*. 2018; 24: 4101-12. DOI: 10.12659/MSM.906666
42. Maharjan M, Thapa N, Adhikari RD, Petrini MA, Shekhar AK. Quality of Life of Nepalese Women Post Mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018; 19(4): 1005-12. doi: [10.22034/APJCP.2018.19.4.1005](https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.1005)
43. Araújo- Ferreira SM, Oliveira-Gozzo T, Sanches-Panobianco M, Dos-Santos MA, Almeida AM. Barreras en la inclusión de la sexualidad en el cuidados de enfermería de mujeres con cáncer ginecológico y de mama: perspectiva de las profesionales. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23 (1): 82-9.
44. Bahrami M. Iranian Nurses Perceptions of Cancer Patients Quality of Life. *Iran J Cancer Prev*. 2016; 9(3): e4076. doi: [10.17795/ijcp-4076](https://doi.org/10.17795/ijcp-4076)

45. Musarezaie A, Zargham-Boroujeni A. Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy. *Iran J Nurse Midwifery Res.* 2015; 20 (2): 287-91.
46. Sapkota A, Shrestha S, Sedhain A, Koirala S, Kafle P. Problems of Breast Cancer Survivors Living in an Urban Area of Nepal. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2016; 3(3): 289-96. doi: [10.4103/2347-5625.189818](https://doi.org/10.4103/2347-5625.189818)
47. Zavala I. Et al. Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama. *Rev Enf Inst Mex Seg Soc* 2014; 22(3): 135-43.
48. Ziner KW, Sledge GW, Bell CJ, Johns S, Miller KD, Champion VL. Predicting Fear of Breast Cancer Recurrence and Self-Efficacy in Survivors by Age at Diagnosis. *Oncol Nurs Forum.* 2016; 39 (3): 287-95. doi:10.1188/12.ONF.287-295.
49. Walker R, Szanton SL, Wenzel J. Working Toward Normalcy Post-Treatment: A Qualitative Study of Older Adult Breast and Prostate Cancer Survivors. *Oncol Nurs Forum.* 2015; 42(6):E358-67. doi:10.1188/15.ONF.E358-E367.
50. Hernández L. La mujer con cáncer de mama: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. *Enfermería Universitaria.* 2016;13(4): 253-259.
51. Borré Y, Lenis C, González G. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir la calidad percibida de la atención de enfermería. *CES Salud Pública.* 2014; 5: 127-36.
52. Organización Mundial de la Salud. Enfermería.
<https://www.who.int/topics/nursing/es/>
53. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 2013.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013.
54. Fantahun A, Demessie A, Gebrekirstos K, et al. A cross sectional study on factors influencing professionalism in nursing among nurses in Mekelle Public Hospitals, North Ethiopia, 2012. *BMC Nursing.* 2014;13.
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-10>
55. O'Sullivan H, Van W, Fewtrell R, et al. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Teach Med.* 2012;34:e64-77.
<http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.655610>
56. Lombarts K, Plochg T, Thompson C, et al. On behalf of the DUQUE Project Consortium. Measuring professionalism in medicine and nursing: results of a

European Survey. PLOS ONE. 2014;9:e97069.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097069>

57. Luengo-Martínez C, Paravic-Klijn T, Burgos- Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería universitaria*. 2017; 14(2): 131-42.
58. Mínguez-Moreno I, Siles J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *AQUICHAN*. 2014; 14 (4): 594-604.
59. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson; 1996.
60. Duran M. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Colombia: Proyecto INNOVAR; 2001.
61. García GM. Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería. *Revista Medica Electrónica Portales Médicos*. 2015. [consultado 6 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>
62. Hernández MC. *El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera*. Universidad de Valladolid; 2015. p.1-28.
63. Luis RM, Fernández FC, Navarro GM. *De la Teoría a la Práctica: El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI*. 3ª ed. España: Masson; 1998. p. 29-41.
64. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 3ª ed. Philadelphia; 2013.
65. Bellido VJ, Lendínez CJ. *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
66. Ramírez EA. *Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es*. *Enfermería Universitaria*. 2016;13(2):71-72.
67. Fuente M. *Enfermería Médico-Quirúrgica V*. España: DAE; 2017.
68. Broto MG, Delor SM. *Instrumentación Quirúrgica. Técnicas por especialidades*. Buenos Aires. Panamericana; 2014.
69. Rivas AJ, Alcides UH, Serpas MM, García E, Zárate LJ. *Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama*. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2006.
70. American Society of Clinical Oncology (ASCO). *Cáncer de mama: Estadios*.

- Cancer. Net. 2018. [Consulta 28 de diciembre del 2018]. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-mama/estadios>
71. Reynoso-Noverón N, Torres-Domínguez JA. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. 2017;8(1):9-15. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rImc/article/view/65111/57119>
72. Cruz- Benítez L, Morales- Hernández E. Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014; 13(2): 124-133.
73. González-Arrieta M, Martínez Huerta M, Ramírez- Ramírez M. Opciones analgésicas para el control del dolor posterior a mastectomía radical. Cir Ciruj. 204; 72 (5): 363-368.
74. Mesas IA. Guía de práctica clínica para el control del dolor postoperatorio y evaluación de la analgesia postoperatoria. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. 2015.
75. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 Guías de Práctica Clínica en el SNS.
76. Catálogo Maestro de guías de Práctica Clínica: IMSS-232-09. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y tercer nivel de Atención. CENETEC. México, D.F.; 2009.
77. Ruiz GM, Gómez TA, Córcoles JM, Herreros SL, Segovia GM, López SJ, et al. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. Complejo hospitalario universitario de Albacete; 2013.
78. Catalán T, Gallego-Gómez J, González-Moro M, Simonelli-Muñoz A. Factores que influyen en la calidad del sueño de pacientes institucionalizados. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2014; (12): 43-50.
79. Blanco C, Estupiña F, Labrador F, Fernández A, Bernaldo Q, Gómez L. El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. Anales de psicología. 2014; 30 (2): 403-11.

80. Aguilar CM, Neri SM, Mur VN, Gómez VE, Sánchez LA. Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada. Rev ESpc NUtr Comunitaria. 2014; 20 (1): 2-6. DOI:10.7400/RENC.2014.01.1.5002
81. Martínez-Basurto A, Lozano Arrazola A, Rodríguez-Velázquez A, Galindo Vásquez O, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014; 13(1): 53-8.
82. Lluch HA, Almonacid GV, Garcés HV. Cáncer e imagen: el duelo corporal. Valencia. 183-96.
83. Catálogo maestro de GPC: IMSS67613. Guía de Práctica Clínica: Intervenciones preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico. CENETEC. México; 2013.
84. Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal. Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. México. 2016.

XIII. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE

Carta de consentimiento informado para integración en protocolos de investigación.

Título del estudio: Estudio de caso en una persona posoperada de mastectomía radical derecha.

Lugar y fecha: Oaxaca de Juárez a 6 de diciembre del 2018.

La finalidad que tiene este estudio de caso, es determinar y evaluar la aplicación de proceso de enfermería, dentro del área quirúrgica por parte de la Estudiante en enfermería perioperatoria Lic. Enf. Rocío Adriana Ruiz Salazar, así como la evaluación de su funcionalidad en el uso cotidiano.

La aplicación del instrumento de valoración se realizara dentro de las instalaciones del área quirúrgica, durante su tiempo de estancia hospitalaria, sin limitante de tiempo y/o espacio, no se otorga alguna remuneración de ningún tipo.

Su participación es voluntaria, además no estará obligada a participar hasta el término del estudio; por lo que puede abandonar el estudio en cualquier momento, sin verse afectado por ningún tipo de represión, sanción u hostigamiento. la participación consistirá en contestar un simple cuestionario el cual estará anexo en el registro del proceso de enfermería.

La información que usted proporcione para el estudio de caso será de carácter confidencial y no será insinuada o publicada por ninguna circunstancia.

En términos generales y para fines de confidencialidad y privacidad, solo se le buscará una única vez para la realización del cuestionario antes mencionado; esto dentro del área de estancia y dentro del horario establecido por la institución como práctica clínica.

Declaración de consentimiento:

Se me ha explicado con claridad el funcionamiento del estudio de caso, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Se ha dado la oportunidad de hacer cuestionamientos y todas mis dudas han sido aclaradas a mi satisfacción. se me ha proporcionado una copia de este formato.


Gloria O. Gonzalez

Nombre y firma de quien
otorga el consentimiento


Lic. Enf. Rocío Adriana Ruiz Salazar

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento

Nombre: Gloria González Ortega	Fecha de nacimiento 11/08/42	Edad: 76 a	Sexo: Fem
No. De expediente: DEGG420811/91	Dx medico: cáncer de mama derecha más mastectomía radical derecha		

Necesidad 1: respirar normalmente

Secreciones: No		Disnea: No		Obstrucción: No	
De tipo:	Si/no	Presente en:	Si/no	Presente en:	Si/no
Nasal	No	Reposo	No	Boca	No
Oral	No	Esfuerzo moderado	No	Fosas nasales	No
Presencia de: no presenta alteraciones en la respiración		Esfuerzo severo	No	Laringe	No
Eupnea	Si	Obesidad	No	Bronquial	No
Taquipnea	No	Ansiedad	No	Pulmonar	No
Bradipnea	No	Estrés	No	Causa: No presenta obstrucción	
Ortopnea	No	Dolor	No		
Aleteo nasal	No	Presencia de tos	No	Secreciones	No
Cheyne-stokes	No	Tos productiva	No	Vías altas	No
Kussmal	No	Tos no productiva	No	Bronquiales	No
Presencia de :		Tipo de secreciones: No presenta secreciones			
Amplitud:		Blanquecina	No	Abundantes	No
Frecuencia		Verdosa	No	Escasas	No
Ritmo	Buen ritmo	Espesa	No	Purulentas	No
Simetría		Fluida	No	Hemáticas	
Movimiento		Presencia de cianosis: No		Gases arteriales:	
Permeabilidad	Buena	Central		Ph	7.40
Tiraje: No presenta		Periférica		PaO2	77
Supraesternal		Suplemento O2		PaCO2	40
Infraesternal		Características de mucosas:		HCO3	25 mEq/L
Retracción esternal		Rosas	Sí	Sat. O2	94% al medio ambiente
Supraclavicular		Limpias		>=95%	
Infraclavicular		Algodoncillo		<=95% intubar	
Espacios intercostales		Tamaño normal	Sí	Acido base	
Drenaje pulmonar				Hbo	
Características				FiO2	

Ruidos respiratorios:		Datos patológicos		Métodos y medios de ventilación		Fecha de inicio
Ventilatorio	Adecuado	Agitación	No	Intubación		
Disminuido/ Gorgoteo		Trabajo respiratorio		Cánula orofaríngea con o sin balón		
Sibilancias		Fr >= 35 rpm		Cánula nasofaríngea		
Estertores		Uso de músculos accesorios		Tubos con obturador esofágico		
Crepitantes		Fatiga de los músculos inspiratorios		Mascara laríngea		
Estridor		Dilatación de orificios nasales		Nebulizador		
Roncus		Boca abierta		Catéter nasal		
Mormullo vesicular		Labios fruncidos		Boca a mascarilla		
Soplo		Alteraciones del intercambio gaseoso		Simple		
Dolor:		Alteración estructural:		Con reservorio		
Garganta	No	Nariz		Con sistema venturi		
Tórax	No	Boca		Otro		
Abdomen	No					
Otro						

Modo de VMI	Vc	Fr	FiO2	I:E	Vi	Pr
Ventilación Mecánica Controlada						
VM Asistida/controlada						
Ventilación mandataria intermitente						
NO sincronizada						
Sincronizada						
Presión Soporte						
PEEP (presión positiva al final de la espiración)						
Otro						

Aspecto físico	Parámetros
FC	80 lpm
T/A	125/80
Temperatura	36.2
Pulso	80lpm

Ritmo	Adecuado
-------	----------

Tipo de exposición	Si/no	Tiempo de exposición
Humo de leña	No	
Humo de cigarro	No	
Humo de fabricas	No	

Necesidad 2: nutrición

Peso	58.100 kg	Talla	1.40m	IMC	29.64 kg/m ²
Estado nutricional	Desnutrición		Normal	Sobrepeso	X Obesidad
Apetito	Normal		Aumentado	Disminuido	X Perdido
Dieta	Normal		Ayuno	Líquida	Blanda
	Diabético	X	Hiperproteica	Hiposodica	Otra
Presencia de:	Nausea al inicio de la vía oral	X	Vomito	Espontáneo	Provocado
Dificultad para:	Deglutir		Ninguna	X Dolor	Otra
Alimentación	Independiente	X	Dependiente	Requiere ayuda	Refiere no llevar una dieta en específico, consume poca azúcar Ingesta de alimentos de origen animal 3/7, leche y derivados 7/7, cereales 7/7, frutas 7/7, verduras 7/7, bebidas azucaradas 7/7, ingesta de agua dos litros al día. Niega alergias alimentarias
Presencia de:	Sonda orogastrica		Sonda nasogástrica	Sonda nasoyeyunal	Gastrostomía
líquidos intravenosos	Catéter	X	Tipo	Calibre	18 Fr Total líquidos en 24 hrs. 1100ml
Nutrición	Enteral	X	Parenteral	Cantidad	Frecuencia 3 veces al día
Laboratoriales	Glucosa 149 mg/dl		Triglicéridos 143	Colesterol 192	Hemoglobina 13.8 g/dl
Electrolitos séricos	Sodio 138 mEq/l		Potasio 3,6 mEq/l	Cloro 99 mEq/l	Calcio 9,3 mg/dl

Medicamentos	Levotiroxina 50 mcg una en la mañana, Metformina 850 mg una en la mañana y otra en la tarde, Atorvastatina 20 mg una en la mañana, Cefotaxima 1 g intravenoso cada 12 horas, Metamizol 1 g intravenoso cada 8 horas alternado con Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas									
Condiciones de la mucosa oral										
Encías	Normales	x	Blancas		Rojas		Sangrantes			
Dentadura	Completa		Incompleta	x	Prótesis		Caries			
Lengua	Integra	x	Sin lesiones	x	Limpia	x	Saburral			
Labios	Íntegros	x	Textura		Color		Rosas			
Piel y características										
Color	Rosada		Pálida	x	Oscura		Cianótica			
Temperatura	Caliente		Seca	x	Fría		Húmeda			
Turgencia	Flexible		Firme		Frágil	x	Hidratada			
Cicatrización	Normal		Atróficas	x	Hipertrófica		Queloides			
Patología digestiva										
Tipo			Tiempo		Tratamiento			Observaciones		
Abdomen: blando depresible										
Presencia	Peristaltismo	x	Dolor		Distensión					
Hábitos dietéticos										
Consumo y frecuencia x/7	Alimentos de origen animal 3/7		Leche y derivados 7/7		Leguminosas 7/7			Cereales 7/7		
	Frutas 7/7		Verduras 7/7		Agua 2 litros al día			Bebidas azucaradas 7/7		
Otros	Alergias alimentarias: ninguna				Intolerancia alimentaria: ninguna					

Necesidad 3: eliminación

Eliminación urinaria

Vesical			
Frecuencia		hematuria	
Hora de la última micción		poliuria	
Incontinencia		Poliaquiuria	
Enuresis		Retención urinaria	
Urgencia miccional		Anuria	
Oliguria		Nicturia	
Disuria		Piuria	
Egresos 24 hrs	880ml	Vespertino	180ml
matutino	300ml	nocturno	400ml

color	
Amarillo claro	x
Rojizo	
Naranja	
Marrón	
Pardo o negro	
Azul verdoso	
Blanco-lechosa	
Transparente	
Turbia	

Terapia sustitutiva renal			
Catéter de HD		Peso: pre y pos	
Fistula A-V		Modo	
Horarios		Egreso	
Diálisis peritoneal		Tiempo	
Tipo de catéter		Concentración	
Control		No. De recambios	
Características de egresos		Medidas seguridad	
Dificultades para el acto de la micción			

Dispositivos vesicales		
Sondaje vesical permanente		Fecha de inst/ret
Sondaje vesical intermitente	x	Fecha inst/ret 26/11/18 28/11/18
Sonda supra pùblica		Fecha inst
Ostomia/urostomia		Fecha inst
Nefrostomia		Fecha inst
Colector		Fecha inst 26/11/18
Pañal:		Otros

Valoración de la vejiga y meato urinario	
Globo vesical	
Ausencia de necesidad de vaciar la vejiga	
Ausencia de emisión de orina	
Salida de orina a la presión de la vejiga	
Integridad del meato urinario	X
Irritación	
Obstrucción	
Lesión	
Micción: voluntaria/involuntaria	Sonda vesical
Otros	

Eliminación intestinal

Abdomen	
Perímetro abdominal	
Distensión abdominal	
Blando	x
Depresible	x
Con dureza	
Ruidos intestinales	Presentes
Presencia de gases	x
Características y localización del dolor	
Características de las heces	
Forma	

Constitución	
Color	Característico
Olor	Característico
Consistencia	Firme
Frecuencia	1 vez al día
Cantidad	
Vomito: características, cantidad y frecuencia	

Recto y ano		Diarrea		estreñimiento	
Irritación		Frecuencia		Fatiga	
Inflamación		Consistencia		Debilidad	
Hemorroides		Olor		Signos de deshidratación	
Prolapso		Color		Fecaloma	
Tonia		Calambres abdominales		Otros	
Control de la expulsión de gases y olor:		Impactacion		consistencia	
Características y localización del dolor:		Constipación		Frecuencia	
Presencia de fecalomas		Incontinencia		Modo de resolución	
Presencia de facalotas		Dolor/dificultad al evacuar			

Uso de estimulantes para evacuar

Sustancias naturales	
Dieta	
Ejercicio	
Presencia de ostomias	
Localización	
Características	
Integridad de la ostomía y la piel	
Gasto por día	
Antigüedad de la ostomía	
Autocuidado	
Observaciones	

Presencia de fistulas abdominales	
Localización	
Características	
Integridad de la fistula y la piel	
Gasto por día	
Antigüedad de la fistula	
Autocuidado	
Observaciones	
Presencia de herida quirúrgica y drenajes abdominales	Drenajes
Heridas	Herida quirúrgica tipo Stewart
Localización	Pectoral derecho
Características	Bordes bien afrontados, sin datos de sangrado y/o infección
Drenaje	Drenovac de 1/4
Gasto por día	130 ml en el turno matutino Gasto de 24 horas: 200 ml.
Contenido	serohemático

Necesidad 4: moverse y mantener buena postura.

Praxias: movimientos voluntarios		Movimientos faciales		Contracción de la musculatura facial		Examen Vestibular	
Presentes	x	Asimetrías de la cara		Arrugar la frente	x	Nistagmo	
Ausentes(apraxia)		Apertura ocular	x	Mostrar los dientes	x	Vértigo	
Apraxia del Vestir		Surcos nasogenianos	x	Arrugar la nariz	x	Desequilibrio	
Apraxia de Construcción		Comisura bucal	x	Cerrar activamente los ojos	x	Reconoce la posición	
Desviaciones posturales		Dirección de la desviación		Movimiento de cabeza, cuello y hombros adecuados X			
De pie y con ojos cerrados				Levanta los hombros contra resistencia		X	
Al caminar por línea imaginaria				Gira la cabeza contra resistencia hacia el lado opuesto			
Sentado y brazos extendidos				Incapacidad de girar la cabeza hacia el lado sano			

Examen de la marcha (motor) Estable	Fuerza disminuida por dolor	Fuerza de la extremidad disminuida
Marcha hemiparética	No hay indicio de movimiento	Monoplejia
Marcha paraparética	Esboza movimiento	Hemiplejia
Marcha parkinsoniana	Mueve la extremidad lateralmente	Paraplejia
Marcha atáxica o cerebelosa	Levanta la extremidad contra la gravedad	Tetraplejia
Marcha tabética	No vence gravedad	
	Levanta la extremidad y vence resistencia moderada	
	Fuerza normal de los brazos	

Extremidades inferiores		valoración extremidades superiores brazos extendidos	
Caderas y rodillas flectadas		Al levantar ambos uno de ellos es más Lento	
Cae primero un miembro		Movimiento oscilante o impreciso	
Esfuerzo realizado		Torpeza en el movimiento rápido de los dedos	
Atrofia		Asimetría en el movimiento rápido de los dedos	
Miopatía		Cae un brazo	
Poli neuropatía		Error al rotar la mano	
Fatigabilidad	X	Pronación mano	
		Elevación de los hombros	
		Extensión y flexión de antebrazo	
		Extensión y flexión de muñeca y dedos	

Estado de movilidad	Autónoma	Deambulación	Ocasionalmente, inicia con períodos cortos
Movilidad autónoma	x	Postura	
Movilidad en cama por si solo		Uso de equipo auxiliar	
Movilidad en cama con asistencia	X	Ninguno	
Marcha		Muletas	
Estable	x	Sillas/ retrete	
Inestable		Andador	

Traslada en silla de ruedas			
Traslada en cama		Bastón	
Lesiones corporales que limitan la movilidad	Herida quirúrgica	férula	

Dolor, tipo y localización	
Dolor pectoral derecho (EVA 8) al realizar la movilización por presencia de herida quirúrgica manifestada por fascies de dolor.	
farmacoterapia	
fármaco	dosis
Metamizol	1 g intravenoso cada 8 horas
Ketorolaco	30 mg intravenoso cada 8 horas

Estado de movilidad	
Movilidad autónoma	x
Movilidad en cama por si solo	
Marcha	
Estable	x
Inestable	
Trasladada en silla de ruedas	
Trasladada en cama	
Lesiones corporales que limitan la movilidad	

Deambulacion		
Reflejos patológicos		
Signo de babinski		

Reflejo de parpadeo		
Reflejo de hociqueo		
Reflejo de succión		
Reflejo de prensión		
Reflejo palmomentoniano		
Rigidez de nuca		
postura	Marcha	
cifosis	Autónoma	x
Escoliosis	Con asistencia	
Lordosis	Uso de dispositivos	
otro	Tipo de dispositivos	

Necesidad 5: dormir y descansar

Patrón y tipo habitual de sueño		Cuando necesita descansar			
Normal					
Horario	22 horas	Le resulta suficiente o adecuado	Suficiente en casa	Dormir	si
Duración	8 a 9 horas	Duerme solo o acompañado	Acompañada	Sentido que le da al dormir	
Siestas	No	Tarda en conciliar el sueño	No	Como rutina	x
Se despierta por la noche	Si al baño	Duerme con luz encendida	No	Obligación	
Necesidad de levantarse durante la noche	Sí al baño o	Las emociones influyen para poder dormir y reposar	No	Evasión	
Sueño ligero	x	Controla el dolor antes de dormir		Efecto positivos	
Predominan sueños		Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo			
Pesadillas cuando duerme	En ocasiones	Cuánto tiempo diario utiliza para el descanso			

Medios para facilitar el sueño: ninguno		Donde descansa o reposa		Satisfacción del sueño Con referencia al descanso en el área hospitalaria es inadecuado, refiere mucho ruido por parte del personal y compañeras de habitación que interrumpen su sueño, la cama es incómoda para realizar un adecuado descanso. Sintiendo fatigada			
Masajes		Trabajo		Nivel de estrés		Laxitud	
Relajación		Casa	x	Confusión		Cefaleas	
Música		Entorno social		Respuesta disminuida			
Entretenimiento		Falta de energía		Letargo			
Lectura		Masajista		Fatiga	x	Apatía	
Cambios en la conducta				Aumento o disminución del sueño			
Cambios en el desempeño de las funciones				Irritabilidad			
Quejas verbales de no sentirse descansado			x				
Condiciones del entorno		Luz		Adaptación de la cama	Cama incómoda	Almohada o ropa	
Sonido	x	Temperatura		Colchón		Situación personal	
Utiliza algún medicamento para dormir				¿Cuál?		¿Conoce sus efectos?	
Utiliza algún medicamento para estimularse				¿Cuál?		¿Conoce sus efectos?	

Alteraciones del sueño y descanso	
Insomnio	
Hipersomnia	
Incomodidad	
Fatiga	x
deprivación del sueño	

Necesidad 6: vestirse / arreglo personal.

Aspecto General		Auto reacción al vestido		Percepción personal del vestuario	
Adecuado	X Dependiendo de la temporada, agradable de acuerdo a sus gustos, le gusta utilizar ropa cómoda	Agradable		Ajustado a la realidad	
Exagerado		Desagradable		Confuso	
Descuidado		Actitud frente al vestuario		Equivocado	
Meticuloso		Aceptación		Autoevaluación del vestuario.	
Extravagante		Rechazo		Positivo	
El paciente presenta comodidad Con su vestir		Indiferencia		Negativo	
El paciente es capaz		La ropa y calzado que usa comúnmente es			
Escoger su ropa		x		Ajustado	
Tomar la ropa				Holgado	x
Ponerse la ropa de la parte superior e inferior				Nuevo	
abrochar la ropa				Usado	
Manipular broches y cierres				Limpio	
ponerse los calcetines y zapatos				Sucio	
Abrocharse los zapatos				La ropa del paciente se ajusta a la	

Quitarse la ropa		estación del año:
El paciente cuida su seguridad e intimidad		
Observaciones : Muestra dificultad para vestirse de forma autónoma, debido a la herida quirúrgica en el pectoral derecho, ya que le produce dolor al hacer un movimiento con el brazo derecho. Le gusta cuidar su seguridad e intimidad. Utiliza ropa nueva y limpia.		

Necesidad 7: mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Control de la temperatura		Temperatura		Tratamiento Químico		Medios físicos
Axilar	x	Hipertermia		Medicamento	Dosis	
Bucal		Hipotermia				
Dérmica		Eutermia	36.2 ° C			
Rectal		Febrícula				
Timpánica		Fiebre				
Observaciones: Se mantiene con sábanas y cobijas para mantener su temperatura estable ya que el ambiente se torna frío.			Temperatura ambiental			
Sudoración			Clima artificial			
Escalofríos			Aire acondicionado			
Deshidratación			Ventilación natural			
Taquipnea			Ventanas c/s cortinas			

Necesidad 8: mantener la higiene corporal.

Hábitos higiénicos	Características		
Lavado de manos	Adecuado todos los días y en diferentes horarios dependiendo de las actividades que realice		
Limpieza de genitales	Adecuado		
Limpieza de oídos	Adecuado		
Limpieza de nariz	Adecuado		
Higiene bucal	Adecuado		
Baño corporal Requiere de ayuda para el baño, ya que se le dificulta realizar movimientos con el	Tipo de baño	frecuencia	Utensilios que ocupa

brazo derecho, ya que le provoca dolor.							
Cuerpo completo		X	Todos los días	Crema corporal	x	Peine	x
Cara				Desodorantes	x	Apósito	
				Perfumes	x		
Cabello				Crema para rasurar		Hisopos	x
Tronco				Rastrillo		otros	
Genitales							
Estado de la piel		Integridad de la piel					
Piel	Integra	Eritema		Transpiración		Piel intacta	
Uñas		temperatura		Textura	Suave, excepto área donde se encuentra catéter periférico	Pigmentación	
Cabello	Bien implantado	sensibilidad		Grosor		Lesiones cutáneas	
Boca		Elástica		Crecimiento del bello		Tejido cicatricial	
Pies		Hidratación	x	Descamación cutánea		Raspado cutáneo	
Puntuación Braden-bergstrom-riesgo de UUP.		Canceres cutáneos		Palidez		Necrosis	
		Induración		Lesiones de la mucosa		otros	

Características del cabello				Usa:			
Longitud		Orzuela		Alopecia		Fijadores	
Grosor		Seborrea		Fragilidad		Cremas	
Espesor	Adecuado sin lesiones del cuero cabelludo	Pediculosis		Textura		Tratamiento capilar	

Implantación		Micosis		Hidratación		Otro	
--------------	--	---------	--	-------------	--	------	--

Necesidad: 9 evitar los peligros ambientales y lesionar personas

Antecedentes heredofamiliares: madre hipertensa, tío materno diabético, madre con antecedentes de cáncer de mama.

Antecedentes patológicos: refiere haber padecido enfermedades propias de la infancia, niega enfermedades crónico degenerativas, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, osteomusculares. Refiere antecedente de diabetes de 4 años de evolución, histerectomía por miomatosis uterina a los 44 años e hipotiroidismo.

Nivel de consciencia		Estado de consciencia		Alteración de la percepción		Estado de animo
Consciente	x	Orientado	x	Auditivas		Tranquilo
Somnoliento		Desorientado		Gustativas		Ansioso
Obnubilado		En:		Kinestésicos		<u>Triste</u>
Estuporoso		Tiempo	x	Visuales	No	Eufórico
Comatoso		Persona	x	Táctiles	No	Nervioso
Hipervigilante		Espacio	x	olfativas	No	<u>Preocupado</u>
Confuso				Otras:		<u>Apática</u>
Sedado						<u>Depresible</u>

Visión	si	No	Consumo de alcohol	Observaciones
Sin alteración	x		Diario	Su familia la apoya durante ésta situación. Toxicomanías negadas. Se valora riesgo de caídas de 3 puntos. Refiere sentirse incompleta.
Deficiente			Fines de semana	
Ceguera			Intoxicación	
Protesis			Otras adiciones	
Oído			¿Cuál ?	

Necesidad 10: comunicarse con los demás expresando emociones

Desviación de la lengua hacia un lado	
Atrofia muscular de la lengua	
Fasciculaciones de la hemilengua	
Protrusión	
Movimientos laterales	

Lenguaje espontáneo	
Afasia fluente	
Afasia no fluente	
Repetición	
Comprensión	
Lecto-escritura	

Lenguaje	
Disartrias	
Disfonías	
Disfasia	
Afasia	
Wernicke	
Broca	
Corticales	
Subcorticales	

Organización		Expresión del lenguaje					
Pensamiento- lenguaje							
Coherente	x	Contenido	Normal	x	Abundante		
Organizado	x	Tono y modulación	Tranquilo	x	Nervioso		
Delirante:		Velocidad	Normal	x	Rápido		
Descripción de la alteración:		Volumen	Bajo	x	Alto		
		Otra alteración					
Dificultad en la comunicación verbal:				Alteración de pensamiento:			
Dificultad de comprensión		Otras alteraciones en el lenguaje:			Inhibición		
Dificultad de expresión		Pobreza en el lenguaje			Aceleración		
Utiliza otro idioma		Bloqueos			Perseverancia		

Mutismo		Rigidez		Disgregación	
Lenguaje incoherente		Neologismos		Incoherencia	
Verborrea		Lenguaje simbólico		Confabulación	
Laringectomizado/intubado					
Otro: Presenta buena relación con su esposo , hijos y familia. Su esposo desempeña rol de cuidador, presentando cansancio y agotamiento. refiere que él apoya a su esposa, aunque quisiera saber cómo hacerla sentir mejor. La paciente refiere que ya se quiere ir a su casa, el ambiente hospitalario no le agrada.					

Necesidad 11: vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores

Religión que profesa		Prácticas religiosas habituales		Confianza en la experiencia pasada con conductas sobre la salud similares
Católica	x	Incapacidad para participar		
Testigo de Jehová		Dificultad para participar		Declaración de voluntades anticipadas:(Donación órganos, Testamento)
Cristiano		Asiste a la iglesia	x	
Judío		Pide a ministro		Deseos de participar en prácticas religiosas
Mormón		Realiza ceremonias		
Espiritista		Iconos religiosos		Otros datos

Otro		Uso de amuletos		
Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales:		Cambio estructura familiar:	Su situación actual ha alterado sus:	
Pérdida de familiares	No	Unión	Ideas	
Enfermedad de familiares	No	Separación	Valores	
Enfermedad propia		Nacimiento	Creencias	
Cambio de trabajo		Otros	Imagen corporal	
Cambio de residencia				
Observaciones: En cuanto a su proceso de hospitalización se siente deprimida por la cirugía realizada, refiere sentirse incompleta.				

Necesidad 12: Ocupación para auto-realizarse.

Trabajo/estudio.			
Nivel de Escolarización.	¿Trabaja?	Sí	No
Licenciatura en educación terminada	Maestra jubilada, actualmente ama de casa, con un nivel económico autónomo ya que le depositan mensualmente lo correspondiente a su jubilación		
Nivel de dependencia: Moderadamente	Sentimientos que produce la dependencia:		

Total	Parcial x	
Física	x	Reacción de la familia ante la enfermedad.
Económica		Su familia muestra preocupación por su situación, muestran interés en ella. Refiere que su situación familiar es satisfactoria.
Psicosocial		
Condición laboral/escolar	satisfactorio	Insatisfactorio
¿Por qué?		
¿Qué opina de su imagen corporal? Actualmente se encuentra deprimida debido al procedimiento quirúrgico, refiere sentirse incompleta como mujer		

Integración familiar/personal. Muestra agrado por su situación familiar, la cual manifiesta ella que es nuclear..		Problemas familiares. Ninguno			
Familia nuclear	x	Económicos		Carencia afectiva	
Familia disfuncional		Relaciones disfuncionales		Desinterés	
Vive solo		Farmacodependencias		Irresponsabilidad	
Parentesco del cuidador: Esposo		Otros:			
Actitud del cuidador ante la enfermedad:		¿Abandono de actividades por su enfermedad?		Sí	No X
		¿De qué tipo? (laborales, ocupacionales, académicas, otras):			
Falta de conocimiento del cuidador sobre: cuidado en casa en cuanto al manejo de la herida quirúrgica y la alimentación de la paciente			¿Tiene personas a su cargo? No		
Medicación		Signos de riesgo		Niños pequeños	
Cuidados		Manejo de material		Personas de edad avanzada	
Enfermedad		Otros		Personas con incapacidad	
Medidas higiénico/dietéticas				Otros:	
Refiere maltrato:		Sospecha de maltrato:			
Físico		Físico			
Psicológico		Psicológico			
Social		Social			
Económico		Económico			
Otros:		Otros:			

Necesidad 13 Participar en actividades recreativas

Actividades recreativas antes de internación			Recreación durante la internación		
Abandono de actividades			Utilización de recursos de la comunidad		
Laborales	si	no	Atención a domicilio/ <u>hospitalización</u>	<u>Si</u> a domicilio no lo permite	no
Ocupacionales		x	Atención de día	x	
Académicas		x	Grupos parroquiales		x

Otros			Comida a domicilio		x
			otros		x
Recreación	x		Juegos		
Participa en actividades diferentes al trabajo			Participa en juegos		
Elije actividades de ocio de interés (leer)	x		Expresa placer por jugar		
Las actividades de ocio lo relajan	x		Usa la imaginación	x	
Disfruta las actividades de ocio	x		Expresa emociones al jugar		
Observaciones	Refiere que para distraerse de vez en cuando sale con amigas y que casi diario cuida a los nietos. Le gusta leer y escuchar música de su época. Aunque ahora le preocupa cómo va a salir a la calle si le falta un seno				

Necesidad 14 de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Memoria	
Memoria inmediata: registro y evocación de un estímulo	
Memoria de corto plazo repite en un tiempo corto	
Memoria de largo plazo: retiene la información por días	x

Atención	
capacidad de mantener la concentración	x
Capacidad de mantener la concentración	x
Invierte series automáticas.	

Resolución de problemas		Interpretación de proverbios	
Juicio congruente		Seguir una charla	x
Planificación de actividades	x	calculo	
Describe su estado de salud	Desea manejar el tratamiento		
Bueno		Conciencia de enfermedad	
Normal		Importancia a su salud.	
malo	x	Acepta su estado de	No

	salud	
<p>Sigue el plan terapéutico adecuadamente en el hospital, hace consciencia sobre su situación, la importancia de la salud. Refiere no realizar automedicación, pero si busca información sobre su salud.</p>		

Desea más información sobre	
Medicación	x
Autocuidados en casa	x
Enfermedad	
Medidas higiénico dietéticas	x
Signos de riesgo	x
Manejo de drenaje	x

Anexo 3. Escala de dependencia

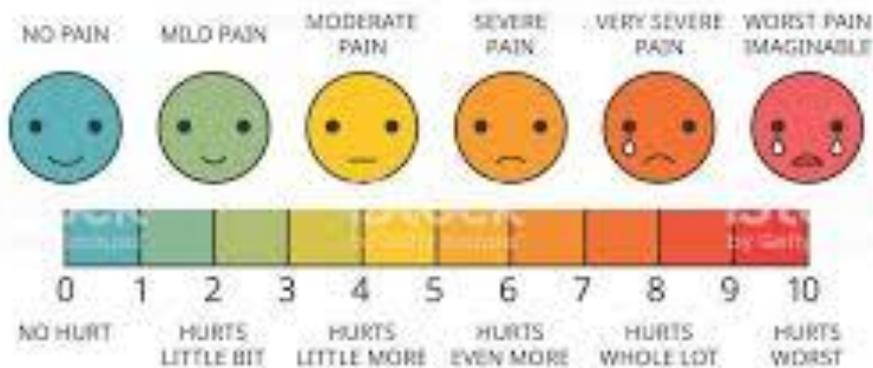
ESCALA DE DEPENDENCIA

Independencia	Responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, lo que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o dispositivo de un sostén o una prótesis	3	4	5	6	Dependencia
	1	2	Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido, aunque sea ligeramente	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén, o una prótesis	Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo	Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.	

Citado: Phaneuf M. Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería. España: Interamericana; 2013.

Anexo 4. Escala de valoración EVA

PAIN MEASUREMENT SCALE



Anexo 5. Escala de Confort Hospitalario

ITEMS	1	2	3	4	5
1. ¿Cómo valora la relación con su compañero/a de habitación?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
2. ¿Cómo valora las instalaciones y aparataje?	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal
3. ¿Cómo valora su habitación?	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal
4. ¿Cómo considera de ruidosa la habitación?	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
5. ¿Cómo considera de confortable la cama en el hospital?	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
6. ¿Qué nivel de confort le proporciona el personal sanitario a la hora de dormir?	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
7. Considera que el tiempo que le dedican los sanitarios para que Ud. este cómodo es...	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
8. ¿Recibe información sobre pruebas que le realizan?	Si	No			
9. Si no recibiera falta de información sobre las pruebas que le realizan, ¿cuánto le incomodaría?	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
10. ¿Recibe información sobre su tratamiento?	Si	No			
11. Si percibiera falta de información sobre su tratamiento, ¿cuánto le incomodaría?	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho

Citado: Catalán T, Gallego-Gómez J, González-Moro M, Simonelli-Muñoz A. Factores que influyen en la calidad del sueño de pacientes institucionalizados. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2014; (12): 43-50

Anexo 6. Percepción corporal valorada por la escala BIS de las mujeres intervenidas quirúrgicamente del cáncer de mama.

<i>Áreas</i>	<i>Ítems</i>
a) Grado de satisfacción tanto consigo mismo como con los demás	1. Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida. 2. Creo que a los demás les gusta mi aspecto.
b) Pérdida de la feminidad	3. Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer. 4. Me siento menos femenina después de la operación.
c) Grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo mismo como con los demás	5. Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz. 6. Evito que los demás me vean la cicatriz. 7. Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy desnuda.
d) Sentimientos acerca del atractivo sexual	8. Creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales. 9. Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente. 10. Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual.
e) Pérdida de la integridad corporal	11. Me siento algo deformada o mutilada.
f) Grado de satisfacción con la cicatriz	12. Me repugna la cicatriz.

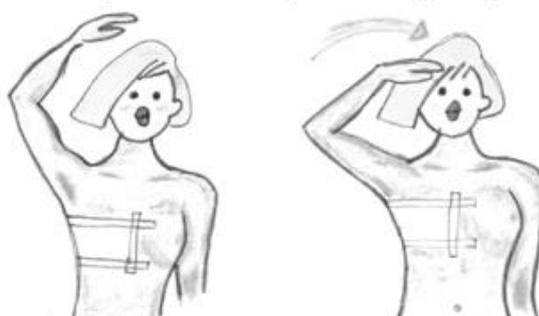
Citado: Aguilar CM, Neri SM, Mur VN, Gómez VE, Sánchez LA. Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada. Rev ES_p NU_{tr} Comunitaria. 2014; 20

Anexo 7. Material educativo.

Ejercicios para realizar en el hospital

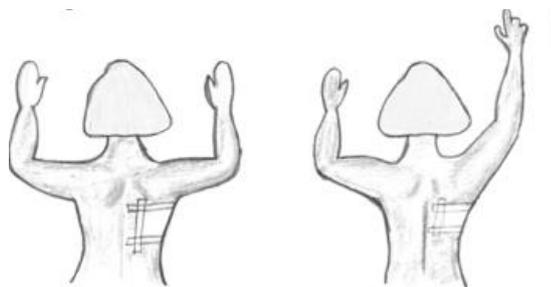
Ejercicio 1:

- Subir el brazo afectado intentando tocarse la cabeza.
- Conseguir el movimiento de peinarse, manteniendo la cabeza derecha. primero por el lado afectado, hasta conseguir llegar al otro.



Ejercicio 2:

- Cuando la enfermera se lo indique apoye las palmas y antebrazos sobre una pared y en ángulo recto. Con los dedos del lado afectado trepará lentamente por la pared (sin separar el codo de la pared) llegando cada vez más alto.
- Al principio lo que pueda. más tarde 3 o 4 veces, aumentando hasta conseguir 10 veces.

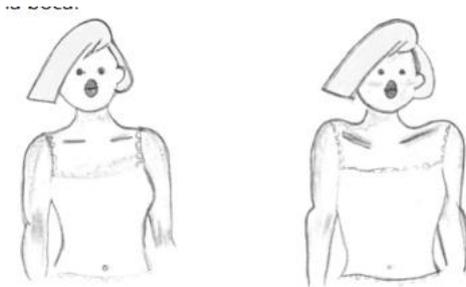


Ejercicios para realizar en casa

Ejercicio 1:

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

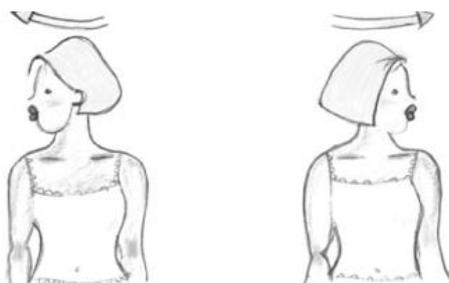
Repetir 10 veces. Respirar cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 2:

- Girar la cabeza a la derecha.
- Girar la cabeza a la izquierda.

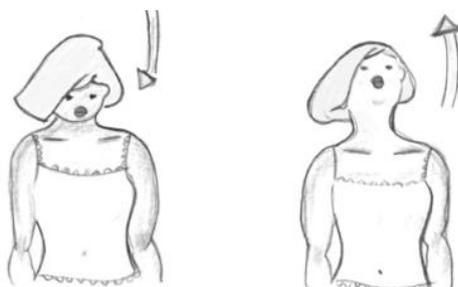
Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 3:

- Inclinar la cabeza hacia adelante.
- Inclinar la cabeza hacia atrás.

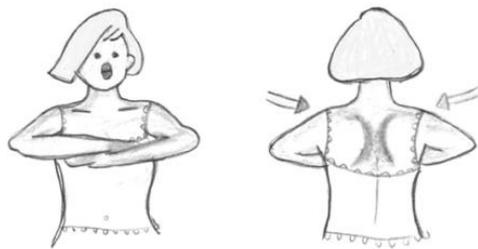
Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 4:

- Antebrazos elevados a la altura del pecho, en paralelo y uno sobre otro y en ángulo recto.
- Acerca los omóplatos a la columna vertebral.

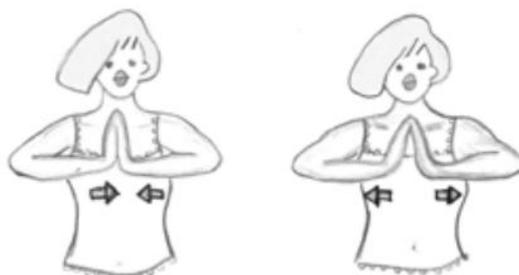
Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 5:

- Antebrazos elevados a la altura del pecho, en ángulo recto. Presionar las palmas de las manos.
- Dejar de presionar las palmas de las manos.

Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 6:

- Extender los brazos a la altura de los hombros. Girarlos 10 veces hacia atrás según figura.
- Girar los brazos ahora en sentido contrario, hacia delante otras 10 veces. Descanse si es necesario.

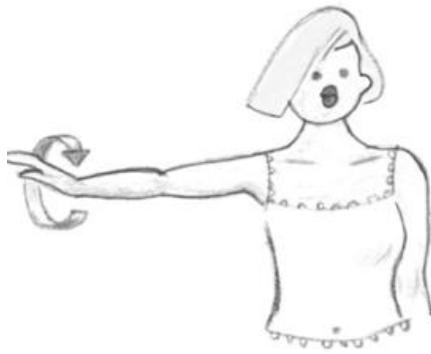
Respira cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 7:

- Levantar el brazo en ángulo recto con los dedos extendidos. Girar la muñeca, unas 10 veces, moviendo con suavidad. El otro brazo colocarlo a lo largo del cuerpo.

Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 8:

- Levantar los brazos hacia arriba por encima de la cabeza y realizar movimientos giratorios con los hombros.

Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.

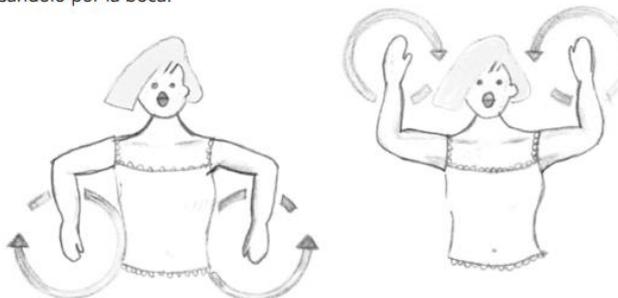


Ejercicio 9:

- 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. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.

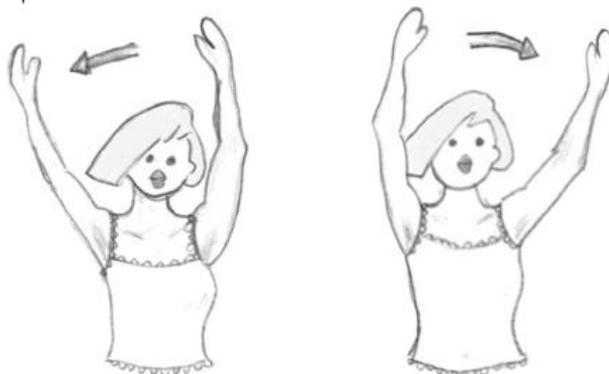
saludable por la boca.



Ejercicio 10:

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

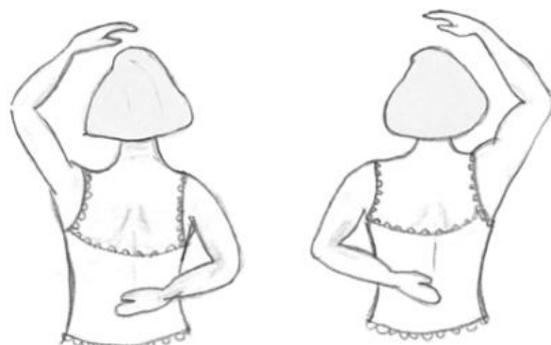
Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 11:

- Con una mano elevada por encima de la cabeza y otra detrás de la cintura, alternarlas.

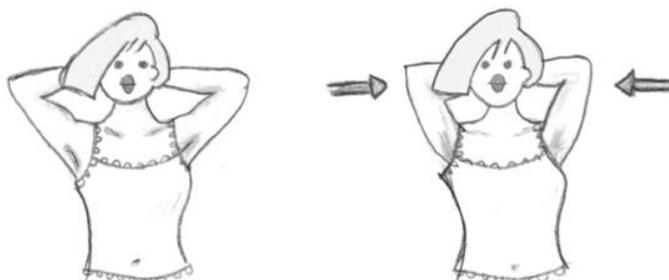
Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 12:

- Situar los brazos detrás de la nuca con las manos entrelazadas, aproximar los codos.

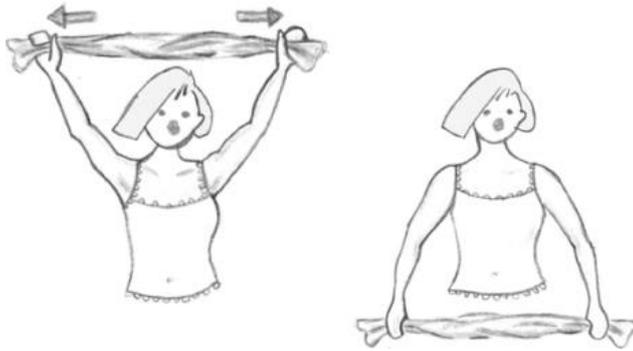
Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 13:

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

Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Ejercicio 14:

- Seguir con la toalla, con un extremo y otro subir y bajar por la espalda. Repetir 10 veces. Respira cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.

