



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA.



PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM APLICADO A UNA
USUARIA CON CÁNCER DE MAMA.

PROCESO DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
PRESENTA:
PASANTE DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
JUAN MANUEL ARRIAGA MUNDO

ASESORA:

L.E.Q CECILIA CASTRO CALDERÓN

MORELIA MICHOACAN, MARZO 2017.

DIRECTIVOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

D.E ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

M.S.P JULIO CÉSAR CABRERA GONZÁLEZ

SECRETARIO ACADÉMICO

M.E BÁRBARA MONICA LEMUS LOEZA

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

MESA DE SINODALES
JURADO

CECILIA CASTRO CALDERÓN

PRESIDENTE

MARÍA AURELIA RAMONA SOTO FAJARDO

VOCAL 1

MARÍA TERESA SILVIA TINOCO ZAMUDIO

VOCAL 2

JUAN MANUEL ARRIAGA MUNDO

SUSTENTANTE

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”

Florence Nightingale.

DEDICATORIA.

Dedicó la presente investigación, a Dios primeramente porque me sostuvo hasta terminarlo, a mi familia que me apoyaron en todo momento, a las maestras(os) por compartir su conocimiento y habilidad para que este, llegara a ser un proceso de Enfermería y con ello obtener el grado de Licenciado en Enfermería.

A mis padres y hermanos con mucho cariño, ya que el esfuerzo y dedicación que he mantenido durante estos años es por ustedes, su apoyo incondicionalmente en la parte moral y económica para poder llegar a ser un profesionalista.

AGRADECIMIENTO.

A mis padres y hermanos, quienes a lo largo de mi vida me han apoyado y motivado para mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A mis profesores en general, a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza. Así como también un eterno agradecimiento a nuestra universidad la cual me abrió sus puertas para prepararme como profesional de la salud.

Agradezco a la profesora Cecilia Castro Calderón, ya que con sus conocimientos, dedicación y paciencia me guiaron para poder culminar este proyecto.

Finalmente agradezco a Berenice Mejía Pérez y su familia por todo el apoyo que me brindaron desde los inicios, hasta su culminación de mi presente investigación.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN.....	8
ABSTRACC.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	14
CÁNCER DE MAMA.....	15
DEFINICIÓN.....	15
EPIDEMIOLOGÍA.....	15
EPIDEMIOLOGÍA INTERNACIONAL.....	15
EPIDEMIOLOGÍA NACIONAL.....	16
EPIDEMIOLOGÍA ESTATAL.....	17
FACTORES DE RIESGO.....	18
TIPOS DE CÁNCER DE MAMA.....	21
CUADRO CLÍNICO.....	22
DIAGNÓSTICO.....	23
TRATAMIENTO.....	25
CIRUGÍA.....	25
PREVENCIÓN.....	29
HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	31
DEFINICIÓN.....	31
TIPOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	31
FACTORES DE RIESGO.....	31
CUADRO CLÍNICO.....	32
DIAGNÓSTICO.....	32
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN NO FARMACOLÓGICO.....	33
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN FARMACOLÓGICO.....	34
PREVENCIÓN.....	35
DIABETES MELLITUS II.....	37
DEFINICIÓN.....	37
FACTORES DE RIESGO.....	37

CUADRO CLÍNICO.....	38
DIAGNÓSTICO.....	38
TRATAMIENTOS DE LA DIABETES TIPO II.	38
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	38
NO FARMACOLÓGICO.....	39
PREVENCIÓN.....	41
TEORÍA DE OREM.....	43
BIOGRAFÍA ELIZABETH DOROTEA OREM.....	43
TEORIAS DE OREM.....	43
PROCESO DE ENFERMERÍA.....	47
LA CIENCIA DE LA ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	47
DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	48
ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	49
CASO CLÍNICO.....	51
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS.....	62

RESUMEN

La enfermería es definida como el diagnóstico y tratamiento de respuestas humanas para potencializar y actualizar los problemas de salud.

El enfermero utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para ordenar actuaciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud que sean del dominio legal y educativo de la enfermería.

Para poder utilizar un instrumento en este caso el proceso de enfermería y la taxonomía diagnóstica de la NANDA, es necesario un marco conceptual o una concepción filosófica del cuidado, que guíe la recogida, selección, análisis, e interpretación de la información.

Es así como la emisión de un juicio clínico, se convierte en un método creativo para la resolución de problemas. De este modo se crea un instrumento valioso que le sirve a la enfermera como centro de orientación para practicar el arte y ciencia de los cuidados de Enfermería.

En este trabajo se desarrolla el Proceso de Enfermería abarcando sus cinco etapas aplicando esto a un paciente femenino de 91 años con cáncer de mama.

Se muestran los diagnósticos e intervenciones así como los cuidados que se le aplicaron al paciente, sus avances y la situación actual de salud que manifiesta.

PALABRAS CLAVE.

Cáncer, Mama, Orem, Proceso y Cuidado.

ABSTRAC

Nursing is defined as the diagnosis and treatment of human responses to potentialize and update health problems.

The nurse uses the nursing process to identify and synthesize clinical data and to order nursing actions that reduce, eliminate or prevent alterations in health that are within the legal and educational domain of nursing.

In order to be able to use an instrument in this case, the nursing process and the NANDA diagnostic taxonomy, a conceptual framework or a philosophical conception of care is necessary to guide the collection, selection, analysis, and interpretation of information.

It is thus as the issuing of a clinical judgment, becomes a creative method for problem solving. In this way a valuable instrument is created that serves the nurse as an orientation center for practicing the art and science of nursing care.

In this work, the Nursing Process is developed covering its five stages applying this to a 91-year-old female patient with breast cancer.

It shows the diagnoses and interventions as well as the care that was applied to the patient, their progress and the current health situation that manifests.

KEYWORDS.

Cancer, Breast, Orem, Process and Care.

INTRODUCCIÓN.

Uno de los cánceres de mayor incidencia a nivel mundial es el cáncer de seno, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se detectan 1.38 millones de nuevos casos y fallecen 458 mil personas por esta causa. Actualmente, la incidencia de este tipo de cáncer es similar en países desarrollados y en desarrollo, pero la mayoría de las muertes se dan en países de bajos ingresos, en donde el diagnóstico se realiza en etapas muy avanzadas de la enfermedad. En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2012, se detectó esta neoplasia en más de 408 mil mujeres y se estima que para 2030, se elevará un 46 por ciento.

Considerando que este cáncer se puede detectar fácilmente en etapas tempranas y así favorecer un tratamiento, es importante promover la autoexploración mamaria, primer paso para la toma de conciencia de la enfermedad; por ello a nivel mundial, octubre es el “mes de sensibilización sobre el cáncer de mama” y el 19 de dicho mes el “Día Internacional Contra el Cáncer de Mama”. En este sentido, con el propósito de apoyar esta ardua labor, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), presenta un panorama general de esta enfermedad en la población mexicana.

(INFOCÁNCER, 2015).

En los últimos años ha afectado a gran parte de la población femenina, los siguientes datos estadísticos muestran que en el 2012, el Distrito Federal es la entidad que realiza más mastografías a nivel nacional (34.3 por ciento).

El cáncer de mama es la principal neoplasia que presenta la población mexicana de 20 años y más en 2012, principalmente en las mujeres (30.9 por ciento).

En 2012, de cada 100 fallecimientos por tumores malignos en mujeres de 20 años y más, 15 son por cáncer de mama.

La entidad con la tasa más alta de mortalidad por cáncer de mama en 2012 es Coahuila (28.58 de cada 100 mil mujeres de 20 años y más). Es importante señalar que el personal de enfermería tiene una gran labor para que estas cifras se vean disminuidas y es a través de la prevención como podemos coadyuvar a disminuir este problema de salud pública.

Esta investigación es el resultado del trabajo que se realizó durante el periodo de 8 de agosto al 15 de diciembre de 2016 a una señora con cáncer de mama, aquí se plasma el cuidado de enfermería a través de la herramienta que garantiza calidad en el quehacer de nuestra disciplina como lo es el Proceso de Enfermería.

El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Su objetivo principal es permitir a la persona participar en su propio cuidado así como garantizar la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales. Sus características son: interpersonal, cíclico, universal, enfoque holístico y humanístico.

El proceso de enfermería consta de 5 fases; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Para poder utilizar un instrumento en este caso el proceso de enfermería y la taxonomía diagnóstica de la NANDA, es necesario un marco conceptual o una concepción filosófica del cuidado, que encaminen a la recolección, selección, análisis, e interpretación de la información.

Para el personal de Enfermería es un gran reto sensibilizar a las mujeres sobre la importancia que tiene el auto explorarse y acudir a revisiones periódicas para identificar cualquier anomalía en sus senos y de este modo orientar, educar e identificar alteraciones que ayuden en el autocuidado de las mujeres en riesgo de desarrollar cáncer de mama.

El proceso de enfermería que continuación se presenta se aplicó a una usuaria con cáncer de mama; el proceso de enfermería como el instrumento que le permite identificar y sintetizar los datos clínicos al personal de Enfermería, además de ordenar actuaciones de Enfermería que disminuyan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud que abarquen el dominio legal y educativo de la Enfermería.

(LIC. ENF. IMELDA YADIRA SALAZAR HERNANDEZ, 2013)

JUSTIFICACIÓN.

Esta investigación se realiza con el fin de identificar las necesidades de autocuidado que tiene una usuaria con cáncer de mama, y en base a ello realizar un plan de intervenciones para su cuidado por medio del proceso de enfermería.

El valor teórico del estudio aporta lineamientos científicos para el conocimiento de la patología, elaborando un proceso de Enfermería con sus etapas que garantice diagnósticos de calidad tomando en cuenta la Teoría General del Autocuidado y sus tres sub teorías de Dorothea Orem; abarcando intervenciones curativas, preventivas y de autocuidado.

Como enfermeros es importante sustentar el cuidado en bases científicas para reducir la mortalidad de los pacientes, además de contribuir a mejorar la su calidad de vida y esto solo se logra cuando se emplea la herramienta del Proceso de Enfermería.

CÁNCER DE MAMA.

DEFINICIÓN.

El cáncer de mama es una enfermedad, debida al crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse.

(GUIAS CLINICAS AUGE , 2015)

Como otra definición de esta patología tenemos, que el cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.

(MIGUEL LUGONES BOTELL, MARIETA RAMIREZ BERMUDEZ, 2009)

EPIDEMIOLOGÍA.

EPIDEMIOLOGÍA INTERNACIONAL.

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo.

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100 000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de la incidencia de cáncer de mama.

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando

por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos. Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

(OMS, 2016)

EPIDEMIOLOGÍA NACIONAL.

México ha registrado en las últimas décadas cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica y epidemiológica. Dentro de los cambios más importantes destacan la reducción progresiva y continua de la mortalidad, particularmente de la infantil, el abatimiento de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacimiento. La transición demográfica se ha reflejado en modificaciones importantes en la estructura de la población la cual muestra, hacia finales de 1998, un angostamiento en su base con un mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y mujeres de 45 y más años de edad. Las estimaciones de población femenina de 40 y más años en México para el año 2005, fueron de 14'104,971 que representaban el 26.8% de la población femenina total. Según las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2010, este grupo será de 16'778,929 con un porcentaje de 12.6% de los 40 a los 49 años y de 13.6% de los 50 a los 69 años. Para el año 2020 las mujeres en estos grupos alcanzarán 22'545,450 con el 14.0% y 18.4%, respectivamente. Estos incrementos permiten anticipar las necesidades que el Sistema Nacional de Salud tendrá para la detección y atención del cáncer de mama.

En las mujeres mexicanas, a partir del año 2006, el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009 ocurrieron 4,964

decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi 14 mujeres cada día.

Al igual que en el resto del mundo, la tasa de mortalidad se eleva con la edad, de manera que éste es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del cáncer de mama. La tasa de mortalidad específica para el año 2009 en el grupo de mujeres de 40 a 49 años de edad fue de 14.9 por 100 mil; en las de 50 a 59 años de edad de 29.1, en las mujeres de 60 a 69 de 37.0 y en las de 70 y más años de edad la mortalidad fue de 53.1 por 100 mil. En la última década, se observa que la tendencia es ascendente en todos los grupos de edad, con un incremento mayor en las mujeres mayores de 60 años, en comparación con las mujeres de 40 a 59 años.

(DIARIO OFICIAL, 2011)

EPIDEMIOLOGÍA ESTATAL.

En el 2012 los tumores malignos fueron la tercera causa de muerte en Michoacán; fallecieron 3 023 personas, volumen que representa 12.4% del total de las defunciones registradas. Las defunciones por tumores malignos representaron 11.2% del total de fallecimientos en los varones y 14.1%, en las mujeres. En los hombres, 20.2% de las defunciones por tumores malignos corresponden al de próstata, y en las mujeres, 13.8% al de mama. En el mismo periodo, cuatro municipios en el estado representan 32.1 % del total de fallecimientos causados por tumores malignos: Morelia (17.0%), Uruapan (6.6%), Zamora (4.9%) y Zitácuaro (3.6por ciento).

En 2012, la población de 45 a 64 años registra la cifra más alta de defunciones por tumores malignos (17.2%); en los hombres sobresale el cáncer de colon (10.5%) y el de tráquea, de bronquios y de pulmón (9.9%); en las mujeres, destaca el cáncer de mama (20.5 por ciento).

(INEGI, 2014)

FACTORES DE RIESGO.

Edad. (La opinión de que las mujeres jóvenes presentan formas más agresivas de CM que otras mujeres de mayor edad es controversial.³ Una mayor influencia posiblemente de tipo hormonal y básicamente de las fracciones estrogénicas de estrona y estradiol son algunos de los factores citados para explicar el pronóstico menos favorable en las mujeres jóvenes. Según Kim y cols. Las pacientes jóvenes (< 40 años) tienen un riesgo mayor de desarrollar una recurrencia local cuando son tratadas con cirugía conservadora de la mama, en comparación con las pacientes mayores de 60 años).

Paridad. (Riesgo de una mujer de padecer un cáncer de mama está estrechamente relacionado con factores reproductivos. Mientras la importancia etiológica de los factores reproductivos (menarquia precoz y menopausia tardía) está bien descrita, menos se conoce acerca de la influencia pronóstica de esos factores reproductivos).

Afectación de la axila. En la actualidad el factor pronóstico más importante relacionado con el control local, la supervivencia libre de enfermedad y la sobrevida global lo constituye la metástasis a ganglios linfáticos axilares. Existen 3 expresiones diferentes de ganglios linfáticos axilares positivos:

- El número de ganglios linfáticos axilares positivos (1 a 3 ganglios) (de 4 a 9 ganglios) (10 o más).
- La afectación ganglionar en los diferentes niveles de Berg (I II y III nivel).
- La proporción de ganglios linfáticos positivos.

Rotura capsular y la extensión extracapsular. Strauzl y otros, 12 de la Escuela de Medicina de Graz (Austria), presentan una serie de 301 pacientes con metástasis ganglionar y extensión extracapsular donde

se obtuvo un índice de recaídas de un 9,3 %. La extensión de las metástasis a través de la cápsula de los ganglios afectados, que es un hecho ominoso, ocurre con mayor frecuencia en mujeres con 4 o más ganglios metastásicos (aproximadamente el 70 %).

Invasión vascular y linfática. La invasión vascular, linfática y perineural constituyen factores de mal pronóstico, mayor recurrencia y mortalidad, tanto para las pacientes tratadas con cirugía conservadora de la mama, como para las pacientes tratadas con mastectomía.¹³ No obstante lo expresado con anterioridad, no podemos olvidar la sentencia de Goldman, hecha en 1897, de que no todas las células tumorales circulantes necesariamente producen metástasis.

(JOSE MARIA GONZALEZ ORTEGA, MARIO MIGUEL MORALES WONG, ZORAIDA LOPEZ CUEVAS, MARILIN DIAZ VALDEZ, 2011)

Existen más factores de riesgo para el cáncer de mama ya que estilo de vida de las pacientes contribuye en gran parte para que la enfermedad aparezca, otro de los factores es la calidad con la que ha llevado su estado de salud antes y después de la enfermedad, ahora bien continuando con la investigación tenemos otros factores por parte de la **Asociación Española Contra el Cáncer de Mama**.

Edad. Aunque el cáncer de mama puede afectar a cualquier mujer, el riesgo de padecerlo aumenta con la edad y la mayor incidencia se concentra entre los 50 y los 65 años.

Factores hormonales. Como la menarquia precoz (primera regla) a edad temprana y la menopausia tardía. La ausencia de embarazo obtener el primer embarazo a una edad avanzada (después de los 30 años) son también factores de riesgo bien conocidos.

La administración de anticonceptivos. Orales controlados por el especialista, no supone un aumento del riesgo de padecer cáncer de

mama sino que puede ser incluso un factor protector. Sin embargo, no se conoce si puede existir un efecto perjudicial cuando los anticonceptivos se toman durante mucho tiempo, más de 8 años.

Tratamiento hormonal sustitutivo. La administración de tratamiento hormonal sustitutivo de larga duración que combina estrógenos y progestágenos (hormonas sexuales femeninas) para tratar los síntomas de la menopausia está en la actualidad desaconsejada.

Antecedentes familiares de cáncer de mama. El riesgo es mucho mayor cuando hay antecedentes de cáncer de mama en tres o más familiares directos y sobre todo si lo han padecido en edades jóvenes.

La obesidad o el sobrepeso. La dieta hipercalórica. Rica en grasas animales y pobre en fibras, la obesidad postmenopáusica, así como el sedentarismo, aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama.

Tratamiento con radioterapia. Sobre la mama en la infancia o adolescencia (mama en desarrollo) por otro tumor como un linfoma. Algunas enfermedades benignas de la mama de tipo proliferativo (aumento en el número de células) con alteraciones celulares.

El consumo de tabaco. Favorece la aparición de muchos tumores malignos, aunque no hay suficiente evidencia de esta relación con el cáncer de mama.

El consumo de alcohol. Algunos estudios sugieren que consumir alcohol en cantidad importante y de forma habitual puede favorecer la aparición de cáncer de mama. Por ello, es recomendable no beber o hacerlo con moderación.

(ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER, 2014)

TIPOS DE CÁNCER DE MAMA.

Continuando con la patología es de gran importancia saber los tipos de cáncer de mama que se pueden llegar a presentar, para esto me he basado en la **Sociedad Americana de Cáncer**.

Carcinoma ductal in situ. El carcinoma ductal in situ (ductal carcinoma in situ, DCIS; también conocido como carcinoma intraductal) se considera un cáncer de seno no invasivo o preinvasivo. DCIS significa que las células que cubren los conductos han cambiado y lucen como células cancerosas. La diferencia entre el DCIS y el cáncer invasivo consiste en que las células no se han propagado (invadido) a través de las paredes de los conductos hacia el tejido que rodea el seno. Debido a que no se ha extendido, el DCIS no se puede propagar (hacer metástasis) fuera del seno. El DCIS se considera un pre cáncer porque en algunos casos se puede convertir en un cáncer invasivo.

Carcinoma lobulillar invasivo (o infiltrante). El carcinoma lobulillar invasivo (invasive lobular carcinoma, ILC) comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Al igual que el IDC, se puede propagar (hacer metástasis) a otras partes del cuerpo. Aproximadamente uno de cada 10 de los cánceres invasivos del seno es un ILC. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser más difícil de detectar por mamograma que el carcinoma ductal invasivo.

Cáncer inflamatorio de seno. Este tipo de cáncer invasivo del seno no es común. Representa aproximadamente del uno al tres por ciento de todos los cánceres de seno. Por lo general, no se presenta una sola protuberancia o tumor, sino que el cáncer inflamatorio del seno (inflammatory breast cancer, IBC) hace que la piel del seno luzca rojiza y se sienta acalorada. También puede causar un aspecto grueso en la piel del seno con hoyuelos similar a la cáscara de una naranja.

Enfermedad de Paget del pezón. Este tipo de cáncer de seno comienza en los conductos del seno y se propaga hacia la piel del pezón y después hacia la areola (el círculo oscuro que rodea al pezón). Es un tipo poco común y representa sólo alrededor de un por ciento de todos los casos del cáncer de seno. La piel del pezón y de la areola con frecuencia se presenta con costras, escamas y enrojecida, con áreas de sangrado o supuración. Es posible que se experimente ardor o picazón (comezón).

(AMERICAN CANCER SOCIETY)

CUADRO CLÍNICO.

- ❖ Un bulto o tumoración que se siente al tacto, que se diferencia del resto del tejido mamario, de consistencia dura, puede o no haber dolor al tacto, y que no desaparece en el transcurso de los días.
- ❖ Piel de la mama rugosa, con apariencia a la "cáscara de una naranja".
- ❖ Deformidad de la mama.
- ❖ Secreción mamaria, sobre todo si contiene sangre.
- ❖ Hundimiento del pezón.

(DR. JOSE SANFILIPPO B. LIC. MARIA ISABEL MORENO HERNANDEZ, 2008)



Para mencionar algunos signos clínicos compatibles con cáncer de mama, obtuve la referencia de la norma oficial mexicana 041 aprobada en el 2011.

- ❖ Signos clínicos compatibles con cáncer de mama:
- ❖ Nódulo sólido, irregular de consistencia dura, fijo a planos profundos.
- ❖ Cambios cutáneos evidentes (piel de naranja, retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar de tratamiento).

- ❖ Zona de sistematización en el tejido glandular, focalizado a una sola mama y región.
- ❖ Secreción serosanguinolenta.
- ❖ Crecimiento ganglionar axilar o supraclavicular.

(SEGOB, 2011)

DIAGNÓSTICO.

Historia clínica.

Mastografía, es el único método de imagen que ha demostrado disminución en la mortalidad por cáncer de mama de un 29 a 30% en la población tamizada, al permitir un diagnóstico temprano, lo que ocurre siempre y cuando se realice con periodicidad y un estricto control de calidad.

- ❖ Se efectúa en caso de una mastografía de tamizaje anormal o cuando exista:
 - ❖ Antecedente personal de cáncer mamario.
 - ❖ Masa o tumor palpable.
 - ❖ Secreción sanguinolenta por el pezón.
 - ❖ Cambios en la piel del pezón o la areola.
 - ❖ Mama densa.
 - ❖ Asimetría en la densidad.
 - ❖ Distorsión de la arquitectura.
 - ❖ Micro calcificaciones sospechosas.
 - ❖ Ectasia ductal asimétrica.
- ❖ La clasificación BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System), realizada y actualizada por el American College of Radiology, nace de la necesidad de normalizar la nomenclatura utilizada en el estudio de la mama, unificar criterios tanto en el diagnóstico, como en el seguimiento de las lesiones.

- ❖ Ultrasonido (US) mamario. Valiosa herramienta complementaria de la mastografía diagnóstica, no útil como método de tamizaje para cáncer.
- ❖ Indicaciones de ultrasonido.
- ❖ $\frac{3}{4}$ Menores de 35 años con signos o síntomas de patología mamaria (dolor, nódulo palpable, secreción por el pezón, retracción de la piel o el pezón, enrojecimiento de la piel, etc.)
- ❖ $\frac{3}{4}$ Mujeres menores de 35 años y aquellas con sospecha de cáncer que cursen con embarazo o lactancia (método de imagen inicial de estudio).
- ❖ $\frac{3}{4}$ Mama densa por mastografía, ya que disminuye la sensibilidad radiográfica.
- ❖ $\frac{3}{4}$ Caracterización de una tumoración visible en la mastografía y determinación de su naturaleza, sólida o líquida.
- ❖ $\frac{3}{4}$ Implantes mamarios y sus complicaciones.
- ❖ $\frac{3}{4}$ Valoración de lesiones palpables no visibles en la mastografía.
- ❖ $\frac{3}{4}$ Procesos infecciosos (mastitis, abscesos, etc.) y su seguimiento.
- ❖ $\frac{3}{4}$ Lesiones sospechosas en la mastografía, o bien en caso de primario conocido, para descartar lesiones multifocales, multicéntricas o bilaterales.
- ❖ Doppler color. Otra herramienta del ultrasonido mamario que permite evaluar los trayectos vasculares, así como medir las velocidades y los índices de resistencia; tiene una utilidad notable en el sistema circulatorio, pero limitada en la valoración de lesiones mamarias.
- ❖ Resonancia magnética (RM). Otro método de imagen complementario de la mastografía y el ultrasonido mamario, que no utiliza radiación ionizante y proporciona información morfológica y funcional, a través de la inyección endovenosa de una sustancia paramagnética (gadolinio).
- ❖ Biopsia por aspiración en la lesión sospechosa no palpable.

- ❖ La citología por aspiración con aguja fina tiene grandes limitantes; se requiere una gran experiencia tanto del radiólogo que la realiza como del citólogo que la interpreta. Su utilidad sigue vigente en la evaluación de ganglios sospechosos y evacuación de lesiones quísticas.
- ❖ Biopsia mamaria de mínima invasión guiada por imagen de lesión no palpable.
- ❖ Es el método ideal de diagnóstico de lesiones no palpables. Se realiza en el gabinete de imagen bajo anestesia local y requiere la experiencia del radiólogo, además de contar con el equipo necesario.

(CONSENSO MEXICANO SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO, 2013)

TRATAMIENTO.

Los tratamientos para los pacientes con cáncer de mama son los siguientes.

CIRUGÍA.



Los diferentes tipos de cirugías oncológicas son:

1. Diagnóstica: Trata de establecer el diagnóstico histológico mediante la toma de una biopsia con diferentes técnicas, muchas veces guiadas por estudios por imágenes como la ecografía o la tomografía axial computada (TAC).

2. Radical o curativa: Es la extirpación total y definitiva de un tumor localizado y de su drenaje linfático regional.
3. Paliativa: Está dirigida a solucionar complicaciones provocadas por tumores irrevelables como son cuadros dolorosos o compresivos.
4. De las recidivas: Se indica en pacientes que desea saber la naturaleza de una nueva lesión, para realizar estudios específicos como por ej. receptores hormonales, extirpar masas recidivantes de crecimiento lento, ante sospecha de recidivas.
5. De las metástasis: Indicada solo en ciertos tipos de tumores que presentan una sola metástasis accesible quirúrgicamente.



Radioterapia

La acción biológica de la radioterapia se basa en que las radiaciones ionizantes presentan la capacidad de producir radicales libres al interaccionar con la materia y ceder la energía que vehiculizan, produciendo roturas de enlaces en moléculas biológicas, siendo la más sensible el DNA. Si producen inactivación celular se denomina “daño letal”, y si producen lesiones más o menos reparables se denomina “daño subletal”. Inicialmente la unidad de medida empleada era el *rad* (radiation absorbed dose) que equivale a 100 ergs por gramo de tejido. Actualmente se emplea el Gray, que equivale a 100 rads.

Las modalidades fundamentales de radioterapia son:

1. Externa: Radiación producida por un generador (bomba de cobalto, aceleradores lineales) y dirigido a una región específica del cuerpo.

2. Braquiterapia: Radioterapia a corta distancia mediante la inserción de fuentes radiantes en el seno del tumor (braquiterapia intersticial) o en cavidades (braquiterapia endocavitaria).
3. Radioterapia metabólica: Administración de isótopo vía oral o endovenosa. Se aprovecha el tropismo por ciertos órganos como por ej. el yodo 131 en tiroides.

Según sus indicaciones la radioterapia puede ser:

1. Radical: Se utiliza en neoplasias de radiosensibilidad moderada o alta. Puede asociarse a quimioterapia previa (neoadyuvante) o simultánea (radioquimioterapia).
2. Complementaria: Pre o postoperatoria para disminuir el riesgo de recidiva local o regional.
3. Paliativa: Disminuye los síntomas de cánceres localmente avanzados e irresecables o de sus metástasis. Se consiguen efectos antiálgicos, descompresivos o hemostáticos.

Los efectos secundarios se clasifican en:

1. Precoces: Se caracterizan por reacciones inflamatorias agudas de los órganos irradiados (epitelitis, mucositis, neumonitis) y cursan con la sintomatología característica (disfagia, disnea, diarrea).
2. Tardíos: Son más graves por ser irreversibles como la xerostomía, fibrosis pulmonar, estenosis intestinal, rectitis, cistitis, etc.

Hormonoterapia

Es un tratamiento paliativo eficaz en cánceres hormonodependientes como los tumores de mama o próstata.

Las modalidades de hormonoterapia son:

1. Terapéutica ablativa (cirugía endócrina): Se basa en la extirpación de órganos endócrinos como la ovariectomía quirúrgica o radiante y la orquiectomía quirúrgica o química por medio de LHRH.

2. Terapéutica aditiva: Se basa en la administración de sustancias exógenas que modifican el ambiente tumoral como los estrógenos (dietilestilbestrol) en cáncer de próstata, derivados de la progesterona (medroxiprogesterona o megestrel) en cánceres de mama, endometrio, próstata y riñón, y glucocorticoides en hemopatías malignas.
3. Terapéutica competitiva: Impiden la acción de determinadas sustancias bloqueando la acción de determinados receptores por diferentes mecanismos. En este tenemos los antiestrógenos (tamoxifeno), los antiandrógenos (ciproterona, flutamida, etc.), inhibidores de la aromatasa (aminoglutetimida), agonistas de la LHRH (buseralina), y somatostatina y análogos (octeótrido).

Inmunoterapia

Tienen el objetivo de estimular las respuestas inmunológicas del huésped contra el tumor. Se utilizan:

1. Anticuerpos monoclonales: contra el antígeno CD20, contra el receptor HER2, etc.
2. Citoquinas (interferón, interleuquinas, factor de necrosis tumoral)
3. Terapia celular adoptiva: células efectoras autólogas, se activan, se expanden *ex vivo*, y se reinfunden al paciente como células activadas asesinas contra determinadas células (LAK – lymphokine-activated cells).
4. Vacunas tumorales: Inmunoterapia específica que se encuentra en investigación.

Quimioterapia

Consiste en la administración de drogas citostáticas que impiden la reproducción de células cancerosas. Se clasifican en varios grupos:

1. Agentes alquilantes: derivados de la mostaza nitrogenada (melfalán, ciclofosfamida, busulfán, clorambucilo), procarbazona, temozolamida, mitomicina C.
2. Platino y sus análogos: cisplatino, carboplatino, oxaliplatino.
3. Antimetabolitos: Antifólicos (metotrexato, raltitrexed), antagonistas de las purinas (6-mercaptopurina, 6-tioguanina), antipirimidínicos (5-fluoruracilo, 5-fluorodesoxiuridina, 5-fluoruridina, florafur-uracilo).
4. Inhibidores de la topoisomerasa: inhibidores de la topoisomerasa I (irinotecan), inhibidores de la topoisomerasa II (epidofilotoxinas como el VM-26 y el VP-16, y los derivados antraciclínicos como la adriamicina, daunorrubicina y mitoxantrona).
5. Agentes antimicrotúbulos: Alcaloides de la Vinca peruviana (vincristina, vinblastina, vindesina, vinorelbina), derivados del tejo (taxol, taxotere).
6. Sustancias diversas: bleomicina, L-asparaginasa, actinomicina-D.

(DR. GUILLERMO FIRMAN, 2002).

PREVENCIÓN.

Exploración Mamaria.

1.- El explorador debe dividir la mama mentalmente en cuatro cuadrantes trazando dos líneas: una longitudinal y otra transversal que pasen por el pezón.

2.- La paciente en posición de decúbito dorsal con tórax descubierto, se coloca una almohada o toalla en el dorso de la paciente para una mejor exposición de los elementos anatómicos de la mama.

3.- Los cuadrantes externos se deben explorar con la mano de la paciente sobre el abdomen, se inicia con el cuadrante inferior externo siguiendo una serie de líneas que pueden ser:

- ❖ Paralelas: De la clavícula al surco sub mamario, en dirección céfalo-caudal.

- ❖ Radiadas: Del borde del hemisferio mamario hasta el pezón.
- ❖ Circulares: Desde el pezón hasta los bordes mamarios.

4.- Los cuadrantes Internos se exploran con la misma técnica pero con los músculos pectorales contraídos lo cual se logra al elevar el brazo de la paciente formando un ángulo recto con el cuerpo.

5. La exploración del pezón debe realizarse cuidadosamente con la intención de diferenciar el tejido normal con induraciones como los papilomas intraductales difíciles de identificar en el examen clínico.

6. Al final de la exploración debe realizarse presión sobre la mama hacia el pezón, en forma suave con la intención de detectar secreciones anormales, de las cuales se le solicitará estudio citológico.

(SECRETARIA DE SALUD, 2007)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.



DEFINICIÓN.

Se considera diagnóstico probable de HAS cuando exista elevación de la presión arterial sistémica con cifras iguales o mayores a 140/90 mm Hg, registradas por personal capacitado.

(GUIA DE PRACTICA CLINICA, 2014)

TIPOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

TIPOS DE HIPERTENSIÓN.

Categoría	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg.
Normal.	<120	<80
Pre Hipertensión.	120-139	80-89
Hipertensión.	>140	>90
Estadio I.	140-159	90-99
Estadio II.	>160	>100

(MINISTERIO DE SALUD, 2015)

FACTORES DE RIESGO.

- ❖ Edad.
- ❖ Factores Genéticos.
- ❖ Género y etnia.
- ❖ Factores socioeconómicos.
- ❖ Exceso de peso y obesidad.
- ❖ Sedentarismo.
- ❖ Ingestión de alcohol.

- ❖ Tabaquismo.
- ❖ Hábitos alimentarios. (WESCHENFELDER & GUE, 2012)

CUADRO CLÍNICO.

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma; por ello se le conoce como el "asesino silencioso". En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como cefalea, disnea, vértigos, dolor torácico, taquicardias y hemorragias nasales, acufenos y fosfenos.

(OMS, 2015)

DIAGNÓSTICO.

Medición de la presión arterial.

- ❖ Estandarizar el procedimiento tanto como sea posible.
- ❖ Sentar al paciente relajado, tranquilo y en un ambiente adecuado.
- ❖ Con su brazo extendido y apoyado, en línea en medio del esternón.
- ❖ Enrollar correctamente el brazalete y colocar el manómetro. Debe enrollarse el brazalete hasta la marca del rango de la circunferencia permitida, estas marcas deben ser vistas el inicio o al empezar a enrollar el brazalete.
- ❖ Palpar el pulso humeral en la fosa ante cubital del brazo.
- ❖ Inflar rápidamente el brazalete a 20 mmHg, por arriba del punto en donde el pulso humeral desaparece.
- ❖ Desinflar el brazalete y anotar la presión a la cual el pulso re aparece: aproximándose la presión sistólica.
- ❖ Re inflar el brazalete a 20 mmHg. Por arriba de donde desapareció el pulso humeral
- ❖ Usando una mano, el estetoscopio será colocado sobre la piel en el lugar de la arteria humeral, evitar colocarlo entre la piel y el brazalete.

- ❖ Desinflar despacio el brazalete a 2 – 3 mm Hg por segundo, escuchando los sonidos de Korotkoff.

Fase I.- El primer sonido es un pulso leve y repetido que gradualmente incrementa en intensidad y duración hasta dos latidos de menor intensidad consecutivos: marcando la presión sistólica.

Fase II.-Un breve periodo puede seguir cuando los sonidos son débiles, auscultación gap: en algunos pacientes los sonidos pueden desaparecer en su totalidad.

Fase III.-El retorno de los sonidos nítidos empezará a ser claros en un corto tiempo.

Fase IV.-Los distintos sonidos desaparecen abruptamente iniciando un suave soplo.

Fase V.-En el registro que los sonidos desaparecen totalmente, marcan la presión diastólica.

Cuando los sonidos desaparecen rápidamente, desinflar completamente el brazalete y repetir la medición de la presión.

Cuando sea posible tomar lecturas al inicio y al final de la consulta.

(GUIA DE PRACTICA CLINICA, 2014)

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN NO FARMACOLÓGICO.

- ❖ Control del peso corporal.
- ❖ Mantener IMC (kg/m)² entre 18 y 25.
- ❖ Mantener perímetro de cintura < 102 cm en hombres y < 88 cm en mujeres.

- ❖ Dieta adecuada rica en frutas, verduras y lácteos descremados. Mantener dieta hiposódica con una ingesta equivalente a 2-6 g de cloruro de sodio (sal común).
- ❖ Aumento del consumo de potasio (4-5g diarios en alimentos. No se recomienda la utilización de suplementos de potasio.
- ❖ Actividad física aeróbica periódica.
- ❖ Caminatas sostenidas de 30 a 45 minutos, 4 a 6 veces por semana.
- ❖ Supresión del tabaquismo.
- ❖ Disminución de la ingesta de alcohol.

(HERNAN C. DOVAL, 2013)

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN FARMACOLÓGICO.

Al elegir drogas anti-hipertensivas para los ancianos, debe tenerse en cuenta la frecuente presencia de comorbilidades, su consecuente consumo de múltiples fármacos, y el riesgo de interacciones medicamentosas. Para evitar las caídas repentinas o excesivas de la presión arterial, debidas a farmacocinética alterada, sobre-estimación de los valores de la presión arterial, hipotensión postprandial y ortostática, disminución de la autorregulación del riego sanguíneo, etc., debe iniciarse las drogas a dosis bajas, ajustando la dosis cada 4 a 6 semanas después de evaluar los efectos colaterales. Las drogas de primera línea en los adultos mayores sin complicaciones son los diuréticos y los bloqueadores del calcio, los más usados en los ensayos clínicos, pero también hay datos favorables con otros fármacos. En los hipertensos adultos mayores con factores de riesgo asociados, complicaciones de la hipertensión o comorbilidades, debe seleccionarse la medicación según las enfermedades concomitantes.

Las drogas de acción prolongada son preferibles debido a un mejor cumplimiento por parte de los pacientes (aspecto especialmente importante en los ancianos, en quienes se recomienda una posología sencilla) y un efecto antihipertensor más uniforme.

PREVENCIÓN.

La hipertensión arterial puede ser prevenida; es posible retardar su aparición, los programas para el control de esta enfermedad deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria.

La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y de sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25 .

El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas; utilizar los criterios específicos de la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas para el uso de medicamentos en el control de peso.

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra el aumento de la PA.

En el caso de personas con escasa actividad física o vida sedentaria se recomienda incorporar la práctica de actividad física hasta alcanzar 30 minutos la mayor parte de los días de la semana o bien incrementar las actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación,

caminata, etc.). Se recomienda ejercicio de intensidad leve a moderada, de naturaleza rítmica, que se realizará en forma continua durante la sesión de ejercicio y que utiliza grandes grupos musculares, como son la caminata a paso vigoroso, trote, carrera, ciclismo, natación, gimnasia rítmica y baile, 30 minutos de sesión aeróbica hasta alcanzar 5 días a la semana.

Debe promoverse reducir el consumo de sal cuya ingestión no deberá exceder de 6 gr/día (2.4 gr de sodio). En los adultos mayores hipertensos se promoverá reducir el consumo de sal ya que están comprobados sus beneficios y la restricción sódica suele ser una estrategia de control de la PA más eficaz que en los adultos jóvenes. Sin embargo, la restricción de sodio no debe ser siempre estricta ya que el adulto mayor tiene un riesgo aumentado de desarrollar hiponatremia el cual aumenta con la edad, debido a que va perdiendo la capacidad de excretar agua libre, comportándose como un nefrópata perdedor de sodio. En el adulto mayor la ingesta de sodio en 24 Hrs es similar a la del joven. Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión. La recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla baja deberán reducir este consumo, a la mitad.

Debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer.

(DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 2009)

DIABETES MELLITUS II.



DEFINICIÓN.

Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.

(GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA, 2014)

FACTORES DE RIESGO.

- ❖ Todo sujeto mayor de 45 años.
- ❖ Menores de 45 años con sobrepeso ($IMC \geq 25$ IMC)
- ❖ Pacientes de primer grado diabéticos (padres, hermanos).
- ❖ Mujer con antecedente de hijos macrosómicos (≥ 4 Kg) o historia de diabetes gestacional.
- ❖ Sedentarismo.
- ❖ Hipertensos ($\geq 140/90$ mmHg).
- ❖ Col HDL ≤ 35 mg/dl y/o triglicéridos ≥ 250 mg/dl.
- ❖ Examen previo con intolerancia a la glucosa.
- ❖ Estados de insulino resistencia. (Síndrome de ovario poliquístico, acantosis nigricans).
- ❖ Historia de enfermedad cardiovascular.

(MINISTERIO DE SALUD. GUIA CLÍNICA DIABETES MELLITUS TIPO 2, 2010)

CUADRO CLÍNICO.

- ❖ **Poliuria:** Excesiva eliminación de orina.
- ❖ **Polidipsia:** Ingestión de líquidos en abundancia.
- ❖ **Polifagia:** Ingestión de alimentos en exceso.
- ❖ **Pérdida de peso:** De la grasa almacenada en el cuerpo.
- ❖ **Astenia:** Pérdida de la fuerza muscular y debilidad general.
- ❖ **Xantoma:** Protuberancias o chichones amarillos en la piel diabético.

(MELENDEZ HERRADA, ENRIQUE; SANCHEZ D., GUADALUPE; RAMIREZ P., MARITOÑA; CRAVIOTO, ALEJANDRO; CERVANTES, ESTRELLA;, 2007)

DIAGNÓSTICO.

- ❖ Síntomas característicos y glucemia incidental o fortuita igual o mayor de 200 mg/dl.
- ❖ Glucemia igual o mayor de 126 mg/dl en más de una ocasión con por lo menos 8 horas de ayuno.
- ❖ Glucemia de 200 mg/dl o más a las dos horas de una carga oral de 75 g glucosa en agua.
- ❖ *No necesariamente en ayunas, sino en cualquier momento del día independientemente de su relación con la ingestión de alimentos.

(ALBERTO LIFSHITZ, 2008)

TRATAMIENTOS DE LA DIABETES TIPO II.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Debe considerarse su empleo en el paciente cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la diabetes Mellitus, tras un período razonable (4-12 semanas) después del diagnóstico.

Medicamentos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

1.-Aumentan la secreción de insulina independiente del nivel de glucosa.

- ❖ Sulfonilureas: primera generación (clorpropamida, tolbutamida).
- ❖ Segunda generación: glibenclamida, glicazida, glipizida, glimepirida.
- ❖ Meglitinidas: repaglinida, nateglinida.

2.-Disminuyen la insulino-resistencia.

- ❖ Biguanidas: metformina.
- ❖ Tiazolidinedionas: pioglitazona, rosiglitazona.

3.-Disminuyen las excursiones de glucosa actuando en el tracto digestivo.

- ❖ Inhibidores de las alfa glucosidasas: acarbosa, miglitol.
- ❖ Secuestrador de ácidos biliares: colesevelam.

4.-Aumentan la secreción de insulina dependiente del nivel de glucosa y suprimen la secreción de glucagón.

- ❖ Inhibidores de DPP4 (enzima dipeptidilpeptidasa IV): sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptin.
- ❖ Agonistas del receptor de GLP1 (glucagon-like peptide 1): exenatida, liraglutida.
- ❖ Análogos de amilina: pramlintida.

5.- Inulinas y análogos de insulina.

- ❖ Insulina basal: insulina NPH
- ❖ Insulina prandial: insulina cristalina.
- ❖ Análogos basales: glargina, detemir.
- ❖ Análogos prandiales: lyspro, aspart, glulisina.

NO FARMACOLÓGICO.

Modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso, es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas

con diabetes, incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables.

Educación terapéutica continuada.

La educación debe mantenerse invariablemente, identificando deficiencias, ampliar los conocimientos para influir en los cambios de conducta, lograr un estilo de vida propio de la condición diabética, es fundamental para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones.

Nutrición adecuada.

Está dirigida a contribuir a la normalización de los valores de la glicemia durante las 24 horas, y a favorecer la normalización de los valores lipídicos. Estos objetivos se deben lograr sin afectar la calidad de vida de los enfermos y deben contribuir a evitar la hipoglucemia 17, 18. Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia. Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción adecuada de hidratos de carbono, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. El consumo de alcohol debe ser en cantidades limitadas.

Actividad física.

Las ventajas fisiológicas inmediatas de la actividad física son mejoría de la acción sistémica de la insulina de 2 a 72 hrs, mejoría de la presión sistólica más que la diastólica y aumento de la captación de glucosa por el músculo y el hígado. Además, a mayor intensidad de la actividad física, se utilizan más los carbohidratos. La actividad física de resistencia disminuye la glucosa en las primeras 24 hrs.

A largo plazo, la actividad física mantiene la acción de la insulina, el control de la glucosa, la oxidación de las grasas y disminuye el colesterol LDL. Si se acompaña de pérdida de peso, es más efectiva para mejorar la dislipidemia, sin embargo, estudios recientes revelan que aunque no provoque pérdida de peso, mejora significativamente el control glucémico, reduce el tejido adiposo visceral, los triglicéridos plasmáticos, mejora los niveles de óxido nítrico, la disfunción endotelial y la depresión.

(REYES SANAME, FELIX; PEREZ ALVAREZ, MARIA LUISA; ALFONSO FIGUEREDO, ERNESTO; RAMIREZ ESTUPIÑAN, MIRTHA; GIMENEZ RIZO, YARITZA, 2016)

PREVENCIÓN.

- ❖ Implementar un enfoque de “salud en todas las políticas”. Evaluar los beneficios y el riesgo de las nuevas políticas y adoptar las que fomenten la buena salud, prestando especial consideración a los factores de riesgo modificables de diabetes y ENT asociadas y a los determinantes sociales generales de la salud física y mental.
- ❖ Reducir la sal, el azúcar y la sal de los alimentos y las bebidas procesados y eliminar las grasas trans mediante distintos medios, incluidas las políticas fiscales y reguladoras, introduciendo restricciones para la publicidad de alimentos insanos, especialmente la dirigida a niños y jóvenes.
- ❖ Implementar políticas y programas culturalmente apropiados para reducir los comportamientos sedentarios y promover la actividad física en entornos concretos, incluidas las escuelas y el lugar de trabajo.
- ❖ Proporcionar medicamentos, suministros, tecnologías y servicios esenciales para que las personas con diabetes optimicen su control glucémico y metabólico y eviten complicaciones diabéticas agudas y crónicas.
- ❖ Establecer y mantener un ciclo regular (anual) de pruebas clínicas para detectar y tratar las complicaciones a tiempo y corregir las desviaciones importantes del buen control glucémico.

- ❖ Ofrecer educación para el autocontrol a todas las personas con diabetes y/o sus cuidadores, en el momento del diagnóstico y en los puntos relevantes a lo largo del curso de su ciclo vital y los cambios de su estado de salud.
- ❖ Implementar protocolos estandarizados a nivel nacional para detectar a los individuos con diabetes tipo 2 no detectada o con un alto riesgo identificable de desarrollar diabetes en el futuro.
- ❖ Adoptar los principios contenidos en la Declaración Internacional de Derechos y Responsabilidades de las Personas con Diabetes de la FID (Federación Internacional de Diabetes).
- ❖ Ofrecer con regularidad informes transparentes sobre atención a la diabetes y sus resultados sanitarios para dar a las personas con (o afectadas por) la diabetes las herramientas y la información para impulsar el cambio.
- ❖ Promover y respaldar el desarrollo de campañas de información dirigidas a aumentar la concienciación sobre la diabetes y reducir el estigma de la diabetes.
- ❖ Identificar y respaldar a los líderes de alto perfil para el cambio y a los líderes comunitarios que hablen con fuerza sobre las necesidades y los derechos de las personas con diabetes.

(FEDERACION INTERNACIONAL DE DIABETES, 2011-2021)

TEORÍA DE OREM.

BIOGRAFÍA ELIZABETH DOROTEA OREM.

(1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses; en 1971 publicó el libro Nursing: concepts of practice; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias.

(MARGARITA PAREDA ACOSTA, 2011).

TEORIA DE OREM.

❖ Teoría de los sistemas de Enfermería.

Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.

Ejemplo

1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente.
2. Paciente encamado con reposo absoluto.

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Estos sistemas de cuidado, se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas, el uso de la clasificación taxonómica de NIC y NOC.

❖ **Teoría de déficit de autocuidado.**

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

❖ **Teoría del Deficit de Autocuidado.**

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

(PADRO SOLAR, GONZALES REGUERA, & PAZ GOMEZ, 2014).

Dorothea Orem

Teorias

Teoria del Autocuidado

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Teoria del deficit de autocuidado

Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit.

Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoria de los sistemas de enfermería

Explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación.

Metaparadigmas

Persona

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante.

Salud

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes.

Enfermería

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado.

Ambiente

Ambiente es definido como el espacio adecuado para poder realizar un correcto autocuidado.

PROCESO DE ENFERMERÍA.

LA CIENCIA DE LA ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

(BELO N.L, 2006, pág. 32)

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. Roger en 1967 planteó: “Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”.

El cuerpo de conocimiento de enfermería surge de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente. La Enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no lo reconozca como tal.

(LEÓN ROMAN CA, 2013, pág. sp).

DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

“Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.”

(UNAM, 2011, pág. sp).

El Proceso de Enfermería es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de Enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería, permite definir el ejercicio profesional, garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona bases para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en Enfermería.

Ha sido concebido a partir del conocimiento científico y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los diferentes niveles de atención y servicios, donde enfermería proporcione cuidados al individuo, familia y comunidad.

(ORTIZ, 2008, pág. sp).

Para esta investigación el proceso lo definimos como un método sistemático para la valoración de los pacientes con alguna patología para promoción y/o prevención, así como para llevar un plan de salud con intervenciones para el buen funcionamiento del bienestar humano.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Consta de cinco etapas, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

Valoración: nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan, La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de la información.
2. Validación de la información.
3. Registro de la información.

.

Diagnóstico: Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad, Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Planeación: Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud, Los pasos para realizar la planeación son:

- ❖ Establecer prioridades.
- ❖ Elaborar objetivos.
- ❖ Determinar acciones de enfermería.
- ❖ Documentar el plan de cuidados.

.

Ejecución: Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos, Los pasos de la ejecución son:

- ❖ Preparación.
- ❖ Intervención
- ❖ Documentación.

.

Evaluación: Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

(SANCHEZ, 2013, págs. 18-53)

CASO CLÍNICO.

M.L.E.L femenina de 91 años de edad, ama de casa, casada, madre, dependencia económica de sus hijos, analfabeta es derecho habiente del IMSS, originaria de Cuitzeo del Porvenir, pero ha radicado en la ciudad de Morelia por más de 50 años su nivel de desarrollo físico es acorde al cronológico, habita casa propia urbana que cuenta con todos los servicios.

Refiere tener DM tipo 2 e HTA, que están controladas con fármacos acordes a la patología como Glibenclamida 5mg tomando 2 tabletas al día , Metformnia 850mg tomando 2 tabletas al día y Losartan de 50mg 1 tableta diaria vía oral.

Cada mes acude al médico para seguir tratando estos padecimientos de la institución IMSS.

Respiración: normal 22 por minuto, con un llenado capilar de 3seg.

Peso 66kg Talla: 1.50cm Cintura: 84cm IMC: 29.33 con sobrepeso

Cardiovascular: T/A 130/80 mmHg F.C 80X

La mucosa oral con datos de hidratación.

Niega alergia y toxicomanías.

La alimentación es restringida de grasas y azúcares, llevando una dieta hiperproteica y para diabético e ingiere 1lt de agua.

Manifiesta no tener problemas para la eliminación intestinal realizando 1 evacuación diaria de consistencia pastosa, color café sin ninguna alteración

Ginecológicamente tuvo 12 gestas, 7 partos normales y 3 abortos, y 2 óbitos. Inicio de menarca a los 11 años IVS: 17 años N. parejas: 1

Con antecedente de histerectomía a la edad de 50 años por presentar Miomatosis uterina.

Presento fractura en de cadera de lado derecho a la cual se le realizo cirugía con aplicación de placa de titanio, se trató posteriormente con rehabilitación física, tiene ciertas limitación para caminar distancias largas por lo que se apoya se un bastón o silla de ruedas.

Físicamente cuenta con sobrepeso moderado no realiza ninguna actividad física, sus hábitos higiénicos son buenos, baño cada tercer día con cambio de ropa diario, falta de piezas dentales pero realiza su aseo bucal.

Hace 3 meses presento una anormalidad en la mama derecha, se le examino con una mamografía y denoto tener un tumor, posteriormente se le realizó una biopsia de dicho tumor y los resultados de patología obtenidos fueron CA MAMA grado 3.

El 28 de Agosto del 2015 en el HGR#1 IMSS se realizó la mastectomía radical modificada a la cual no se presentó ninguna alteración durante la cirugía.

Posteriormente la herida se abrió un aproximado de 8 cm por lo que a la paciente se le hacen curaciones diariamente, esta cicatrización durara 2 meses por lo que él se hará un aseo previo en la zona cada 24 horas, siguiendo con la administración de fármacos AINES Naproxen de 500mg cada 12 horas y Paracetamol cada 8 horas en caso de dolor fuerte Ketorolaco Sublingual de 10mg

La paciente refiere tener dolor, ardor en la zona, denota ligera inflamación con salida de secreción purulenta, sanguinolenta con olor fétido, al pasar el tiempo se muestra insegura de los procedimientos siguientes , no comprende la etiología de su padecimiento; sus familiares observan que su estado de ánimo está decayendo, a la observación se muestra con ansiedad y temerosa.

Está pendiente la valoración con el oncólogo y patólogo para posteriores valoraciones secuenciales.

PLAN DE INTERVENCIÓN.

Déficit de auto cuidado		000132. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos, manifestado por conducta expresiva, postura para evitar el dolor y observación de evidencias de dolor.															
		DOMINIO 12		Confort		CLASE 1		Confort físico		PÁGINA		349					
Requisito de Auto cuidado Universal	Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.		Sistema de enfermería														
Requisito de Desarrollo	Adulto mayor		Intervención	(1400) Manejo del dolor Pág. 569				Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio.								
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Cáncer de mama con evidencias de dolor.		Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que se aceptable para el paciente.														
Agencia de enfermería			Fundamentación teórica														
Familiar, personal de salud.			Para muchos, la edad avanzada es acompañada por un aumento del dolor el cual es causado por daño a los nervios y es muy común en adultos mayores. Desafortunadamente, aliviar el dolor es a veces más fácil decirlo que hacerlo, dado que muchos adultos mayores no quieren admitir que sienten malestar. Incluso cuando se les pregunta directamente, pueden negar el tener los síntomas para evitar parecer débiles o enfermos. (BECTON DICKINSON DE MÉXICO)														
Resultado esperado (2102)	Nivel de dolor Pág. 551		Acción o método de ayuda (Intervención)				Conclusiones										
Intensidad del dolor referido o manifestado.			-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. -Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. -Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor. -Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.				Refiere tener el dolor pero es parte de la patología que se presenta, aunque ya es más tolerable y denota cambios con el efecto de la medicación correspondiente, y es más detectable su dolor su mejoría sigue en progreso dando como resultado un aumento de puntuación diana de 13 a 20.										
Escala Diana	Desviación grave a ninguno						Escala Diana										
Código	Indicadores	1					2	3	4	5	Código	Indicadores	1	2	3	4	5
210201	Dolor referido							x			210201	Dolor referido				x	
210204	Duración de episodios de dolor						x				210204	Duración de episodios de dolor				x	
210209	Tensión muscular						x				210209	Tensión muscular					x
210206	Expresiones faciales de dolor							x			210206	Expresiones faciales de dolor					x
210208	Inquietud							x			210208	Inquietud				x	
Total: 13 puntos (+ Puntuación Diana PREVIA)							Total: 22 puntos (+ Puntuación Diana POSTERIOR)										
OBJETIVO																	
Lograr que la paciente, disminuya el dolor atreves de las intervenciones de Enfermería tomando en cuenta los criterios de evaluación, en escala de la puntuación diana, esto con la finalidad de mejorar el estado de salud.																	
BIBLIOGRAFIA																	
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA 2009-2011 CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC 2009 CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC 2009																	

Déficit de auto cuidado		00046. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con deterioro de la sensibilidad, manifestado por destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie de la piel e invasión de las estructuras corporales.															
		DOMINIO 11		Seguridad y protección		CLASE 2		Lesión Física		PÁGINA 310							
Requisito de Auto cuidado Universal		Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.		Sistema de Enfermería													
Requisito de Desarrollo		Adulto mayor		Intervención		(3660) Cuidados de las heridas. Pag.244			Sistema de enfermería		Totalmente Compensatorio.						
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud		Cáncer de mama con destrucción tisular.		Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.													
Agencia de enfermería				Fundamentación teórica													
Personal de la salud. Cura o regula los efectos de la enfermedad.				Tras la intervención quirúrgica, la atención se centra en el cuidado de la herida y el mantenimiento de la extremidad residual. Cualquier herida que se produzca como consecuencia de una amputación u otro tipo de intervención quirúrgica corre el riesgo de infectarse ya que la abertura en la piel puede permitir la entrada de gérmenes o suciedad en la sangre. Las infecciones pueden ocasionar malestar o dolor, fiebre, rojez, inflamación o supuración. (HEALTH LITERACY CONSULTING 2004).													
Resultado esperado (1103)		Curación de la herida por segunda intención Pág. 380		Acción o método de ayuda (Intervención)				Conclusiones									
Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.				-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. -Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario. -Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.				La paciente logro aumentar la puntuación diana debido a las curaciones realizadas días anteriores, denota un cambio en la zona dañada, las secreciones son en menor cantidad y la inflamación ha disminuido por lo que ya no da olor ni tiene presencia de sangrado, anteriormente tenía 9 puntos y ahora alcanzo 19 es un gran avance por parte de la paciente y su cuidador.									
Escala Diana		Extenso a ninguno.		Escala Diana				Extenso a ninguno.									
Código		Indicadores		1	2	3	4	5	Código		Indicadores		1	2	3	4	5
110303		Secreción purulenta		X					110303		Secreción purulenta					X	
110305		Secreción sanguinolenta			X				110305		Secreción sanguinolenta				X		
110322		Inflamación de la herida							110322		Inflamación de la herida					X	
110313		Costra				X			110313		Costra					X	
110317		Olor de la herida		X					110317		Olor de la herida					X	
Total: 9 puntos								Total: 19 puntos									
(+ Puntuación Diana PREVIA)												(+ Puntuación Diana POSTERIOR)					
OBJETIVO																	
Sugerir a la usuaria y a familiares las intervenciones para el cuidado de la herida, evaluando continuamente, con la escala de medición para posteriores intervenciones favoreciendo el cuidado de calidad.																	
BIBLIOGRAFIA																	
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA 2009-2011 CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC 2009 CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC 2009																	

Déficit de auto cuidado		00004. Riesgo de infección relacionado con destrucción tisular, traumatismos, enfermedad crónica y aumento a la exposición ambiental a agentes patógenos.															
		DOMINIO 11		Seguridad y protección		CLASE 1		Infección		PÁGINA		303					
Requisito de Auto cuidado Universal		Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.		Sistema de enfermería													
Requisito de Desarrollo		Adulto mayor		Intervención		(6540). Control de infecciones. Pág. 213				Sistema de enfermería		Parcialmente Apoyo educativo					
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud		Cáncer de mama con destrucción tisular.		Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.													
				Fundamentación teórica													
Agencia de enfermería				El riesgo de infección del sitio quirúrgico está directamente relacionado con la cantidad de bacterias contaminantes: a mayor cantidad de bacterias, mayor es el riesgo de infección; también depende de la agresividad del germen y del estado de las defensas del paciente: en un paciente joven y sano, con sus defensas bien constituidas, el riesgo de infección es menor. (REVISTA BIOMÉDICA 2008).													
Personal de la salud. Cura o regula los efectos de la enfermedad.																	
Resultado esperado (1924)		Control del riesgo: proceso infeccioso. Pag.355		Acción o método de ayuda (Intervención)				Conclusiones									
Acciones personales para prevenir eliminar o reducir la amenaza de una infección.				-Mantener técnicas de aislamiento. -Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de los pacientes -Poner en práctica precauciones universales -Usar guantes al manipular la herida. Limpiar la piel del paciente con un agente antimicrobiano -Preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos. -Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. -Administrar terapia de antibióticos.				Esta paciente no logro aumentar la puntuación diana debido a que no reconoce el riesgo de contraer una infección y no sabe identificar dichos factores que pueden promover a que se infecte la herida así que solo alcanza 15 puntos de los 18 estimados para el diagnóstico de riesgo de infección.									
Escala Diana		Nunca demostrado a siempre demostrado.						Escala Diana		Nunca demostrado a siempre demostrado.							
Código	Indicadores	1	2					3	4	5	Código	Indicadores	1	2	3	4	5
192401	Reconoce el riesgo personal de infección							x			192401	Reconoce el riesgo personal de infección				x	
192404	Identifica el riesgo de infeccionen situaciones diarias.		x								192404	Identifica el riesgo de infeccionen situaciones diarias.				x	
192405	Identifica signos y síntomas de un riesgo.							x			192405	Identifica signos y síntomas de un riesgo.					x
192411	Mantiene un entorno limpio								x		192411	Mantiene un entorno limpio					x
Total: 12 puntos (+ Puntuación Diana PREVIA)								Total: 18 puntos (+ Puntuación Diana POSTERIOR)									
OBJETIVO																	
Establecer que la paciente reduzca el riesgo de infección llevando a cabo las intervenciones sugeridas para evitar daños posteriores y con esto el atraso a su recuperación.																	
BIBLIOGRAFIA																	
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA 2009-2011 CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC 2009 CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC 2009																	

Déficit de auto cuidado			00078. Gestión ineficaz de la propia salud, relacionado con déficit de conocimiento, manifestado por verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.																					
			DOMINIO 1		Promoción de la salud		CLASE 2		Gestión de la salud.		PÁGINA		64											
Requisito de Auto cuidado Universal		Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.			Sistema de enfermería																			
Requisito de Desarrollo		Adulto mayor			Intervención		(5602)Enseñanza: proceso de la enfermedad. Pag.354				Sistema de enfermería		Apoyo educativo.											
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud		Cáncer de mama con destrucción tisular.			Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de Enfermedad específico.																			
					Fundamentación teórica																			
Agencia de enfermería					El abordaje de la vivencia de enfermedad es importante, a la hora de establecer una alianza terapéutica con el paciente. Enfermar es uno de los acontecimientos más estresante. Padecer es la manera en como una persona sufre el deterioro de su salud, como lo interpreta y cómo afronta el proceso de enfermar se presentan cambios Biológicos como limitaciones físicas y funcionales, pérdida de la movilidad y Psicológicos disminución del autoestima, minusvalía e impotencia, miedo a lo desconocido. (FACULTAD DE MEDICINA DE VENEZUELA 2010).																			
-Apoya a procesos vitales esenciales -Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano																								
Resultado esperado. (1305)		Modificación psicosocial: cambio de vida. Pág.511			Acción o método de ayuda (Intervención)					Conclusiones														
Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.					-Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado. -Describir el proceso de la enfermedad -Identificar cambios en el estado físico del paciente. -Dar seguridad sobre el estado del paciente -Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles. -Describir el fundamento de las recomendaciones control/terapia/tratamiento.					La paciente no alcanzo la puntuación diana recomendada, ya que su autoestima es muy bajo, es muy renuente en su actitud se muestra muy triste por su acontecimiento, con ideas de inutilidad , y no expresa sus sentimientos por lo que no platica con sus familiares acerca de su enfermedad. Actualmente se queda con 10 puntos de 7 que mantiene.														
Escala Diana		Nunca demostrado a siempre demostrado.								Escala Diana		Nunca demostrado a siempre demostrado.												
Código		Indicadores								Código		Indicadores			1		2		3		4		5	
130501		Establecimiento de objetivos realistas.								130501		Establecimiento de objetivos realistas.							x					
130504		Expresiones de utilidad								130504		Expresiones de utilidad									x			
130502		Mantenimiento de la autoestima								130502		Mantenimiento de la autoestima							x					
130512		Expresiones de sentimientos socializados.								130512		Expresiones de sentimientos socializados.											x	
Total: 7 puntos										Total: 15 puntos														
(+ Puntuación Diana PREVIA)										(+ Puntuación Diana POSTERIOR)														
OBJETIVO																								
Crear vínculos de comunicación con la usuaria para prevenir ciertos riesgos latentes durante y después de su padecimiento.																								
BIBLIOGRAFIA																								
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA 2009-2011 CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC 2009 CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC 2009																								

BIBLIOGRAFÍA.

- A. SANCHEZ, RAMIRO; AYALA, MIRIAM; BAGLIVO, HUGO; VELAZQUEZ, CARLOS;. (2010). *SCIELO CHILE*. Obtenido de SCIELO CHILE:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012
- ALBERTO LIFSHITZ. (01 de MAYO de 2008). *SEMINARIO EL EJERCICIO ACTUAL DE LA MEDICINA*. Obtenido de SEMINARIO EL EJERCICIO ACTUAL DE LA MEDICINA:
http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may_01_ponencia.html
- AMERICAN CANCER SOCIETY. (s.f.). *CANCER.ORG*. Obtenido de CANCER.ORG:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER. (2014). *aecc*. Obtenido de aecc:
https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf
- BELO N.L. (2006). *Fundamentos de Enfermería Parte 1*. La Habana: Ciencias Medicas.
- CONSENSO MEXICANO SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO. (2013). *incan-Mexico.org*. Obtenido de incan-Mexico.org: <http://incan-mexico.org/incan/docs/docencia/cmama.pdf>
- DIARIO OFICIAL. (09 de JUNIO de 2011). *CENETEC.SALUD*. Recuperado el 19 de NOVIEMBRE de 2016, de CENETEC.SALUD:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SSA2_2011.pdf
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2009). *DOF*. Obtenido de NOM-030-SSA2-2009 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642
- DR. GUILLERMO FIRMAN. (DICIEMBRE de 2002). *INTERMEDICINA*. Obtenido de INTERMEDICINA:
<http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL66.htm>
- DR. JOSE SANFILIPPO B. LIC. MARIA ISABEL MORENO HERNANDEZ. (2008). *SEMINARIO EL EJERCICIO ACTUAL DE LA MEDICINA*. Obtenido de SEMINARIO EL EJERCICIO ACTUAL DE LA MEDICINA: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html
- FEDERACION INTERNACIONAL DE DIABETES. (2011-2021). *PLAN MUNDIAL CONTRA LA DIABETES*. Obtenido de PLAN MUNDIAL CONTRA LA DIABETES:
www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf

FERNANDEZ DE KIRCHNER , C., LUIS MANZUR, J., & PRADIER, R. (MARZO de 2012). *EL CANCER DE MAMA EN OCHO PALABRAS*. Obtenido de EL CANCER DE MAMA EN OCHO PALABRAS: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000010cnt-07-guiabreve-cancerdemama.pdf>

FERNANDEZ DE KIRCHNER. (MARZO de 2012). *EL CANCER DE MAMA EN OCHO PALABRAS*. Obtenido de EL CANCER DE MAMA EN OCHO PALABRAS: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000010cnt-07-guiabreve-cancerdemama.pdf>

GUIA DE PRACTICA CLINICA. (2014). *cenetec.salud*. Obtenido de cenetec.salud: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_RR_CENETEC.pdf

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA. (08 de JULIO de 2014). *cenetec.salud*. Obtenido de cenetec.salud: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf

GUIA DE PRACTICA CLINICA. (2014). *cenetec.salud*. Obtenido de DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf

GUIAS CLINICAS AUGÉ . (NOVIEMBRE de 2015). *BIBLIOTECA MINSAL*. Recuperado el 04 de NOVIEMBRE de 2016, de BIBLIOTECA MINSAL: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/0712015-GPC-CaMama-Final-Ly-P-Publicaci%C3%B3n.pdf>

HERNAN C. DOVAL. (2013). REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. *REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA*, 80.

INEGI. (31 de ENERO de 2014). *ESTADISTICA A PROPOSITO DE DIA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER*. Recuperado el 19 de NOVIEMBRE de 2016, de ESTADISTICA A PROPOSITO DE DIA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER: <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/cancer16.pdf>

INFOCÁNCER. (01 de OCTUBRE de 2015). *INFOCÁNCER*. Recuperado el 19 de NOVIEMBRE de 2016, de INFOCÁNCER: <http://www.infocancer.org.mx/estadisticas-inegi-2014-cancer-de-mama-con892i0.html>

JOSE MARIA GONZALEZ ORTEGA, MARIO MIGUEL MORALES WONG, ZORAIDA LOPEZ CUEVAS, MARILIN DIAZ VALDEZ. (ENERO-MARZO de 2011). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100013

- LEÓN ROMAN CA. (22 de abril de 2013). *Enfermería ciencia y arte del cuidado*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
- LIC. ENF. IMELDA YADIRA SALAZAR HERNANDEZ. (2013). *ENEO*. Recuperado el 19 de NOVIEMBRE de 2016, de ENEO.UNAM:
<http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>
- MARGARITA PAREDA ACOSTA. (2011). *MEDIGRAPHIC*. Obtenido de MEDIGRAPHIC:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
- MELENDEZ HERRADA, ENRIQUE; SANCHEZ D., GUADALUPE; RAMIREZ P., MARITOÑA; CRAVIOTO, ALEJANDRO; CERVANTES, ESTRELLA;. (MAYO-JUNIO de 2007). *MEDIGRAPHIC*. Obtenido de MEDIGRAPHIC: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un073f.pdf>
- MIGUEL LUGONES BOTELL, MARIETA RAMIREZ BERMUDEZ. (SEPTIEMBRE de 2009). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300020
- MINISTERIO DE SALUD. (19 de ENERO de 2015). *RESOLUCION MINESTERIAL*. Obtenido de RESOLUCION MINESTERIAL: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-MINSA.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD. GUIA CLÍNICA DIABETES MELLITUS TIPO 2. (ENERO de 2010). *bibliotecaminsal*. Obtenido de bibliotecaminsal: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Diabetes-Mellitus-tipo-2.pdf>
- OMS. (SEPTIEMBRE de 2015). *PREGUNTASY RESPUESTA DE LA HIPERTENSIÓN*. Obtenido de PREGUNTASY RESPUESTA DE LA HIPERTENSIÓN: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- OMS. (2016). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Recuperado el 19 de NOVIEMBRE de 2016, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- ORTIZ, N. Y. (09 de 2008). *ENCOLOMBIA.COM*. Recuperado el 02 de 10 de 2014, de ENCOLOMBIA.COM: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-114/Procesosdeatenciondeenfermeria>
- PADRO SOLAR, L., GONZALES REGUERA, M., & PAZ GOMEZ, N. (2014). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- REYES SANAME, FELIX; PEREZ ALVAREZ, MARIA LUISA; ALFONSO FIGUEREDO, ERNESTO; RAMIREZ ESTUPIÑAN, MIRTHA; GIMENEZ RIZO, YARITZA;. (MARZO de 2016). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009

SANCHEZ, B. A. (2013). *Proceso de Enfermería*. Recuperado el 16 de octubre de 2014, de Proceso de Enfermería:

<http://www.enfermeriaysaludpublica.edu.mx/13/descargas/Antologia2013.pdf>

SECRETARIA DE SALUD. (DICIEMBRE de 2007). *MANUAL DE LA EXPLORACION CLINICA DE LAS MAMAS*. Obtenido de ANUAL DE LA EXPLORACION CLINICA DE LAS MAMAS.:

http://suntbanobras.org.mx/notas/cancermamas/CLINICADEMAMAS_CNEGSR.pdf

SEGOB. (9 de JUNIO de 2011). *DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION*. Obtenido de DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09%2F06%2F2011

UNAM. (2011). *ENEO*. Recuperado el 02 de 10 de 2014, de ENEO:

<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/enfermeria.PDF>

WESCHENFELDER, M., & GUE, M. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *ENFERMERIA GLOBAL*, 353.

ANEXOS.

**M.L.E.L. FEMENINA DE 91 AÑOS DE EDAD, CON PADECIMIENTO
DE CÁNCER DE MAMA.**



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LLEVAR A CABO LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CÁNCER DE MAMA.

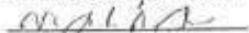
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA SOBRE CÁNCER DE MAMA.

Yo, M.L.E.L., declaro que acepto participar en la investigación científica, en el **Proceso de Enfermería en Cáncer de Mama**, que tiene como finalidad, describir, analizar y comprender el cuidado de Enfermería al adulto mayor con cáncer de mama. Por lo que acepto participar en las entrevistas y datos proporcionados, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de la investigación y de su asesora quienes garantizan el secreto y el respeto a mi privacidad.

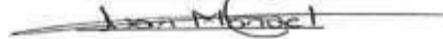
Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionado mi nombre, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere perjuicio y/o gasto.

Por ultimo declaro que después de las declaraciones convenientemente realizadas consiento participar en la presente investigación.

Firma del Informante.



Firma del Investigador.



Firma del Testigo 1



Firma del Testigo 2.



Morelia, Michoacán, 9 de Diciembre 2016.

GUIA DE VALORACION CON EL REFERENTE DE LA TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1-FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

A) DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA

Fecha Nombre Sexo: Edad

Religión Edo Civil: Escolaridad

Lugar de residencia Domicilio actual:

Características de la vivienda

Renta _____ Propia _____ Otros _____

Material de Construcción

Adobe _____ Ladrillo _____ Otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua potable _____ Luz eléctrica _____

Drenaje _____ Pavimentación _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbramiento público:

Recolección de basura:

Drenaje y alcantarillado:

Rol que ocupa en la familia:

Madre () Hijo () Esposa ()

Número de hijos:

Relación con la familia:

Nivel de educación:

Ocupación

Antecedentes laborales:

Ingreso económico familiar

Dependencia económica

B) Patrón de Vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

C) Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

Diagnostico Medico:

Estado de salud:

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente

D) Estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

II-REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

A) Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria:

Llenado capilar:

Cianosis:

Tabaquismo:

Cocina con leña:

Alergias:

Tipo de respiración:

Nariz:

Tórax:

Ruidos respiratorios:

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Cardiovascular:

T/A FC

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Apoyo ventilatorio:

B) Mantenimiento del aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral:

Piel:

Turgencia:

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

¿De dónde proviene el agua que consume?

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Especifique cantidad:

Aporte de líquidos parenterales

C) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

_Peso Talla IMC Cintura

Ha observado variaciones de peso

Dentadura:

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral.

Alteraciones en cara y cuello

Abdomen:

Presenta algún problema en la alimentación:

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Tipo de nutrición:

¿Qué tan frecuente usted come ?

1=cada día

2= una vez a la semana

3= una vez al mes

4=nunca

Alimento/ Frecuencia	1	2	3	4
Lecha				
Deriv. de la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevo				
Pescado				
Patatas y harinas				

¿Con que guisa los alimentos?

¿Cómo es su dieta?

D) Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Apoyo para la eliminación intestinal:

Evacuación intestinal:

Características de las heces fecales:

Grupo de la eliminación vesical

Presencia de:

Alteración de la micción:

Grupo traspiración

Cambios en los patrones normales de sudoración:

Temperatura corporal

Grupo de menstruación

Menarca: Días del ciclo menstrual:

Tipo, cantidad y características del flujo:

Presenta algún problema durante su menstruación

E) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

¿Cómo se encuentra al despertarse?

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Presencia de:

Factores que interrumpan su descanso y sueño?

¿Acostumbra a tomar siestas?

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

ACTIVIDAD

Sistema de musculo esquelético.

Presencia en articulaciones de:

¿Alguna actividad física que produzca dolor?

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

F) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.

Sistema auditivo

¿Presenta problemas de audición?

Utiliza apoyo para escuchar

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales?

¿Utiliza lentes?

Presencia de alteraciones oculares. Especifique

¿Con quienes convive diariamente?

¿Cómo considera sus relaciones con las que convive?

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Observar:

Razones que le impiden socializar:

G) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Sistema neurológico

Estado de conciencia:

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Antecedentes heredo patológicos

Toxicomanías:

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

H) Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal

¿Se acepta en su aspecto físico?

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

¿Cuál es su reacción antes una reacción estresante?

III-REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

A) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

1-Etapa del ciclo vital.

¿Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

Niñez

Edad escolar

Adolecente

Adulto joven

Edad fértil

Adulto maduro

2-Salud sexual

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual?

¿Cuál es su orientación sexual?

Inicio de vida sexual activa:

Número de parejas sexuales

¿Está satisfecho con su vida sexual?

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Número de hijos:

¿Tiene problemas de infertilidad?

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?

Cirugías realizadas en Aparato reproductor

Mujer

Menarca: Días del ciclo menstrual:

Tipo cantidad y características del flujo:

Presenta algún problema durante su menstruación

Embarazos Partos Abortos

Menopausia Fecha de último Papanicolaou

Presencia de flujo transvaginal:

¿Existe alteración del crecimiento físico?

IV-REQUISITO DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

¿Sabe usted de su enfermedad?

Cuando hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, ¿usted acude?

En caso de déficit o incapacidad, ¿Cuál es su sentimiento respecto a su situación?

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

