



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

“EL PROCESO DE ENFERMERIA Y EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON APLICADO A UNA USUARIA CON CANCER DE
MAMA”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
MARI GUENDER OLIVARES NEGRETE

ASESORA:
L.E.O. MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA

MORELIA, MICHOACAN, NOVIEMBRE 2005

CONTENIDO

I. - INTRODUCCION

II. - JUSTIFICACION

III.- OBJETIVOS

IV.- METODOLOGÍA

V.- PROCESO DE ENFERMERIA

VI.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

6.1. VALORACION

6.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

6.3. PLANEACION

6.4. EJECUCION

6.5. EVALUACION

VII.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

VIII.-CANCER DE MAMA (PATOLOGIA)

IX.- CASO CLINICO

X.- APLICACIIN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

10.1. VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS

10.2. PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES Y DIAGNOSTICOS DE
ENFERMERIA

XI.- CONCLUSIONES

XII.- SUGERENCIAS

XIII.-BIBLIOGRAFIA

XIV.-GLOSARIO DE TERMINOS

XV.- ANEXOS

DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA ESCUELA

L.E.O. MARTHA MARÍN LAREDO
SECRETARIA ACADÉMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

DEDICATORIA

A MI PADRE

Que por su apoyo, cariño, confianza comprensión, me ayudo a tener esa fuerza y ganas de salir adelante.

A MI MADRE

Que con esfuerzo y sacrificio, con amor y esperanza me ha apoyado en todo momento y me ha sabido guiar por el camino correcto hasta llegar a donde hoy me encuentro.

¡A ambos por ser mis padres “GRACIAS”!

A MIS HERMANOS

De los cuales siempre he recibido amor, comprensión y cariño, que también gracias a ellos y a sus consejos he puesto los pies firmes para no desistir.

A MI NOVIO

Aunque estuvimos separados, no hubo barrera para brindarme su amor, cariño, comprensión y su inalcanzable apoyo en las buenas y en las malas, a él por ser como es y por ser mi novio, “TE AMO”.

A DIOS

Por su poder divino el cual me ha conferido pasión por el estudio y por dejarme vivir y seguir adelante, a él guiarme en el sendero del bien, a él que me ha puesto en este camino para servir y apoyar a sus hijos

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que me dieron el don de vivir, educar y me enseñaron el camino correcto para superarme como persona de bien, así como sus principios.

A mis familiares que estuvieron siempre apoyándome moralmente y tuvieron
Confianza en mí.

A mi novio por tenerme fe, paciencia y confianza durante estos años distanciados.

A mi paciente por permitirme entrar en su vida y tenerme confianza en ayudarla

A mi asesora Ma. Lilia Alicia Alcantar Zavala por darme de su tiempo y dedicación.

Agradezco a Dios por haberme permitido terminar la carrera.

I. INTRODUCCION

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de resolver problemas de salud reales, de riesgo e interdependientes, reduciendo la duración y incidencia. Tiene como objetivo identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del usuario con la finalidad de establecer planes de acción que permita intervenciones en la satisfacción de las mismas.

El presente trabajo se consiste en la aplicación de la metodología del proceso de enfermería a un caso clínico de Cáncer de Mama Bilateral, en el cual se basa en el Modelo de Virginia Henderson y sus 14 Necesidades básicas.

Se presenta justificación, objetivo y metodología; en el caso clínico se hace referencia a los datos importantes de la usuaria, y posteriormente se realiza la valoración por necesidades de acuerdo a la jerarquización de Virginia Henderson, con la aplicación de las cinco etapas del proceso de enfermería.

Todo lo anterior sustentado con Marco teórico, que incluye la metodología del proceso de enfermería, así como cada una de sus etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, y la patología del cáncer de mama.

Dicho proceso de enfermería se le realiza a una usuaria de 37 años de edad con cáncer de mama bilateral en tratamiento de quimioterapia de Mayo a Agosto del 2005.

Se presentan los diagnósticos de enfermería identificados en la usuaria, tanto reales, de riesgo y problemas interdependiente, los cuales se elaboran a los establecidos por la Asociación Norteamericana de Enfermeras (NANDA).

También se incluye conclusiones y sugerencias de la aplicación del proceso de enfermería, bibliografías consultadas, glosario de términos y anexos utilizados en este trabajo.

II. JUSTIFICACION

El cáncer de mama es una enfermedad maligna más frecuente en las mujeres con un 99% y el 1% en el hombre, su incidencia se presenta en mujeres de 50 a 59 años, mujeres premenopáusicas de 45 a 49 años. Su incidencia mundial está aumentando por razones que aún no se ha determinado, afectando de una manera grupal como individual a nuestra sociedad alterando la calidad de vida de un ser humano y causándole un desequilibrio emocional, físico, espiritual y social

El cáncer de mama es la causa principal de muerte entre las mujeres de 25 a 54 años de edad, una mujer muere cada 12 horas en México y es una de las principales preocupaciones de salud publica en el mundo.

En el Estado de Michoacán el cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad en mujeres, ocupando el primer lugar de los 25 y 34 años, el segundo lugar de 45-64 años y el tercer lugar de 35-44 años de edad.

Hoy en día los tratamientos incluyen combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormoterapia. (no existe cura contra el cáncer mamario)

El proceso de enfermería permite atender de manera integral al usuario de los servicios de salud, por que contempla las cinco dimensiones del ser humano (biológicas, espiritual, emocional, social y cultural) Por ello, la aplicación de intervenciones de enfermería en este caso de cáncer de mama bilateral, que representa un reto como personal de enfermería y una oportunidad de brindar cuidados con calidad, que incluye la interacción persona-enfermera en todo momento.

Dada la importancia de esta patología y las intervenciones de enfermería para la recuperación de la usuaria, se justifica la elaboración del presente trabajo.

III. OBJETIVOS

- Identificar las necesidades del usuario y brindarle una atención con calidad aplicando la Metodología de intervención de Enfermería basándose en el Modelo de Virginia Henderson.
- Aumentar la habilidad de la aplicación del proceso de Enfermería, para brindar una atención holística a los usuarios de los servicios de salud.
- Enseñar al usuario respecto a su enfermedad para facilitar su autocuidado y prevención de complicaciones potenciales.
- Obtener el título de Licenciada en Enfermería.

IV. METODOLOGIA

Se utilizo el Modelo de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades humanas con las cuales se identificaron los problemas de salud que determinan el grado de dependencia o independencia del usuario.

Se aplico el Proceso de enfermería en sus cinco etapas y se utilizaron los diagnósticos establecidos por la Asociación Norteamericana de Enfermeras (NANDA).

V. PROCESO DE ENFERMERIA

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las ordenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos mas que en la persona que estaba asistida.

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

El termino “Proceso de Enfermería” tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lydia Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideró un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y jauron (1975) y Aspinall (1976) añadir la etapa diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.¹

En 1965 Virginia Henderson identificó las acciones de Enfermería básicas como funciones independientes y afirmo que el proceso de enfermería comprendía las mismas etapas que el método científico.

El uso del proceso de enfermería en la practica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones,

¹ RODRÍGUEZ S. Bertha A. “Proceso Enfermero Aplicación Actual” _ 2º Edición 2002, Ed. Cuellar. P. 31.

conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.²(ANA) publico la *Standards of Nursing Practice*, que describen las cinco fases del proceso de enfermería: Valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación (ANA 1973.

En 1977, la OMS declara definición del “Proceso de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos. Implica aminorar el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del paciente, familia o comunidad”.³

EL PROCESO DE ENFERMERIA

- ❖ Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de resolver problemas de salud reales, reduciendo la incidencia y la duración. Es organizado y sistemático por que consta de cinco pasos secuéniales e interrelacionados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realizan acciones interrelacionadas, pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.
- ❖ El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficacia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.⁴
- ❖ Es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear,

² <http://www.uady.mx/enfermer/sitioflash/Proceso/introduccion.html>

³ B. Kozier, G. Erb, J. M. Wilkinson., “Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica”, Ed. McGraw-HILL INTERAMERICANA, 5° Edición 1999 actualizada Vol. I, , p.p 91.

⁴ www.terra.es/personal/duenas/pae.

ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.⁵

El proceso de enfermería:

- Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu, y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes
- Considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas)
- Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.
- Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo.
- Le interesan las personas, sus seres allegados y los grupos.

⁵ López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriatria y Gerontología 1994; P.p.37-38.

VI. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas

- **Valoración:** Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen al usuario, familia y comunidad. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico:** Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio critico sobre el estado de la salud de la usuario, familia y comunidad.
- **Planificación:** Se desarrollan objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir, minimizar o corregir los problemas relacionados con la salud, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Consiste en llevar a la practica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.
- **Evaluación:** Permite determinar el progreso de 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

FINALIDAD: “Es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o necesidades reales o potenciales del mismo, organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades”.

El proceso de enfermería implica una actuación constante y cubrir los requerimientos del cliente, no solo desde una dimensión física o biológica, sino también las perspectivas psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales.

CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Es un **método** porque es un aserie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios. Se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación.

Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico que es mas que la suma de sus partes y q e no se debe fraccionar.

Es **intencionado** porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo.

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la practica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es **interactivo** por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes.⁶

VENTAJAS PARA EL CLIENTE DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- ❖ El cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.
- ❖ Alto nivel de participación del cliente, junto a una evaluación continua, aseguran el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente.

⁶ RODRÍGUEZ S. Bertha A. Op. Cit. Pp. 29

- ❖ Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizado y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de sus clientes.

En resumen para el paciente son:

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

VENTAJAS PARA LA ENFERMERA DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- ❖ Las enfermeras tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados de salud y cumplimiento las normas de su profesión.
- ❖ El proceso de enfermería por tanto, es un método inestimable para las enfermeras. Mantiene a las enfermeras responsables y pendientes de la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de los cuidados del cliente.
- ❖ Debido a que los miembros de salud deben trabajar juntos para poner en práctica el plan de cuidados, el proceso de enfermería refuerza a la colaboración y esto a su vez, fomenta una atmósfera de trabajo más positiva.
- ❖ Profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad.
- ❖ Para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.
- ❖ Ayuda a las enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión, demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de los clientes.
- ❖ Permite asignar el sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional

COMPARACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA Y EL PROCESO MEDICO

Ambos :

- a) Comienzan con la recogida de datos y el análisis de los datos
- b) Basan su actuación (intervención o tratamiento) en la formulación de un problema (diagnostico de enfermería o diagnostico médico.
- c) Lleva consigo un componente de evaluación.

Sin embargo, mientras que el proceso médico se centra en la enfermedad, el proceso enfermero se dirige hacia las respuestas de un cliente a las enfermedades y demás alteraciones de salud.

PROCESO DE ENFERMERÍA	PROCESO MÉDICO
1. - Valoración. Recogida de datos de: a) La historia de enfermería. b) La Exploración del estado de salud. c) La revisión de otros datos d) Consulta con otros miembros del equipo. e) Revisión de la literatura. 2. - Diagnóstico. a) Análisis y resumen de los datos b) Identificación de los problemas de salud c) Formulación del diagnóstico de enfermería. 3. - Planificación. a) Establecer las prioridades b) Establecer objetivos / resultados c) Programar las intervenciones de enfermería d) Redactar el plan de cuidados de enfermería. e) Delegar las actividades de enfermería.	1. - Valoración. Recogida de datos de: a) La historia clínica. b) La exploración física. c) Las pruebas diagnósticas. d) Revisión de la literatura. 2. - Diagnostico médico. a) Ordenación de datos. b) Análisis e interpretación de los datos. c) Formulación del diagnóstico. 3. - Planificación médica. a) Establecer prioridades. b) Establecer los objetivos del tratamiento. c) Redactar el plan terapéutico.

4.- Ejecución. a) Establece las intervenciones. b) Realiza las intervenciones c) Registra las intervenciones enfermeras y las respuestas del cliente a los cuidados. 5. - Evaluación. a) Recogida de datos sobre la respuesta del cliente. b) Comparación de los datos con los objetivos establecidos / resultados esperados. c) Determina la eficacia del plan de enfermería. d) Análisis de las variables que afectan a los resultados. e) Revisión y modificación del plan de cuidados.	4. - Tratamiento. a) Órdenes del médico. b) Tratamiento médico. c) Derivaciones. 5. - Evaluación. a) Determina la eficacia del tratamiento médico con respecto a los objetivos. b) Análisis de las variables. c) Revisión del plan terapéutico en caso necesario.⁷
--	---

LO QUE SE REQUIERE PARA APLICAR EL PROCESO DE ENFERMERIA

- ❖ La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.
- ❖ Competencias del área del saber se refiere al dominio de conocimientos propios de la enfermería y disciplinas complementarias a la profesión, que son sustentos teóricos de los cuidados enfermeros y permite abordar problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espiritual)
- ❖ En el área de saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos, con relación a lo que hacemos u opinamos, a fin de ser competentes y creativos.

⁷ B. Kozier, etal, Op Cit. Pp. 93-96

- ❖ Asimismo las competencias en esta área las habilidades prácticas que son apoyadas con el conocimiento, reflexión y experiencia permite valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería.
- ❖ Se requieren competencia en el área del saber ser y convivir que favorezca la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario.⁸

6.1. ETAPA DE VALORACION

- ❖ Es la primera fase proceso de enfermería, es el proceso organizado y sistemático de recoger, organizar, validar y registrar datos sobre el estado de salud del paciente.⁹
- ❖ Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del cliente, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas”, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

PASOS PARA REALIZAR LA VALORACION

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

1. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
2. VALIDACION DE LA INFORMACION
3. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN
4. ORGANIZACION DE LA INFORMACION O DATOS.

⁸ RODRÍGUEZ S. Bertha A. Op. Cit.32-33

⁹ B. Kozier, etal, Op. Cit P. 96

1. RECOLECCION DE LA INFORMACION

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente, es indispensable aprovechar cada momento en que sé este con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permita conocerlos

Para obtener información se recurre a fuentes:

- ❖ *Fuente directa primaria:* El paciente y su familia es la principal fuente de información.
- ❖ *Fuente indirecta secundaria:* Los amigos, familia y profesionales del área de la salud aportan datos valiosos del usuario y familia, el expediente clínico, literatura relacionada con el caso.

TIPOS DE DATOS A RECOGER:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

DATOS SUBJETIVOS: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Ejemplo: dolor, el temor, la debilidad, la impotencia y sentimientos)

DATOS OBJETIVOS: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (ejemplo: frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, cifras de la tensión arterial y presencia de edema.

DATOS HISTORICOS(Antecedentes): Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, hospitalizaciones)

DATOS ACTUALES: problema de salud actual.

METODOS PARA OBTENER DATOS

Los principales métodos empleados para la valoración del usuario son:

- a) Entrevista
- b) Observación
- c) Exploración

A) LA ENTREVISTA:

Es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario.

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

EXISTEN DOS TIPOS DE ENTREVISTA:

Entrevista formal: Consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

Entrevista informal: es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilita la relación enfermera / paciente. Iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

ASPECTOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR DURANTE LA ENTREVISTA

1. Seguir la guía de valoración.
2. Asegurarse un entorno con características de privacidad y tranquilidad.
3. Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
4. Mantener durante la entrevista una distancia considerable con el usuario (entrevistador)
5. Dedicar el tiempo necesario para la entrevista.
6. Mantener actitud amable, cordial y respetuosa.
7. Formular preguntas claras y sencillas, adoptando el lenguaje de acuerdo al nivel de conocimiento del usuario.
8. Escuchar con atención todo lo que dice y evitar interrumpirlo cuando el usuario este hablando.
9. Conseguir la información sin presionar al usuario.
10. Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, esto nos dice mas que las palabras.
11. Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad.
12. Desarrollar la capacidad de empatía con el fin de comprender mejor la actitud del usuario.¹⁰

B) LA OBSERVACION

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos(vista, oído, tacto, olfato. La observación es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y método organizado de manera que no se omita nada importante.

¹⁰ RODRÍGUEZ S. Bertha A. Op. Cit. Pp. 35-43.

C) LA EXPLORACION FISICA

Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física: Se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ❖ **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.
- ❖ **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad. Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- ❖ **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- ❖ **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras

de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.¹¹

2. VALIDACION DE LA INFORMACION

Significa que la información que se ha reunido es verdadera basada en hechos. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son mensurables, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

3. REGISTRO DE LA INFORMACION

Es la tercera fase de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Formar un registro legal
- Permite la investigación en enfermería

¹¹ B. Kozier , etal, Op. Cit, Pp. 97-103

Con respecto al registro de los datos. Pero el “saber cómo y que anotarse, es importante para el paciente y la enfermera para protegerse a sí misma de posibles demandas por mala practica profesional”. (Alfaro 1999.

1. Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
2. Evitar juicios de valor
3. Escribir textualmente lo que el usuario expresa (entrecomillado).
4. Señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta (evitar tachaduras o aplicación de corrector).
5. Procurar que la información sea importante y relevante.
6. Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
7. Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
8. Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la incrimine.
9. Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
10. Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.
11. Escribir toda la información que proporcionó el equipo sanitario.

4.ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), (Virginia Henderson), necesidades fundamentales y componentes bio-psico-sociales, culturales y espirituales, etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.¹²

¹² RODRÍGUEZ S. Bertha A. Op. Cit. pp. 46-47

6.2. ETAPA DE DIAGNOSTICO

- ❖ Es la segunda etapa del proceso enfermero, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.
- ❖ Etapa crucial en la que la enfermera interpreta los datos de la valoración e identifica los factores favorables con los que cuenta el paciente y los problemas que pueden resolverse mediante intervenciones de enfermería.
- ❖ Es un proceso de razonamiento que utiliza el pensamiento crítico, comprende el análisis, la síntesis, el razonamiento inductivo, el razonamiento deductivo y la toma de decisiones.¹³

ANTECEDENTES DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

A principios del siglo XX, los intentos de diferenciar la enfermería de la medicina surgieron a raíz de la necesidad de definir cada una de estas disciplinas con propósito legislativos y educativos. Virginia Henderson, en 1955 y F. Abdellah, en 1960, propusieron organizar los planes de estudios de enfermería conforme a los problemas de enfermería o a las necesidades del paciente más que los diagnósticos médicos.

¹³ B. Kozier, etal, Op Cit. Pp. 116-117.

En 1953, V. Fry introdujo el término diagnóstico de enfermería. Durante los 20 años siguientes, las referencias de los diagnósticos de enfermería aparecieron solo en forma esporádica en la literatura.

En 1973 tuvo lugar la primera conferencia sobre diagnósticos de enfermería, con el fin de identificar los conocimientos de la enfermería y establecer un sistema de clasificación adecuado para procesamiento informático. A raíz de esta conferencia, se creó el National Group For the Classification of Nursing Diagnosis (grupo nacional para la clasificación de diagnósticos de enfermería), compuesto por enfermeras con profesión: asistencia, educación e investigación, de Estados Unidos y Canadá. El grupo nacional se ha reunido diez veces.

En la quinta conferencia nacional 1982 se aprobó una respuesta del comité especial para una organización más formal, y el grupo se denomina **Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería (NANDA)**, eligiendo funcionarios, junta directiva y comisiones permanentes. Para desarrollar el sistema de clasificación. Cuyo objetivo principal es desarrollar y perfeccionar los diagnósticos de enfermería y la formación de una taxonomía diagnóstica propia, descubriendo que es un mero listado alfabético de ordenación sin una base conceptual, Callista Roy presenta la base teórica, que son los nueve patrones del hombre unitario.

En la 7ª conferencia (1986) se cambia los patrones del hombre unitario por patrones de respuesta humana. Los nueve patrones de respuesta humana son conceptos del nivel 1 de abstracción; no se pueden utilizar como marco teórico o como guía de valoración, sino que forman el esqueleto organizativo de la clasificación.

En agosto de 1987, como resultado del trabajo de colaboración entre ANA y la NANDA, se envió a la OMS un documento sustitutorio, detallando el sistema de clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA .

En la 8ª conferencia (1988), se propone presentar a la OMS (CIE-10 es una clasificación de enfermedades médicas) una versión de la taxonomía Y, llamada “condiciones que necesitan cuidados de enfermería”, presentando la taxonomía junto con el sistema de clasificación Omaha y el DSM III, del consejo de enfermería psiquiátrica y de salud mental del ANA. La OMS rechazó dicha propuesta por no poderlo incluir como una clasificación de enfermedades médicas, pero que sí podía incluirlo como factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

En 1973, la American Nurse Association (ANA) publicó los criterios de la práctica; Esto siguió en 1980, la declaración política social de la ANA, que definió la Enfermería como “ el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a problemas de salud reales o potenciales”.

Desde 1973 a 1984, los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA fueron desarrollados por un grupo de enfermeras invitadas a participar en las conferencias nacionales, colaboraron para identificar y describir los problemas de enfermedad que podían diagnosticar y tratar el problema.

En 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin ayudan a constituir la taxonomía NANDA.

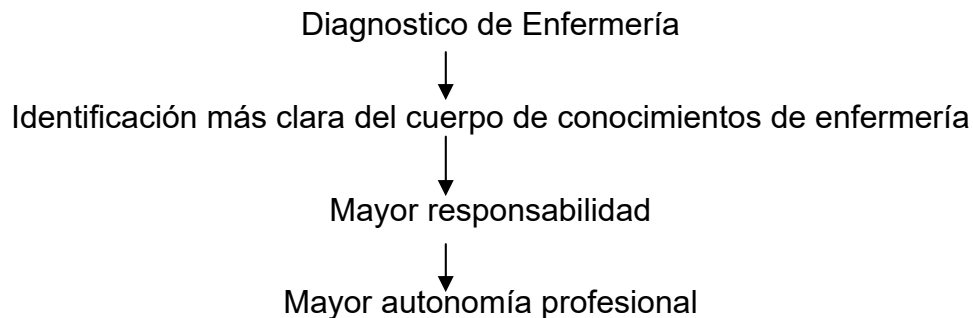
En marzo 1990, en la novena Conferencia de la NANDA fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera. En ese mismo año se publicó la primera edición de Diagnóstico de enfermería, publicado oficialmente de la NANDA. Esta revista tiene como objetivo promover el desarrollo, la depuración y la aplicación de los diagnósticos de enfermería y clasificación de los conocimientos de enfermería.

Hasta el momento, el grupo ha aprobado más de 100 etiquetas diagnósticas para uso clínico y pruebas.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

¿POR QUE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA?

La enfermería necesita un sistema de clasificación, o taxonomía, para describir y desarrollar un fundamento científico firme que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional.



DEFINICIONES DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- ❖ Es un juicio clínico respecto a un individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos; proporciona las bases para describir un tratamiento definitivo que es responsabilidad de la enfermera(Shoemaker, 1984).
- ❖ Un enunciado que describa la respuesta humana de un individuo o grupo, que la enfermera puede identificar legalmente y que puede ordenar

intervenciones destinadas a mantener el estado de salud o para reducir, eliminar o prevenir alteraciones (Carpenito, 1988).

- ❖ Es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera (NANDA, 1990).

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE O DE COLABORACION

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera(o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes “se relaciona con la patología, complicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como la evolución de la situación patológica, lo sitúa en la interdependencia con otro Profesional, y la atención sigue centrada en el usuario.

Los problemas interdependientes tienden a estar presentes en cualquier momento en el que lo esté una determinada enfermedad o tratamiento.

CLASIFICACION DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

En cuanto a los problemas interdependientes si son complicaciones potenciales usaremos la etiqueta diagnóstica “complicación potencial”, añadiendo a veces “secundario a”, utilizando siempre la terminología biomédica. Si no son complicaciones potenciales, sino que ya esta sucediendo, se identificará el problema como tal.

EJEMPLO:

<i>Enfermedad/Situación</i>	<i>Complicación</i>	<i>Relacionado con</i>	<i>Etiología</i>
↓	↓	↓	↓
Complicación potencial del alumbramiento	Hemorragia	r/c	1. Atonía uterina 2. retención de restos placentarios

El formato PES no se utiliza para los problemas interdependientes porque son problemas potenciales. Por consiguiente, el paciente no tiene signos y síntomas que la enfermera pueda reseñar.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS

- **Diagnostico de enfermería real:** son conceptos diagnósticos que describen respuestas humanas a procesos vitales / problemas de salud que existe en el individuo, familia o comunidad. Están apoyados por las características diagnósticas mayores (indican problemas reales) y siguen el formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Diagnóstico de Enfermería potencial o Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).
- **Diagnóstico de enfermería posible:** es aquel que se formula cuando se sospecha su existencia, cuando en la valoración se detectan unas claves que podrían indicar su presencia pero faltan los datos para afirmarlo con

certeza, no sigue el formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- **Diagnóstico de enfermería de bienestar o salud:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.
- **Diagnóstico de enfermería de síndrome:** comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.¹⁴

COMPONENTES DE LA CATEGORIA DIAGNOSTICA

1. - **Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica):** Proporciona un nombre para el diagnóstico propuesto. Ofrece una descripción del estado (real o potencial) de la salud del individuo.
2. - **Definición:** Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. - **Características definitorias:** Son las evidencias clínicas que describen una serie de conductas o signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.

❖ Crítica; cuando debe estar presente para poder formular el diagnóstico

¹⁴ CARPENITO L. J. “Diagnóstico de enfermería”, Ed. MaGRAW-HILL INTERAMERICA, 5ª edición 1995 Madrid, pp. 3-27

- ❖ Mayor, cuando aparece entre el 80 y el 100% de los casos en que existe diagnóstico.
- ❖ Menor, puede estar presente o no. Aparece entre el 50 y el 79 % de las ocasiones. Son indicadores de soporte que , si existen, completa la imagen clínica y aumenta la confianza de la persona que formula el diagnóstico.

4. - Etiología (Factores relacionados o de riesgo): Son aquellas situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema y se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- o F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa .
- o F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- o F. de Maduración: paternidad / maternidad, adolescencia etc.

La NANDA utiliza el término **factor relacionado** para describir la etiología o la causa probable del diagnóstico de enfermería reales. El término **factor de riesgo** se utiliza para describir la etiología de diagnóstico de enfermería de riesgo (potenciales), por que no hay signos subjetivos ni objetivos.

Los siguientes ejemplos, tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

1. **Diagnóstico de bienestar:** potencial para favorecer la paternidad.
2. **Diagnóstico de alto riesgo:** alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades domésticas, dieta y medicamentos.
3. **Diagnóstico posible:** posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.
4. **Diagnóstico real:** alteración de la nutrición por defecto, relacionado con anorexia, manifestado por cambios en el gusto, náuseas / vómitos persistentes, y aumento del índice metabólico.¹⁵

FORMULACION DE ENUNCIADOS DIAGNOSTICOS

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA, previamente identificado por el profesional de enfermería.

Al describir el estado de salud de un cliente o grupo, los enunciados diagnósticos pueden tener una, dos o tres partes

1. Enunciados de una parte: contienen sólo la denominación diagnóstica, como en los diagnósticos de enfermería de salud y de síndrome.

Diagnóstico de enfermería de salud, **por ejemplo:** Potencial de favorecer la paternidad / maternidad y Potencial de favorecer la nutrición.

Diagnóstico de enfermería de síndrome, **por ejemplo:** Síndrome de desuso y síndrome traumático de violación.

¹⁵ B. Kozier, et al, Op Cit. Pp. 117-119.

2. Enunciados de dos partes: contienen la denominación y los factores que han contribuido o pueden contribuir a un cambio en el estado de salud, como en los diagnósticos posibles y de alto riesgo.

Diagnósticos de enfermería de alto riesgo, **por ejemplo:** Alto riesgo de lesión relacionado con una falta de conocimientos de los riesgos.

Diagnósticos de en enfermería posibles, **por ejemplo:** Posible trastorno de la imagen corporal relacionado con informes del cónyuge sobre conductas de aislamiento posquirúrgicos.

3. Enunciado de tres partes: comprende el problema, la etiología y los signos y síntomas, es el enunciado básico del diagnóstico enfermero en tres partes se denomina **formato PES** y consta de los componentes:

1. - Problema **(P)**: Enunciado de la respuesta humana.
2. -Etiología **(E)**: Factores que contribuyen a la respuesta o que son causa probable de ella.
3. - Signos y Síntomas **(S)**: Características definitorias manifestadas por el paciente.

En el caso del diagnóstico enfermero real “ se aconseja un formato en tres partes “.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras **RELACIONADO CON**, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras **MANIFESTADO POR**.

EJEMPLO:

Problema	Relacionado con	Etiología	Manifestado por	Signos y Síntomas
Trastorno de la autoestima	r/c	rechazo por parte del marido.	m/p	hipersensibilidad a la crítica: afirma “no se si podre arreglármelas yo sola” y rechaza el refuerzo positivo. ¹⁶

¹⁶ CARPENITO L. J., Op. Cit. Pp. 27-28

DIFERENCIA ENTRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICO MEDICO

Mientras que el diagnóstico enfermero es un enunciado del juicio de la enfermera y se refiere a un problema que el personal de enfermería está autorizado a tratar, un diagnóstico médico es emitido y se refiere a un problema que sólo un médico puede tratar.

Diagnóstico de enfermería	Diagnóstico médico
Describe una respuesta humana a los problemas de salud.	Describe una situación patológica o de enfermedad.
Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.	Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente.
Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería.	Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica.
La mayoría de las veces tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención.	La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.	Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

En la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o, cuando esto no es posible, en el control de los signos y síntomas. Los profesionales de enfermería, por el contrario, dirigen su atención a la identificación de las respuestas del sujeto de atención a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

DISTINCION ENTRE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Los problemas interdependientes son un tipo de problemas potenciales,. Sin embargo, las intervenciones se concentran sobre todo en vigilar el estado del cliente y prevenir el desarrollo de complicaciones. El tratamiento definitivo del problema exige tanto intervenciones médicas como de enfermería.

Los problemas interdependientes tienden a estar presentes en cualquier momento en el que lo esté una determinada enfermedad o tratamiento. Los diagnósticos enfermeros se refieren a respuestas humanas que varían mucho de unas personas a otras.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA PERMITE CATEGORIZAR ACTIVIDADES EN TRES FUNCIONES

- ❖ **Funciones independientes:** las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.
- ❖ **Funciones dependientes:** aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- ❖ **Funciones interdependientes:** son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud. Estos problemas se describirán como problemas interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

DIRECTRICES PARA LA REDACCION DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. Enunciarlo en términos de un problema, no de una necesidad.

Enunciado correcto:

Déficit de volumen de líquidos (problema), relacionado con fiebre.

Enunciado incorrecto:

Reposición de líquidos(necesidad) en relacionado con fiebre.

2. Enunciarlo de forma aconsejable desde le punto de vista legal.

Enunciado correcto:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad (legalmente aceptable).

Enunciado incorrecto:

Deterioro de la integridad de la piel en relación con una colocación inadecuada(supone responsabilidad legal).

3. No realizar juicios de valor.

Enunciado correcto:

Sufrimiento Espiritual relacionado con imposibilidad de acudir a los servicios religiosos secundario a inmovilidad (no valorativo).

Enunciado incorrecto:

Sufrimiento espiritual en relación con reglas estrictas que hacen necesaria la asistencia la iglesia (valorativo).

4. Asegurarse de que las parte del enunciado no dicen lo mismo.

Enunciado correcto:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad.

Enunciado incorrecto:

Deterioro de la integridad de la piel en relación con ulceración de la zona sacra “ la respuesta de la causa probable son la misma”.

5. Asegurarse de que la respuesta del paciente precede al factor contributivo o causal.

Enunciado correcto:

Incumplimiento del tratamiento (respuesta) relacionado con falta de conocimientos (factor contributivo).

Enunciado incorrecto:

Déficit de conocimientos (factor contributivo) en relación con incumplimiento de la dieta

6. Utilizar enunciados que orienten para planificar intervenciones de enfermería independientes.

Enunciado correcto:

Incumplimiento del tratamiento (respuesta) relacionado con falta conocimientos (factor contributivo).

Enunciado incorrecto:

Déficit de conocimientos (factor contributivo) en relación con incumplimiento de la dieta (respuesta).

7. Expresarse con palabras específicas y precisas para orientar la planificación de la intervención enfermera.

Enunciado correcto:

Alteración de la mucosa oral relaciona con disminución de la salivación secundaria a irradiación del cuello (específico).

Enunciado incorrecto:

Mucosa oral alterada en relación con agente nocivo.

8. Utilizar terminología de enfermería, no de medicina para describir la respuesta del paciente.

Enunciado correcto:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas “terminología de enfermería”.

Enunciado incorrecto:

Alto riesgo de neumonía (terminología médica).

9. Utilizar terminología de enfermería no de medicina, para describir la causa probable de la respuesta del paciente.

Enunciado correcto:

Limpieza ineficaz de las vía aéreas relacionado con la acumulación de secreciones en los pulmones(terminología de enfermería).

Enunciado incorrecto:

Alto riesgo de limpieza ineficaz de las vías respiratorias en relación con enfisema (terminología médica).

- 10.No iniciar el diagnostico enfermero con una intervención de enfermería.

Enunciado correcto:

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con una ingesta insuficiente de proteínas (guía, pero no enuncia una intervención de enfermería).

Enunciado incorrecto:

Aportar una dieta rica en proteínas porque existe Alto riesgo de alteración de la nutrición (empieza por una intervención de enfermería).

- 11.No considerar un síntoma, por ejemplo las nauseas, como el problema. Un síntoma no es representativo de un patrón; es preciso recoger mas datos.

Enunciado correcto:

Datos insuficiente para el diagnóstico.

Enunciado incorrecto:

Nauseas en relación con fármacos.

- 12.Utilizar términos comprensibles en general por otros profesionales, no emplear abreviaturas.

Enunciado correcto:

Déficit de autocuidado: higiene relacionado con incapacidad para levantarse de la cama sin ayuda.

Enunciado incorrecto:

Déficit de autocuidado: higiene /baño relacionado para LC si ayuda.

- 13.Enunciar diagnóstico de forma concisa. (Utilizar las etiquetas de la NANDA)

Enunciado correcto:

Trasto de la autoestima relacionado con factores complejos.

Enunciado incorrecto:

Trasto de autoestima en relación con sentimientos duraderos de fracaso, agravados por haber sido rechazado recientemente, según se manifiesta por ser hipersensible a la crítica, afirma “no sé si podré arreglármelas yo solo”, rechazar e refuerzo positivo y no establecer contacto ocular.

14. Asegurase de que se anuncia correctamente la causa y el efecto es decir, la etiología causa el problema o colocar al paciente en situación de riesgo de padecerlo).

Enunciado correcto: Dolor. Cefalea intensa relacionado con temor a la adicción a los analgésicos.

Enunciado incorrecto: Dolor en relación con la cefalea intensa.

15. Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" en lugar de "debido a" o "causado por".

VENTAJAS AL REDACTAR UN BUEN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada
2. Facilita la comunicación profesional
3. Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención
4. Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

VENTAJAS DE UTILIZAR LA TERMINOLOGIA DIAGNOSTICA ESTANDARIZADA

Diagnosticar es ahora un estándar por el que se mide la atención profesional. Una taxonomía uniforme de etiquetas diagnósticas puede beneficiar tanto a la profesión de enfermería como a los consumidores de atención sanitaria en los aspectos siguientes:

- ❖ Él diagnóstico enfermero favorece la responsabilidad y la autonomía profesional al definir y describir el área independiente de la práctica

- ❖ El diagnóstico enfermero proporciona comunicación entre enfermeras y otros profesionales sanitarios.
- ❖ Los diagnósticos enfermeros brindan un principio organizado para elaborar investigaciones significativas.
- ❖ Los diagnósticos enfermeros facilitan la atención individualizada.
- ❖ Los diagnósticos enfermeros favorecen una asistencia de calidad.
- ❖ Los diagnósticos enfermeros facilitan la continuidad de los cuidados entre enfermeras de una institución y cuando un paciente es transferido.¹⁷

¹⁷ B. Kozier, et al, Op. Cit. Pp. 120-135

6.3. ETAPA DE PLANEACION

DEFINICIONES:

- ❖ **Planear:** Significa un plan de acción.
- ❖ En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.¹⁸
- ❖ Es la tercera etapa del proceso enfermero en que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “ la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”.¹⁹

TIPOS DE PLANIFICACION

La planificación se inicia con el primer contacto con el cliente y prosigue hasta que la relación enfermera-cliente termina.

Planificación inicial: Por lo general, es la enfermera que realiza la valoración de ingreso la que desarrolla el plan inicial y general de cuidados. La planificación debe iniciarse lo antes posible después de la valoración inicial, sobre todo la tendencia a acortar las estancias en los hospitales.

Planificación continua: La realizan todas las enfermeras que trabajan con el paciente. A medida que obtiene nueva información y evalúa las respuestas del cliente a los cuidados, pueden individualizar más el plan inicial de cuidados. También se lleva a cabo al iniciarse el turno, cuando la enfermera planifica los cuidados que deben prestarse ese día. Las enfermeras trazan el plan diario con los objetivos siguientes:

¹⁸ B. Kozier, et al, Op. Cit. Pp. 140

¹⁹ RODRÍGUEZ S. Bertha A. Op. Cit. P. 73

1. Determinan si el estado de salud del cliente ha cambiado durante el turno.
2. Establecer las prioridades en el plan de cuidados del cliente durante el turno.
3. Decidir en qué problemas concertarse durante el turno.
4. Coordinar las actividades de la enfermera para que pueda abordar más de un problema en cada contacto con el paciente.

Planificación de alta: Dado que la estancia media de los pacientes en hospitales para algunos se ha cortado, a veces se da el alta a personas que siguen necesitando cuidados. El proceso de prever y planificar las necesidades del cliente al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud. Una planificación eficaz de la alta comienza en el momento del ingreso. También deben evaluarse, la considerar las necesidades del alta, los recursos del cliente, su familia y la comunidad.

ETAPAS DE LA PLANIFICACION

El proceso de planificación comprende las siguientes actividades:

- a) Establecer prioridades.
- b) Establecer los objetivos del cliente / criterios de resultados
- c) Seleccionar las estrategias de enfermería.
- d) Desarrollar planes de cuidados de enfermería.

A) ESTABLECER PRIORIDADES

Es el proceso por el que se determinan un orden de preferencias para las estrategias de enfermería. La enfermera y el cliente empiezan a planificar decidiendo que diagnóstico enfermero es el primero en necesitar atención, cual es el segundo y así sucesivamente, planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, de tal forma que la no-realización de este requisito puede conducirnos a errores y a

pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

B) ESTABLECER LOS OBJETIVOS DEL CLIENTE / CRITERIOS DE RESULTADO.

Tras asignar las prioridades, la enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico enfermero. Un **objetivo** es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseadas. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero.

Algunos Textos de enfermería distinguen entre *objetivos*, que seria enunciados amplios acerca de los efectos de las intervenciones de enfermería, a corto y largo plazo y los *criterios de resultados*, considerados como los criterios mensurables y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Por ejemplo:

Objetivo (general): el estado nutricional mejorará.

Criterios de resultado(específico): habrá engordado 2.3 Kg para el 25 de abril.

Normas generales para la descripción de objetivos

- ❖ Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- ❖ Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- ❖ Elaborar objetivos cortos.
- ❖ Hacer específicos los objetivos.
- ❖ Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- ❖ Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERIA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- ❖ A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- ❖ A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- ❖ A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- ❖ **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos. Ejemplo: El paciente levantará el brazo derecho hasta el hombro el viernes.
- ❖ **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- ❖ **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Ejemplo: El paciente recuperará la funcionalidad plena del brazo derecho en 6 semanas.

Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE / PACIENTE

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera(o). Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- ❖ Deben ser alcanzables.
- ❖ Deben ser mensurables, del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber.
- ❖ Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, **Ejemplo:** el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

COMPONENTES DE LOS ENUNCIADOS DE OBJETIVOS / CRITERIO DE RESULTADOS.

Consta de cuatro componentes siguientes:

1. **Sujeto:** un sustantivo, es el paciente, cualquiera parte del paciente o algún atributo del mismo, como el pulso o la producción de orina.
2. **Verbo:** denota la acción que el paciente debe realizar, ejemplo, lo que ha de hacer, aprender o experimentar. Se emplean verbos de conducta observables directamente, como administrar, demostrar, mostrar caminar.

3. **Condiciones o puntualizaciones:** pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente. Explica el qué, el dónde, el cuándo o el cómo.
4. **Criterio de resultado esperado:** indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el paciente llevará a cabo la conducta específica. Estos criterios pueden concentra el tiempo o la rapidez, la precisión, la distancia y la calidad. Ejemplo: pesa 75 Kg. en el mes de abril (tiempo), cita cinco de seis signos de diabetes(precisión), camina una manzana de casa al día (tiempo y distancias), se administra insulina siguiendo una técnica aséptica (calidad).

C) ESTRATEGIAS DE ENFERMERIA

1. Las estrategias o intervenciones son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnóstico enfermero específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del cliente. Las intervenciones deben centrarse en eliminar o reducir la etiología (causa) del diagnóstico enfermero.
2. Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones localizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones

especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

- ❖ **Para un Diagnóstico enfermero real**, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- ❖ **Para un Diagnóstico enfermero de alto riesgo** las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- ❖ **En el caso de diagnóstico enfermero potencial**, las intervenciones deben centrarse en medidas para reducir los factores de riesgo del cliente y /o signos o síntomas.

CRITERIOS PARA ELEGIR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La enfermera elige aquellas que pueden ser más eficaces. Acciones planificadas:

1. Segura y adecuada para la edad, la salud, del individuo.
2. Alcanzable con los recursos de los que se dispone.
3. Congruente con los valores y creencias del cliente.
4. Congruente con otros tratamientos.
5. Basada en los conocimientos y la experiencia de enfermería (provista de fundamentación científica).
6. Respetuosa de los estándares de cuidados establecidos, según determinadas las leyes estatales, las asociaciones profesionales y las normas de actuación del centro. Las enfermeras deben conocer las

leyes de aquel en que están trabajando y mantener al tanto de las modificaciones.

TIPO DE ESTRATEGIAS O INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas y médicos.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a sus conocimientos y habilidades, actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica intervenciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- ❖ Promoción de la salud.
- ❖ Prevenir las enfermedades.
- ❖ Restablecer la salud.
- ❖ Rehabilitación.
- ❖ Acompañamiento en los estados agónicos.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- ❖ Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- ❖ Promover mayor nivel de bienestar.
- ❖ Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- ❖ Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- ❖ Prevenir que se produzca el problema.
- ❖ Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- ❖ Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar o salud:

- ❖ Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- ❖ Controlar los cambios de estado del paciente.
- ❖ Manejar los cambios de estado de salud.
- ❖ Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

Acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- ❖ Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema / diagnósticos de enfermería.
- ❖ Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.

- ❖ aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- ❖ Consulta y remisión a otros profesionales.
- ❖ Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- ❖ Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- ❖ Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- ❖ Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- ❖ Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico por ejemplo: Lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos: el término orden conlleva un sentido de responsabilizada para la enfermera que emite y la que la cumple.

Fecha. Las órdenes de enfermería se fecha en el momento de escribirse y se revisan a intervalos regulares que dependen de las necesidades del individuo.

Verbo de acción. El verbo inicial la orden y debe ser preciso. Por ejemplo: “explicar (al paciente) las acciones de la insulina” es un enunciado más preciso que “instruir (al paciente) sobre la insulina.

Área de contenido. Es el dónde y el que de la orden.

Elemento tiempo. Responde al cuándo, durante cuánto tiempo o conque frecuencia debe producirse la intervención de enfermería. Ejemplo: “ayudar al cliente a bañarse en la bañera todos los días a las 07:00 horas”.

D) DESARROLLO DE LOS PLANES DE ENFERMERIA

- ❖ El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente / cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".
- ❖ También conocido como plan de cuidados del paciente, es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- ❖ Los cuidados individualizados
- ❖ La continuidad de los cuidados
- ❖ La comunicación
- ❖ La evaluación.

Para la actualización, hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

DOCUMENTACION DEL PLAN DE CUIDADOS

- ❖ Es el registro que la enfermera(o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.
- ❖ Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

Individualizado: cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera (o) procede a escribir el diagnóstico enfermero, los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería. En caso de que estén impresos y respondan a problemas específicos, dejar espacios en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del cliente.

Computarizado: se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite los planes de cuidados respectivos.²⁰

²⁰ B. Kozier, et al, Op Cit. Pp. 141-159

6.4. ETAPA DE EJECUCION

- ❖ Es la cuarta fase del proceso enfermero, en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, continua recogiendo datos y registra los cuidados proporcionados. Globalmente definida, la ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluyen la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.²¹
- ❖ Es la cuarta esta del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada ²²

PASOS DE LA EJECUCION

- ❖ Preparación
- ❖ Intervención
- ❖ Documentación

²¹ B. Kozier, etal, Op Cit. P.162

²² Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

¿EN QUE COSISTE LA PREPARACION?

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

- 1.Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria”, haciéndose necesaria la revaloración.
- 2.Analizar y estar seguros de que se tiene los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.
- 3.Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- 4.Reunir el material y equipo necesario para llevar acabo cada intervención.
- 5.Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- 6.Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “ los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta”.

¿CUÁNDO INICIA LA INTERVENCIÓN?

Se llevan acabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que influye: La valoración, “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar la capacidad físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

DOCUMENTACION

Es el registro que realiza la enfermera(o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Características en los registros que son. Fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre / firma de la enfermera (o) . Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.²³

HABILIDADES DE EJECUCION

HABILIDADES COGNITIVAS: (habilidades intelectuales) incluye la solución de problemas, la toma de decisiones, el razonamiento crítico y el pensamiento creativo.

HABILIDADES INTERPERSONALES: Son todas las actividades que la persona utiliza al comunicarse directamente con otras. Incluye actividades verbales y no verbales. La eficacia de una acción de enfermería depende de la capacidad de la enfermera para comunicarse con los demás. Una enfermera(o) que delega una acción de enfermería ha de ser comprendida.

Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería: cuidar, acomodar, consultar, aconsejar y apoyar. Incluyen conocimientos transmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales del cliente y de su estilo de vida.

HABILIDADES TECNICAS: Son habilidades “manuales”, como la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes, canalización de vena, movilizar y levantar y colocar a los clientes.

²³ RODRÍGUEZ S. Bertha A. Op. Cit. P. 89-90

PROCESO DE EJECUCION

- ❖ Una nueva valoración del cliente.
- ❖ Determinar las necesidades de cuidados de enfermería.
- ❖ Ejecutar las estrategias de enfermería
- ❖ Comunicar las acciones de enfermería.

DIRECTRICES PARA LA EJECUCION DE ESTRATEGIAS DE ENFERMERIA

- ❖ La actuación de enfermería deben basarse en conocimientos científicos, en la investigación de enfermería y las directrices profesionales de cuidados.
- ❖ Las enfermeras deben comprender claramente las órdenes que se van a ejecutar y cuestionar cualquiera que no se entiende.
- ❖ Las actuaciones de enfermería deben adaptarse a cada cliente. Creencias, valores, edad, estado de salud y ambiente del cliente son factores que pueden afectar al éxito de una actuación de enfermería.
- ❖ Las actuaciones de enfermería deben siempre ser seguras. Por ejemplo, al cambiar un apósito estéril, la enfermera aplica una técnica estéril para evitar infecciones.
- ❖ Las actuaciones de enfermería suelen requerir instrucción, apoyo y confort.
- ❖ Las actuaciones de enfermería deben ser holísticas. La enfermera(o) deben siempre ver al cliente de forma global y considerar las respuestas del cliente.
- ❖ Las actuaciones de enfermería deben respetar la dignidad del cliente y potenciar su autoestima.
- ❖ Se debe animar a los clientes para que participen activamente en la ejecución de las actuaciones de enfermería.²⁴

²⁴ B. Kozier, et al, Op Cit. P.P.164-166.

6.5. ETAPA DE EVALUACION

- ❖ Evaluar es juzgar o estimar. La Evaluación es la quinta y ultima fase del proceso enfermero. La evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan:1)El progreso del cliente referido a la consecución de objetivos.2)La eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es una parte muy importante del proceso enfermero , ya que las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o cambiarse.²⁵
- ❖ Este es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.²⁶
- ❖ Es la ultima etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- 1.¿ La valoración estuvo completa y la información fue valida?
- 2.¿El razonamiento diagnostico fue correcto?
- 3.¿la formulación de diagnóstico enfermero y problemas interdependientes fue acertada?

²⁵ B. Kozier, etal, Ibíd., P. 166.

²⁶ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. Ed. McGraw-Hill, 2° edición, México 1983, P. 32.

4.¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?

5.¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación en el proceso de enfermería es útil para: determinar el logro de los objetivos; Identificar las variables que afectan, es decir hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera(o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. En forma conjunta a enfermera y el cliente deben determinar el progreso o falta de progreso hacia la realización de sus metas; Identificando obstáculos y estrategias.²⁷

TIPOS DE EVALUACION

Evaluación continua: Se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería, y permite a la enfermera realizar modificaciones en una intervención.

Evaluación intermitente: realizada a intervalos determinados (ejemplo: una vez a la semana), muestra el grado de progreso hacia la consecución de objetivos y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia y modificar el plan de cuidados en función a las necesidades. La evaluación se mantiene hasta que el cliente alcanza los objetivos de salud o es dado de alta de la atención de enfermería.

²⁷ RODRÍGUEZ S. Bertha A. Op. Cit. P. 93

Evaluación final: indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta. Incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a atención de seguimiento.

EVALUACION DE LAS RESPUESTAS DEL CLIENTE

- ❖ Identificación de los resultados esperados.
- ❖ Obtención de datos relacionados con la evolución esperada.
- ❖ Enjuiciamiento de la consecución de objetivos.
- ❖ Relacionar las acciones de enfermería con la evolución.
- ❖ Obtener conclusiones sobre el estado del problema
- ❖ Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.²⁸

LA EVALUACION CONSTA DE TRES PARTES:

1. **La evaluación del logro de objetivos.** Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de **dos formas**. La *primera* un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La *segunda* es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del cliente se resolvió, enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

²⁸ B. Kozier, et al, Op. Cit, Pp. 166-168.

2. **La revaloración del plan.** Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el cliente. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.
3. **La satisfacción del cliente de atención.** Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el cliente de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. Es importante conocer su apreciación, y discutirla con él.²⁹

²⁹ Atkinson L. Murria. Op. Cit. P. 32

VII. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

ANTECEDENTES PERSONALES

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Henderson estudio en Virginia. Se graduó en la Army School of Nursing en 1921 y se especializó como enfermera docente.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la Primera Guerra Mundial. En 1922, Hederson empezó a dar clases de enfermería en Norfolk Prostetant Hospital de Virginia. En 1929, Trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong al Teachers Colle como profesora en 1930.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y investigadora rescribió la cuarta edición del libro de Berta Harmer 1939 Textrook of the principle and parctice of nursing. La quinta edición de este libro de texto fue publicada En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”.

En la convención de la America Nurses Association (ANA) de 1988, recibió una mención honorífica especial por sus contribuciones a la investigación, la educación y la profesionalización de la enfermería.

La última vez que Henderson reviso su definición de enfermería fue en 1966, aunque continuo escribiendo y reflexionado sobre la practica enfermera durante toda su vida. En 1991, afirmo que el cuidado del paciente era el elemento esencial del servicio enfermero. Henderson cuestiono la práctica de la enfermera y el uso del proceso enfermero. Puso énfasis en la valoración continua de las necesidades del paciente a medida que el estado del paciente y los objetivos cambian. La investigación en enfermería es esencial para la práctica en la era de los avances tecnológicos

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continua influyendo en la practica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

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

LOS ELEMENTOS MAS IMPORTANTES DE SU TEORIA SON:

- ❖ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ❖ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ❖ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ❖ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero

cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos:

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio.

- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

DEFINICION DE HENDERSON DE LOS 4 CONCEPTOS BASICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERIA:

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

PERSONA (PACIENTE): Consideraba que el paciente era un individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz , la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana .

ENTORNO: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad para proporcionar cuidados. La salud puede verse afectada por factores: **Físicos:** aire, temperatura, sol y **Personales:** edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

SALUD: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda, Afirmaba: Es más importante la calidad de la salud que la vida en si misma, es ese margen de energía mental / física que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Utiliza salud como sinónimo de independencia.

NECESIDADES: No existe ninguna definición específica de necesidad, pero Henderson identifico 14 **necesidades humanas básicas del** paciente que integran los elementos del cuidado enfermero. Estas necesidades son:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Moverse y mantenerse en una postura adecuada.
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal, dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.(Ejercer culto a Dios, acorde con la religión).
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14. Estudiar(aprender), descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud y los recursos disponibles.

DIMENSIONES QUE PUEDEN MODIFICAR LA MANIFESTACIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE CADA UNA DE LAS NECESIDADES



Enfermería

- ❖ La función principal de la enfermera es la de ayudas a los individuos sanos o enfermos.
- ❖ La enfermera forma parte del equipo de salud.
- ❖ El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con él cuando este atiende al paciente. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar al individuo si la situación lo requiere.
- ❖ Las enfermeras deben poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.
- ❖ La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- ❖ Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermera.

Persona (paciente)

- ❖ La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.

- ❖ La mente y el cuerpo de una persona son indispensables.
- ❖ El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- ❖ El paciente y su familia son una unidad.
- ❖ Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.

Salud

- ❖ La salud es la calidad de vida
- ❖ La salud es esencial para el funcionamiento humano.
- ❖ La salud precisa independencia e interdependencia.
- ❖ La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- ❖ Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno

- ❖ Los individuos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- ❖ Las enfermeras deben recibir enseñanza sobre seguridad.
- ❖ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- ❖ Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.
- ❖ Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de éstas.

AFIRMACIONES TEORICAS

La relación enfermera-paciente

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de

enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: Como sustituta, como ayuda o como compañera.

- ❖ **Sustituta:** Compensa lo que le falta al paciente.
- ❖ **Ayudante:** Establece las intervenciones clínicas.
- ❖ **Compañera:** Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Durante las situaciones de convalecía, la enfermera ayuda a los pacientes a adquirir su independencia o a recuperarla. Henderson afirmó “la independencia es un término relativo. Todos dependemos de los demás, pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y evitar una dependencia enfermiza”.

Como colaboradoras, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados. Independientemente del diagnóstico, existen unas necesidades básicas, pero varían según su patología y sus características como la edad, el carácter y las capacidades físicas e intelectuales.

Henderson señaló que “toda enfermera debe ponerse en el lugar de todos sus pacientes para saber cuáles son sus necesidades”.

La enfermera y el paciente siempre trabajan para conseguir un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Otro objetivo es debe mantener la rutina diaria del paciente tan normal como sea posible. La promoción de la salud es otro objetivo importante de enfermería. Henderson afirmó: es más provechoso enseñar a la gente a llevar una vida sana que preparar a los mejores terapeutas para que atiendan a los enfermos”.

La relación enfermera-médico

Henderson insistió en que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico. Henderson puso énfasis en que las enfermeras no debían seguir las órdenes del médico, ya que la enfermera cuestiona una filosofía que permite a un médico dar órdenes a pacientes y a otros profesionales sanitarios. Además recalco que las enfermeras ayudan a los pacientes en los problemas de salud cuando el médico no está disponible.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud. Todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, pero no deben intercambiar tareas. Henderson afirmó: Ningún miembro del equipo deberá hacer una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que éste no pueda realizarse sus propias tareas.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería basándose en las catorce necesidades humanas básicas.

CAUSAS DE DEPENDENCIA

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surge una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad. Son en sí misma una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel. Por ejemplo, la ineptitud de una persona para proteger sus tegumentos puede conducir a que se produzcan manchas rojas o llagas, que manifiestan su dependencia frente a esa necesidad.

Una alimentación inadecuada origina con frecuencia trastornos gastrointestinales o problemas de obesidad. La falta de habilidad del cliente para moverse o la incapacidad para comunicarse produce también manifestaciones de dependencia que pueden adoptar la forma de aislamiento social.

INDEPENDENCIA- DEPENDENCIA

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que *el cliente recurre a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.*

SEIS NIVELE ENTRE LA INDEPENDENCIA Y LA DEPENDENCIA

1. El cliente es independiente si responde por sí misma sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza sin ayuda, y de forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, prótesis dental) y, de este modo, logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y controlar si lo hace bien.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.

5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llegar a ser completamente dependiente cuando ha, de ponerse totalmente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por si mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

La dependencia se manifiesta en el cliente pro medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo.

Cuando el cliente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente, y el rol de la enfermera, en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones.

Si, a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento en permanente o crónica.³⁰

³⁰ TOMEY Anna Marriner, etal, Modelos y teorías en enfermería, Ed. Elsevier, 5ª edición 2003, Pp. 98-107.

VIII. CANCER DE MAMA

ANTECEDENTES

El cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo. En casi toda Europa y en Norteamérica, Austria y Nueva Zelanda, el cáncer mamario es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y principal causa de mortalidad entre los 35 y los 54 años de edad. Su incidencia mundial está aumentando por razones que aún no se ha determina, y se predice que para el año 2000 se observará con tanta frecuencia en los países industrializados como en los no desarrollados.

Las nuevas tecnologías de genética molecular han ayudado a localizar dos genes que transmiten susceptibilidad para este tipo de cáncer, el BRCA1 y BRCA2. Los investigadores siguen estudiando para comprender mejor sus efectos en el comienzo, desarrollo del cáncer mamario y su importancia como variables en el pronóstico. En 1992 se inicio un estudio clínico aleatorio en múltiples instituciones para valorar el efecto del tamoxifeno en la prevención del cáncer en 16,000 mujeres de alto riesgo.

El futuro de la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, esta lleno de desafíos clínicos, social y económicos.

La detección precoz continua siendo la clave para controlar el cáncer de mama. La mamografía sigue siendo la principal forma de detectarse la enfermedad antes de que pueda detectarse clínicamente.

El impacto psicosocial, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer mamario en la mujer o familia siguen siendo una de las responsabilidades clínicas y de investigación más importantes de la Enfermería, sobre todo en campos tan desafiantes como la diversidad socioeconómica y étnica, la población en envejecimiento y el embarazo después de sufrir esta enfermedad. También son vitales para educar al público, la enseñanza del autoexamen de mama (AEM) y

directrices para las mamografías y los exámenes médicos, así como transmitir el mensaje de que la detección precoz ofrece esperanzas de curación.³¹

PRONOSTICO DE LA AFECTACION GANGLIONAR

Número de ganglios	Recurrencia metastásica
1-3	50-60%
4-10	75-85%
más de 10	pronóstico peor.

EPIDEMIOLOGIA

- ❖ El cáncer de mama es multifactorial. En 255 de los casos de cáncer están asociados con factores de riesgo conocidos. La incidencia de cáncer de mama se presenta en mujeres de 50 a 59 años, mujeres premenopáusicas de 45 a 49 años.
- ❖ La tasa de supervivencia a los 5 años para cáncer de mama localizado es del 85% para las mujeres de raza blanca y 79% para raza negra. El cáncer de mama es la causa principal de muerte entre las mujeres de 25 a 54 años de edad.³²
- ❖ Proporción mujeres: Hombres es de 150:1.³³
- ❖ La detección precoz, cuando el tumor no está extendido ni ha evolucionado, hace que el porcentaje de curación se eleve casi al 90%.
- ❖ La terapia hormonal de sustitución, principalmente en dosis altas y en tratamientos prolongados, produciría un ligero aumento de la incidencia de cáncer de Mama (pero hay que considerar sus efectos sobre la calidad de vida y los efectos protectores sobre el hueso y el corazón)
- ❖ La exposición a radiación en mujeres menor de 30 años (ya sea por múltiples radiografías) aumenta sustancialmente el riesgo de cáncer

³¹ OTTO E. Shirley, “Enfermería Oncológica”, Ed. HARCOURT BRACE, 3º Edición 1999, P. 83.

³² STROHL Roberta, etal, “Enfermería y cáncer 1”, Capítulo 5. Ed. Harcourt Brace, 1ª edición España, P. 69.

³³ www.escuela.med.puc.cl/alumnos.

mamario. Después de los 30 años la exposición a radiación no modifica el riesgo de cáncer de Mama.³⁴

- ❖ En general, la incidencia de cáncer mamario en las mujeres ha aumentado en cerca del 2% anual desde 1980. Esto puede obedecer a un mayor acceso a los programas de detección precoz.
- ❖ En las tasas de mortalidad no ha sufrido modificaciones durante los últimos 50 años, a pesar de las mejoras en el tratamiento y detección precoz. No obstante, parece que la mortalidad está disminuyendo en todo el mundo.
- ❖ La incidencia de carcinoma invasor ha disminuido, acompañado disminución en la mortalidad. Las razones para esta disminución no se conoce, pero puede involucrar tanto al uso más amplio de la mamografía así como a las mejoras en la hormonoterapia adyuvante y quimioterapia.³⁵

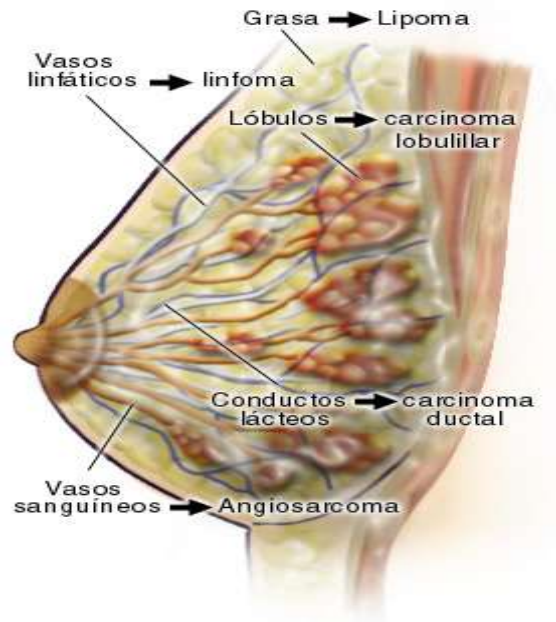
QUE ES EL CANCER DE MAMA

- ❖ **Genética:** El cáncer de Mama es una enfermedad clonal, es decir, una única célula es transformada como resultado de una serie de mutaciones somáticas (adquiridas) o de la línea germinal (heredadas). Ésta célula transformada es capaz de expresar todo el potencial maligno en una serie de sucesos en forma secuencial y aleatoria. Por esto, el Cáncer de Mama puede existir durante largo tiempo como forma no invasora o no metastásica (por eso la importancia del diagnóstico precoz).³⁶
- ❖ Es una enfermedad maligna producida por la división y crecimiento descontrolado de las células que forman alguna de sus estructuras. Poseen capacidad para invadir los tejidos sanos de alrededor y otros órganos a distancia.

³⁴ www.elmundosalud.es/especiales/cancer/mama.html

³⁵ OTTO E. Shirley, Op. Cit. P.p.83-84

³⁶ www.escuela.med. Op. Cit.



Los cánceres de mama se desarrollan fundamentalmente en dos estructuras que son los conductos galactóforos y los lobulillos mamarios, dando lugar a dos grandes tipos de cáncer de mama:

Carcinoma ductal: Se origina en las células que revisten los conductos galactóforos (conductos por donde circula la leche hacia el pezón). Es el tipo más frecuente representando el 90% de los cánceres de mama.

Carcinoma lobulillar: se origina en las células de los lobulillos mamarios donde se produce la leche.

LOS HOMBRES PUEDEN DESARROLLAR CANCER DE SENO

Sí. Los hombres no tienen senos grandes, pero cuentan con todos los componentes que conforman un seno normal en pequeñas cantidades. De cualquiera de ellos puede surgir un cáncer, aunque se calcula que tan sólo 1% de los cánceres de seno ocurre en hombres.³⁷

³⁷ www.elmundosalud.

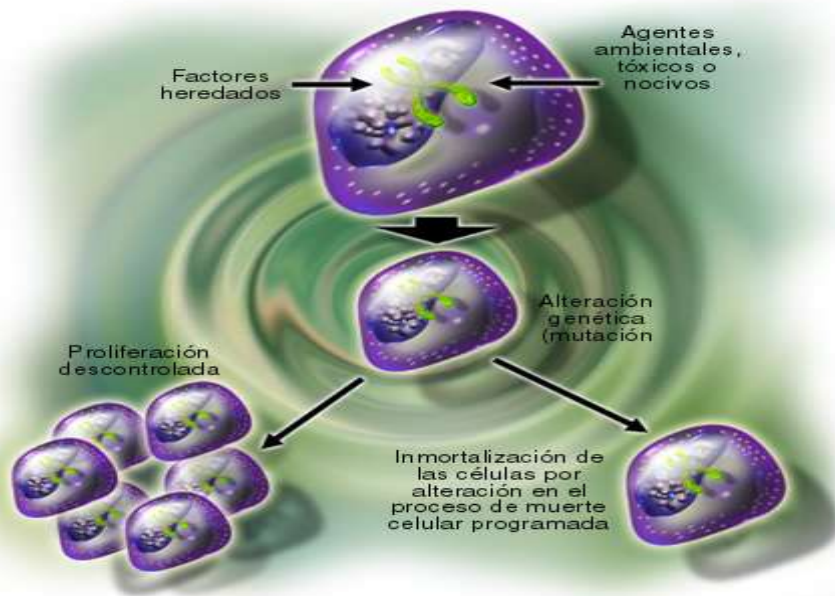
ETIOLOGIA

Las investigaciones han demostrado que no existe una causa específica para el desarrollo de cáncer de mama. Mas bien para que ocurra contribuyen una serie de eventos genéticos y hormonales. Estas alteraciones genéticas incluyen cambios o mutaciones de los genes normales. Las hormonas producidas por los ovarios desempeñan una función importante en el cáncer mamario. Son dos las hormonas ováricas (estradiol y progesterona) que se encuentran alteradas en el ambiente celular por una variedad de motivos, lo cual puede afectar los factores de crecimiento para el cáncer mamario.³⁸

El cáncer de mama, como la mayoría de los tumores malignos, resulta de la acumulación de trastornos genéticos que producen cambios en las células, haciéndolas capaces de proliferar y diferenciarse de manera autónoma, además hacerlas inmortales, pues las células normales están programadas para morir al cabo de un tiempo determinado, proceso que se llama muerte celular programada o apoptosis y que se ve postergado por los trastornos genéticos causantes de cáncer. Células con estas características se multiplican indefinidamente, de manera desordenada, generando un tumor.

Como se dijo antes, las **alteraciones genéticas (mutaciones)** pueden ser heredadas de los padres o adquiridas, como resultado de la acción de agentes ambientales, tóxicos o nocivos.

³⁸ www.saludhoy.com/htm/mujer/articulo/canseno1.html



El cáncer de mama es más frecuente en los países desarrollados y en las áreas urbanas que en las rurales. Ello apunta a factores ambientales y del estilo de vida (mutaciones adquiridas). Pero al mismo tiempo, se ha observado que en 5%-10% de los casos hay historia familiar, lo cual sugiere una susceptibilidad genética (mutaciones heredadas), que de hecho se han corroborado con el descubrimiento de los genes BRCA-1 y BRCA-2, que con mucha frecuencia se asocian con cáncer de seno y ovario, de presentación familiar.

Además de BRCA-1 y BRCA-2, se han identificado otros genes asociados con el desarrollo de cáncer de mama. Tanto los genes anormales, como las proteínas que producen, pueden ser detectados con pruebas especializadas, y sirven para detectar a las mujeres con alto riesgo de desarrollar la enfermedad y para predecir la agresividad del tumor en mujeres con cáncer de seno.

Se cree que factores ambientales como la dieta rica en grasas, o la exposición a radiación excesiva, desencadenan mutaciones genéticas que contribuyen con el aumento del riesgo.

EL CANCER DE MAMA PUEDE CRECER DE TRES MANERAS

Crecimiento local: crece por invasión directa infiltrando a otras estructuras de la mama diferentes a donde se ha originado o a estructuras vecinas como la pared torácica (músculos y huesos) y la piel.

Diseminación linfática: la red de vasos linfáticos que posee la mama permite que el drenaje de la linfa se efectúe a varios grupos ganglionares. Los ganglios situados en la axila (axilares) son los más frecuentemente afectados, seguidos de los situados en la arteria mamaria interna (zona central del tórax) y los ganglios supraclaviculares (encima de la clavícula).

Diseminación hematógena: se realiza a través de los vasos sanguíneos preferentemente hacia hueso, pulmón, hígado y piel.

TIPOS DE CANCER DE MAMA

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, no cancerosos, y son debidos a formaciones fibroquísticas.

Los **cambios fibroquísticos** pueden hacer que el seno se inflame y duela. Los senos pueden presentar protuberancias y, a veces producen una secreción clara o ligeramente oscura en el pezón.

El **quiste** es como una bolsa llena de líquido y la fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo. La fibrosis no aumenta el riesgo de desarrollar un tumor y no requiere de un tratamiento especial. Los quistes, si son grandes, pueden resultar dolorosos. La eliminación del líquido con una punción suele hacer desaparecer el dolor. La presencia de uno o más quistes no favorece la aparición de tumores malignos.

Los **tumores benignos** están relacionados en su mayoría con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero no se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

Los **tumores malignos**, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio.

Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario.

LOS TIPOS DE CANCER DE MAMA SE CLASIFICAN EN:

El carcinoma ductal in situ Éste es el cáncer del seno en sus primeras etapas (etapa 0). Se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad 'premaligna' puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

El carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cántumor en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado. Por este motivo, es importante que las mujeres se hagan un examen físico dos o tres veces al año, así como una mamografía todos los años, para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias (lóbulos), pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.

El carcinoma inflamatorio es un cáncer poco común, tan sólo representa un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y

pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfático

Enfermedad de paget del pezón: suele manifestarse como una erosión plana y superficial o como secreción por el pezón, generalmente tan benignos que son ignorados por la paciente y el diagnóstico puede demorarse por un año o más. El carcinoma subyacente puede ser invasivo o *in situ*.

Recurrente La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (recurrido) después de haber sido tratado. Puede volver al seno, a los tejidos blandos del tórax (la pared torácica) o a otra parte del cuerpo.

FACTORES DE RIESGO

La causa del cáncer de mama no se conoce pero sí se sabe algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad.

Hay que tener en cuenta que aquellas mujeres que tengan mayores probabilidades de padecer cáncer de mama (por tener más factores de riesgo) pueden tomar medidas preventivas que reduzcan esa probabilidad como revisiones periódicas o cambios en su estilo de vida.

Sexo: El cáncer de mama se da principalmente en la mujer aunque. También puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor.

Edad: Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.

Genes: Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2 y según algunos estudios parece que entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años.

Antecedentes familiares: Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo. Si se trata de un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente.

Antecedentes personales: El riesgo de desarrollar cáncer de mama se incrementa un 1% anual. Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aún así, este riesgo es moderado. Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama. El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer.

Historia reproductora: El hecho de no tener hijos (nuliparidad) o el primer embarazo a término después de los 30 años incrementa el riesgo en la mujer. El riesgo relativo es mayor en las mujeres que retrasan la concepción que en la nulíparas. Se ha demostrado que la concepción a una edad precoz (antes de los 20 años), tiene un efecto protector, se desconoce el mecanismo subyacente, pero es probable que se deba a cambios en el tejido mamario o a las hormonas, que lo hacen menos susceptible a los tumores.

Algunas investigaciones han demostrado que conforme aumenta el número de meses de lactancia, se reduce el riesgo de cáncer mamario sobre todo antes de la menopausia.

Raza: Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra, aunque la mortalidad en esta última es mayor, probablemente porque a ellas se les detecta en estadios más avanzados. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.

Períodos menstruales: Cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecer esta enfermedad si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de

los 14 años. Lo mismo ocurre con la menopausia: las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo. El embarazo después de los 30 años también aumenta el riesgo. Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de padecer cáncer.

FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA

Uso prolongado de anticonceptivos: los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos no está relacionado con el cáncer de mama. Aún no está clara la función que pudieran desempeñar las píldoras para el control de la natalidad en el riesgo de cáncer del seno. Un estudio reciente halló que las mujeres que actualmente usan píldoras para el control de la natalidad tienen un riesgo ligeramente mayor de cáncer del seno. Las mujeres que dejaron de usar las píldoras hace más de diez años no parecen tener ningún aumento en el riesgo. Las mujeres deben analizar los riesgos y beneficios de las pastillas anticonceptivas con su médico.

Terapia hormonal sustitutiva: Algunos estudios sugieren que el uso a largo plazo (10 años o más) de la terapia de reemplazo de estrógeno (a veces llamada terapia de reemplazo de hormonas) para aliviar los síntomas de la menopausia, puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer del mama. Un estudio reciente halló que el uso a largo plazo tanto de estrógeno como de progestina puede aumentar el riesgo de cáncer del seno cuando se compara con el riesgo de las mujeres que usan estrógeno solo. El riesgo sólo es aplicable a aquellas mujeres que la han usado recientemente, así como a las que la usan en la actualidad. El riesgo de cáncer del seno de una mujer vuelve a ser el de la población general al cabo de 5 años de haber discontinuado la terapia de reemplazo de estrógeno. La terapia de reemplazo también reduce el riesgo de sufrir ataques cardíacos y fracturas óseas; por consiguiente, las mujeres deben hablar con sus médicos acerca de los riesgos y beneficios de la terapia de reemplazo de estrógeno.

Factores ambientales: Existen muchas sustancias cancerígenas que favorecen su desarrollo, entre ellas las que contiene el cigarro.

Exceso de peso: El exceso de peso parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad, aunque no existe ninguna evidencia que un tipo determinado de dieta (dieta rica en grasas) aumente ese riesgo.

Exposición a radiaciones ionizantes: Entre la pubertad y los 30 años de edad. El riesgo se duplica; la exposición a la radiación causa aberraciones potenciales cuando las células mamarias se están desarrollando.

Hay que tener presentes estos factores de riesgo, y evitar aquellos que se puedan. También se debe conocer que, en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tiene un origen genético por poseer los genes mutados **BRCA1 y BRCA2**. En la actualidad existen unos criterios muy precisos que aconsejan la realización de estas pruebas. No basta, por ejemplo, con tener un familiar con cáncer de mama (madre o hermana) para indicar su realización.³⁹

FACTORES QUE NO AFECTAN EL RIESGO DE CANCER DE MAMA

Aborto inducido: los abortos inducidos (provocados) no aumentan el riesgo de cáncer de mama. Además, la mayoría de los estudios tampoco muestran relación directa entre los abortos espontáneos y el cáncer de mama.

Fumar: Aunque no se ha hallado una relación directa entre el hábito de fumar cigarrillos y el cáncer del seno, fumar afecta la salud en general y aumenta el riesgo de desarrollar muchos otros tipos de cáncer, así como enfermedades cardíacas. Las mujeres que fuman deben hacer todo lo posible por dejar de hacerlo.

Antitranspirantes y sostenes: que los antitranspirantes (desodorantes) que se aplican debajo del brazo y los sostenes con alambre impiden la circulación linfática y aumentan el riesgo de cáncer del seno. No hay evidencia que apoye esta idea.⁴⁰

³⁹ OTTO E. Shirley, Op. Cit. P.p.85-87

⁴⁰ www.contusalud.com.

FACTORES PROTECTORES

Ciertos factores proporcionan protección contra el desarrollo de cáncer mamario.

- El ejercicio vigoroso y regular disminuye el riesgo, quizá porque la menarca, suprime la menstruación y, como el embarazo, disminuye el número de ciclos menstruales ovulatorios. También reduce la cantidad de grasa corporal disminuye la exposición a estrógenos.
- Se cree que el amamantamiento disminuye el riesgo debido a que evita que reanude la menstruación y esto disminuye la exposición a estrógenos endógenos.
- El cumplir con un embarazo a término antes de los 30 años de edad, pues se liberan hormonas protectoras después de que nace el bebé con el fin de revertir a la normalidad proliferativa celular en las mamas que ocurre con el embarazo.⁴¹

SINTOMAS

Son varios los síntomas del cáncer mamario, tumoraciones, cambios de color y forma o salida de líquido por el pezón

El cáncer de mama se puede manifestar de diversas maneras:

- ❖ Se puede presentar como un tumor que toma la forma de un nódulo duro e indoloro que se puede detectar al tocarse la mama o al mirarse frente al espejo y que persiste durante el ciclo menstrual.
- ❖ También puede manifestarse a través de una retracción o hundimiento del pezón.

⁴¹ BRUNNER Y SUDDARTH “Enfermería Médico Quirúrgica”, Ed. McGRAWHILL INTERAMERICANA, Novena Edición 2002, Vol. II, Pag. 1440.

- ❖ Con poca frecuencia, pero otra forma de manifestarse es por medio de un derrame sanguíneo en el pezón.
- ❖ Otra manifestación puede ser el cambio de forma, simetría (tamaño entre las dos mamas) o aumento del tamaño en el contorno de los senos.
- ❖ Dolor recurrente o sensibilidad extrema, (lo que no siempre es signo de cáncer).
- ❖ Engrosamiento o endurecimiento del tejido en alguna parte de las mamas.
- ❖ Enrojecimiento, presencia de hoyuelos o inflamación de la piel o apariencia de cáscara de naranja.
- ❖ Salida de secreciones transparentes o sanguinolentas por el pezón.

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. No todos los tumores malignos presentan estas características algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico.

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.⁴²

PRONOSTICO

Son diversas las características de los tumores mamarios que contribuyen al pronóstico. Por lo general, entre más pequeño el tumor, mejor pronóstico. El carcinoma de la mama no es una entidad patológica que se desarrolle de la noche a

⁴² www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adultos

la mañana. Comienza con una alteración genética en una sola célula. Cada duplicación toma cuando menos 30 días para ocurrir, se requiere un mínimo de dos años para que un carcinoma fuera palpable. Una vez que se diagnostica cáncer mamario, la mujer puede contar con un periodo seguro de varias semanas para tomar una decisión con respecto al tratamiento.

El pronóstico también depende de si el cáncer se ha diseminado. Por ejemplo: la tasa general de supervivencia a cinco años es mayor un 97% cuando el tumor está confinado a la mama. Cuando las células cancerosas se han extendido a los ganglios linfáticos regionales, la tasa general de supervivencia es de 21%. Al momento del diagnóstico cerca de 37% de las pacientes tienen evidencia de diseminación regional o distante o de metástasis. La vía de diseminación regional más común es a los ganglios linfáticos axilares. Otros sitios de diseminación linfática incluyen los ganglios mamaros internos y supraclaviculares. Las metástasis a distancia pueden afectar cualquier otro órgano, pero los sitios más comunes son hueso (71%), pulmones (69%), hígado (65%), pleura (51%), glándulas suprarrenales (49%), piel (30%) y cerebro (20%). (Tyler, 1998).

Además el tamaño del tumor, afección de los ganglios, evidencia de metástasis y tipo histológico, otras medidas también ayudan a establecer el pronóstico. Los tumores clasificados como diploides (contenido normal de ácido desoxirribonucleico) se asocian con un mejor pronóstico, y los tumores aneuploides (con un contenido anormal de ácido desoxirribonucleico).

PREVENCION

No se sabe qué causa el cáncer de mama ni como prevenirlo. Se trata de una enfermedad heterogénea, es decir, una que tiene muchas características, cuyo potencial de desarrollo, crecimiento y metástasis varía de una mujer a otra.

Se encuentran métodos de detección precoz como son: La autoexploración y las mamografías son las herramientas más útiles para encontrar bultos sospechosos en los

pechos. En general, la técnica de la mamografía facilita la detección de pequeños bultos, difíciles de predecir mediante la palpación de la mama. Este tipo de prueba debe repetirse anualmente a partir de los 45 años.

DIAGNOSTICO

En la actualidad la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento.

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda las guías siguientes para la detección del cáncer del seno en sus primeras etapas:

- Las mujeres de 40 años de edad o más deben hacerse un mamograma (mamografía) y un examen de los senos (examen clínico de los senos) realizado por un médico o enfermera todos los años
- Entre los 20 y los 39 años, las mujeres deben someterse a un examen clínico de los senos cada 3 años.
- Las mujeres de 20 años o más deben realizarse un autoexamen de los senos todos los meses. Si usted se hace este examen regularmente, puede conocer el aspecto normal de sus senos, y detectar con más facilidad cualquier signo o síntoma.

Juntos, estos métodos ofrecen la mejor probabilidad de detectar el cáncer en sus primera etapas.

AUTOEXPLORACION

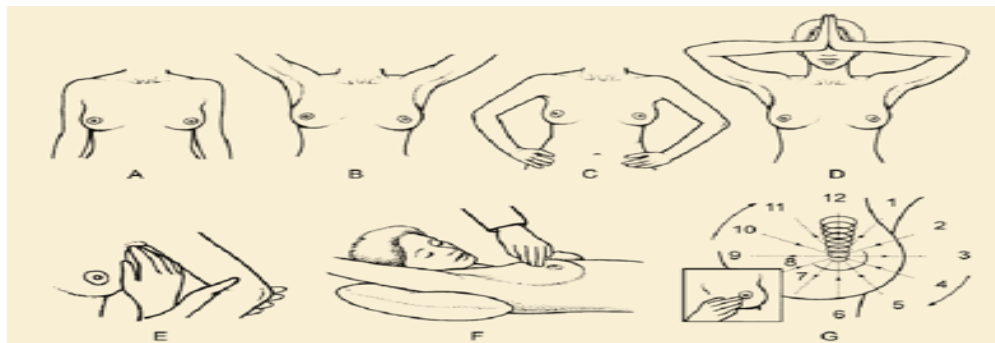
El examen de los senos por la misma persona, debe ser una práctica rutinaria a partir de los 20 años de edad.

La autoexploración sistemática permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio.

En las revisiones ginecológicas, el médico comprueba que no exista ninguna irregularidad en las mamas, también que no haya ninguna inflamación de los ganglios linfáticos axilares.

La mujer debe estar tranquila y realizarla en el lugar que crea más adecuado. A algunas mujeres les parecerá más cómodo realizarla en el momento de la ducha, sin embargo, a otras, pueden preferir hacerla al acostarse.

La palpación puede realizarse una vez enjabonada, en la ducha, o tumbada en la cama con una almohada debajo del hombro correspondiente al seno que se vaya a examinar. Conviene repetirla en distintas posturas: tumbada y de pie. Se debe utilizar la mano contraria a la mama que va a palparse. La presión será la suficiente como para reconocer bien el seno.



Posiciones para la exploración de la mama: Paciente sentada o de pie (A) con los brazos a los lados; (B) con los brazos elevados sobre la cabeza, con lo que ascienden la fascia pectoral y las mamas; (C) con las manos presionando firmemente sobre las caderas; o (D) con las palmas unidas presionado una contra otra a nivel de la frente, lo que contrae los músculos pectorales. (E) Palpación de las axilas; brazo sujeto como se indica, los músculos pectorales. (F) Paciente en supino (acostada) con una almohada bajo el hombro y el brazo elevado sobre la cabeza en el lado de mama explorada. (G) Palpación de la mama de forma circular desde el pezón hacia fuera.

Se pueden realizar **varios movimientos** para la exploración:

- 1) Con la yema de tres dedos medios de la mano hay que ir realizando movimientos circulares desde la parte más externa de la mama hacia el pezón, a modo de espiral.
- 2) Otro movimiento que se puede realizar con los dedos es en forma de eses, ir recorriendo el seno de un lado al otro.
- 3) El tercer movimiento es radial, comenzando desde el pezón hacia fuera.

El mejor momento para hacerse el autoexamen de los senos es aproximadamente una semana después del período menstrual (la regla), cuando sus senos no están sensibles ni inflamados. Si no está teniendo períodos regulares, hágase el autoexamen de los senos el mismo día cada mes.



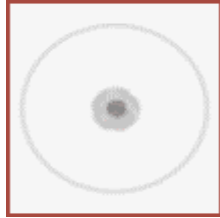
- Acuéstese con una almohada debajo del hombro derecho y coloque el brazo derecho detrás de la cabeza.



- Use las puntas de los tres dedos del medio de la mano izquierda para palpar en busca de protuberancias (masas o bultos) en el seno derecho.



- Presione con suficiente firmeza para reconocer cómo se siente el seno al tacto. Un borde firme en la curva inferior de cada seno es normal. Si no sabe hasta qué punto debe apretar, hable con su médico o enfermera.



- Mueva la mano alrededor del seno siguiendo una línea circular, hacia arriba y hacia abajo, o un patrón en forma de cuña. Asegúrese de hacerlo siempre de la misma manera, compruebe toda el área del seno, y recuerde cómo se siente su seno al tacto de un mes a otro.

Patrones para Autoexamen



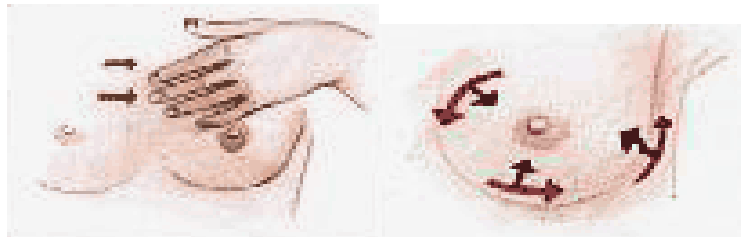
Líneas diagonales



En círculo



Líneas Verticales



- Repita el examen en el seno izquierdo, usando las puntas de los dedos de la mano derecha. (Coloque la almohada debajo del hombro izquierdo).

- Si encuentra algún cambio, vea a su médico de inmediato.
- Repita el examen de ambos senos estando de pie, con uno de los brazos detrás de la cabeza. La posición vertical facilita el examen de la parte superior y exterior de los senos (hacia la axila). Ahí es donde se detectan aproximadamente la mitad de los tumores cancerosos del seno. Puede ser que quiera hacerse el autoexamen de los senos de pie mientras está en la

ducha. Algunos cambios en los senos pueden detectarse con más facilidad cuando la piel está mojada y jabonosa.



La manera más adecuada, para observar los cambios en las mamas, es situarse de pie frente a un espejo y con el torso desnudo, levante sus manos sobre la cabeza y observe cuidadosamente sus senos para descubrir anomalías tales como fluidos de los pezones, pequeños hoyuelos o descamaciones de la piel, simetría de las mamas. Hay que buscar zonas enrojecidas, bultos u hoyuelos. El aspecto no debe ser de piel de naranja. Los pezones y areolas no deben estar retraídos o hundidos.

Conviene ser muy cuidadosa en la zona del cuadrante superior externo, pues están cercanos los ganglios axilares, y es ahí donde se detectan el mayor número de tumores.

Hay que comprimir un poco el pezón y comprobar si se produce alguna secreción (avise al médico si esto es así, intente identificar el color de la secreción).

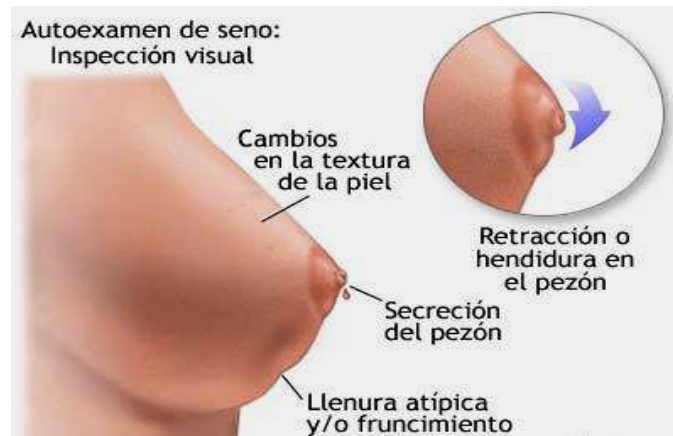
Una vez explorada la mama, hay que realizar la exploración de la axila para intentar descubrir la existencia de bultos en esta zona. El examen se deberá realizar en las dos mamas y axilas.

Una de las alteraciones más frecuentes de los senos es la llamada enfermedad **fibroquística**, caracterizada por pequeños quistes e induraciones que le dan a los senos una apariencia irregular a la palpación. La enfermedad fibroquística tiende a acentuarse en los días premenstruales y durante la menstruación, cuando los

senos son dolorosos y los quistes pueden ser más prominentes; aunque es una entidad benigna, es necesario hacer exámenes periódicos para descartar otras alteraciones y para detectar a tiempo masas anormales que pueden confundirse con quistes e induraciones.

SEÑALES DE ALARMA

Durante el examen de los senos es necesario observar si se presenta uno o varios de los siguientes signos, algunos ya mencionados atrás.



- Salida de algún líquido a través del pezón
- Cambios en la apariencia física del pezón
- Secreción crónica de un líquido sanguinolento o del pezón
- Cambios en el contorno y simetría de los senos
- Tensión o picazón en alguno de los senos aún después del ciclo menstrual.
- Hoyuelos o hendiduras de la piel en alguno de los senos
- Presencia de una masa

MAMOGRAFIA

- ❖ Un mamograma es una radiografía de la mama, la cual se puede usar para diagnosticar una enfermedad del seno en las mujeres que ya tienen síntomas.
- ❖ La mamografía exploratoria, por otra parte, se usa para buscar una enfermedad de los senos en las mujeres que no parecen tener problemas en éstos.



Durante una mamografía, el seno se comprime entre dos placas durante unos segundos mientras se toman radiografías. Se usan niveles de radiación muy bajos.

- ❖ Un mamograma por sí solo no puede demostrar que un área en el estudio sea cáncer. Para confirmar la presencia de un cáncer, debe extirparse una pequeña cantidad de tejido (biopsia) y examinarse al microscopio.
- ❖ En general, los expertos coinciden en que después de los 50 años, una mamografía anual puede salvarle la vida. El 75 por ciento de los tumores se encuentran en mujeres mayores de 50 años, en parte porque se han desarrollado hasta tener un tamaño detectable y en parte porque las mamografías son más precisas cuando se realizan en mujeres mayores, cuyo tejido mamario es más graso.
- ❖ La mamografía es el único método comprobado para detectar el cáncer de mama antes de que pueda palparse por medio del examen clínico o el autoexamen. Se usa para detectar la enfermedad en mujeres asintomáticas.

- ❖ Es útil para examinar a mujeres en alto riesgo y a aquellas cuyas mamas son difíciles de palpar (por ejemplo: mamas grandes y con grandes cambios fibroquísticos).
- ❖ Cuando la mamografía se realiza de manera adecuada, es posible detectar 85 a 90% de los tumores. Como es probable que entre un 10 y 15% de las lesiones malignas pasen desapercibidas. Las mujeres con factores de riesgo deben realizarse una mamografía y un examen clínico anual a partir de los 40 años.
- ❖ Las mujeres que no tienen factores de riesgo conocidos recientes deben realizarse una mamografía cada dos años, a partir de los 40 años, y anualmente, a partir de los 50 años. No obstante, este asunto ha sido objeto de controversias recientes y algunos estudios sugieren la necesidad de hacerse una mamografía al año entre los 40 y los 49.
- ❖ La mamografía es una exploración que utiliza los rayos X de baja potencia para localizar zonas anormales en la mama. No hay ningún peligro por las radiaciones de esta técnica, ya que son de baja potencia.
- ❖ Es una de las mejores técnicas para detectar el cáncer de mama en sus primeras fases.
- ❖ La mamografía realizada a intervalos de 1 a 2 años, reduce las muertes por esta enfermedad de un 25% a un 35% en las mujeres de 50 años o más que no presentan síntomas.

BIOPSIA

Una vez detectado el tumor mediante una o varias de las técnicas mencionadas, se debe realizar examen de tejido o biopsia dará el diagnóstico.

HAY VARIOS TIPOS DE BIOPSIAS SEGUN LA TECNICA QUE SE EMPLEE:



Biopsia aspirativa con aguja fina (PAAF): consiste en introducir una aguja hasta la zona del tumor, mientras el médico palpa la masa. Si la masa no puede palparse, se puede realizar esta técnica con ayuda de la ecografía para situar la aguja en el sitio exacto donde se encuentre la masa. Después se extraerá el líquido con la aguja.

Si el líquido es claro, lo más probable es que sea un quiste benigno, aunque también puede ser que el líquido sea turbio o con sangre y que el tumor sea benigno. Si la masa es sólida, se extraen pequeños fragmentos del tejido.

El análisis microscópico de esta muestra (tanto del líquido como del tejido) es el que determinará si es benigno o canceroso.

Biopsia quirúrgica: en ocasiones se empleará la cirugía para extirpar parte o la totalidad de la masa en el quirófano para su posterior examen microscópico.

Biopsia por incisión: Se realiza cuando el tumor es muy grande, y se extirpa una parte del tejido.



Biopsia excisional: es aquella en la que se extirpa todo el tumor o área sospechosa, el margen circundante al tumor aunque tenga apariencia normal.

Biopsia por localización mamográfica: se utiliza cuando la masa no puede palparse y se visualiza a través de la mamografía. La técnica consiste en localizar el tumor a través de varias mamografías e introducir una aguja en la zona exacta donde se encuentra la masa en la mama. Puede dejarse una marca mediante la aguja con carbón activado o bien se deja un fino alambre que servirá posteriormente de guía al cirujano.

El tiempo de espera para el resultado de la biopsia varía en función de si se realiza en un tiempo o en dos. Si es en un tiempo, el tejido extraído se congela, se lamina y se observa al microscopio. El resultado tardará unos 15-20 minutos. Si se hace en dos tiempos, el resultado tardará de siete a 10 días.⁴³

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ❖ **Fibroadenoma:** paciente entre 15 y 30 años, con masa de 1-3 cm, de superficie lisa y móvil a la palpación. Mamografía: nódulo de contornos bien delimitados. Eco o punción con aguja fina: contenido sólido.
- ❖ **Macroquistes:** paciente entre 40 y 55 años, con masa de tamaño variable (mm a cm), palpación variable según las características del quiste, habitualmente menos movibles que los fibroadenomas, fluctuantes y más blandos y menos irregulares que el carcinoma. Mamografía: nódulo de tejido mamario más denso, relativamente bien delimitado. Punción con aguja fina: hace el diagnóstico diferencial con fibroadenoma.
- ❖ **Cambios Fibroquísticos:** generalmente son simétricos, en el cuadrante superoexterno, producen dolor mamario habitualmente cíclico de predominio premenstrual, que dura desde pocos días a semanas e irradiado a hombro y brazo.⁴⁴

⁴³ OTTO E. Shirley, Op. Cit. Pp. 89-109.

⁴⁴ www.escuela.med.puc.cl/alumnos.

ESTADIOS DEL CANCER

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación **TNM** :

La letra **T**, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos.

La letra **N**, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.

La letra **M**, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.

Clasificación en estadios del Cáncer de Mama (TNM):

❖ Tumor Primario (T).

- **T0** Ausencia de signos de tumor primario
- **Tis** Carcinoma *in situ*
- **T1** Tumor < 2 cm
- **T2** Tumor > 2 cm, pero < 5 cm
- **T3** Tumor > 5 cm
- **T4** Extensión a la pared torácica, inflamación.

❖ Ganglios Linfáticos Regionales (N).

- **N0** Ausencia de tumor en ganglios regionales
- **N1** Metástasis en ganglios homolaterales, movibles

- **N2** Metástasis en ganglios homolaterales en conglomerado o fijos
- **N3** Metástasis en ganglios mamarios homolaterales.
- ❖ **Metástasis a Distancia (M).**
 - **M0** Ausencia de metástasis a distancia
 - **M1** Metástasis a distancia (comprende la diseminación a ganglios supraclaviculares homolaterales.

LA CLASIFICACION, PARA LOS SUBGRUPOS, SE REALIZA CON NÚMEROS QUE VAN DEL 0 AL IV.

ESTADIO 0: Carcinoma in situ (Tis-N0-M0)

ESTADIO I: indica que el tumor es menor de **2 cm** y no hay metástasis. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 98%.

ESTADIO II: La etapa II se divide en etapa IIA y IIB.

La etapa IIA se reconoce por cualquiera de las siguientes características:

- ❖ El cáncer no mide más de 2 centímetros pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos debajo del brazo (los ganglios linfáticos axilares).
- ❖ El cáncer mide entre 2 y 5 centímetros (de 1 a 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

La etapa IIB se reconoce por cualquiera de las siguientes características:

- ❖ El cáncer mide entre 2 y 5 centímetros (de 1 a 2 pulgadas) y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.
- ❖ El cáncer mide más de 5 centímetros, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares. El índice de supervivencia a 5 años es del 88-76%.

ESTADIO III: se divide en estadio IIIA y IIIB:

El estadio III A puede integrar a las siguientes formas:

- ❖ El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y éstos están unidos entre si o a otras estructuras.
- ❖ El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares están afectados. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 56%.

El estadio III B puede darse en los siguientes casos:

- ❖ El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).
- ❖ El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 46%.

ESTADIO IV: se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel. El índice de supervivencia relativa es de 5 años es el 16%.⁴⁵

PREVENCIÓN

- ❖ No se sabe que causa el cáncer de mama ni como prevenirlo. Se trata de una enfermedad heterogénea, es decir, una que tiene muchas características, cuyo potencial de desarrollo, crecimiento y metástasis varía de una mujer a otra.
- ❖ La autoexploración y las mamografías son las herramientas más útiles para encontrar bultos sospechosos en los pechos. En general, la técnica de la mamografía facilita la detección de pequeños bultos, difíciles de predecir mediante la palpación de la mama. Este tipo de prueba debe repetirse anualmente a partir de los 45 años.
- ❖ Estudios recientes han demostrado que el uso de sustancias antiestrogénicas como el Tamoxifeno o el Raloxifeno ayudan a prevenir o más bien retardar la aparición de Cáncer de Mama en mujeres de alto riesgo

⁴⁵ BRUNNER Y SUDDARTH, Op. Cit. Pp. 1442.

de contraerlo (Ej. pacientes que ya han sido tratadas por Cáncer de Mama o Carcinoma lobulillar in situ). Sin embargo, éstas sustancias no están exentas de riesgo, ya que sus efectos estrogénicos sobre el útero aumentaría el riesgo de Cáncer de útero (endometrio) o los accidentes vasculares.

TRATAMIENTO

El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Actualmente el factor pronóstico más importante sigue siendo la afectación ganglionar: el número de ganglios afectados ayuda al oncólogo a seleccionar el tratamiento posterior.

En el tratamiento del cáncer de mama se utilizan cuatro tipos de tratamiento:

- ❖ Cirugía
- ❖ Radioterapia
- ❖ Quimioterapia
- ❖ Terapia hormonal

Además, inmunoterapia y del trasplante de médula ósea o de células madres autólogas. A continuación se explican todos estos tratamientos en forma más detallada.

TERAPIA LOCAL Y TERAPIA SISTEMICA

La terapia local tiene como objetivo tratar el tumor principal (primario) del seno.

- ❖ **Terapias locales:** La cirugía y la radioterapia.
- ❖ **Terapia sistémica:** Son quimioterapia, terapia hormonal y la inmunoterapia. Se administra a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas que pueden haberse propagado más allá del seno.

CIRUGIA

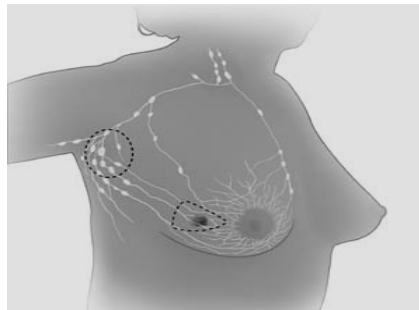
La cirugía se realizará una vez obtenido el resultado de la biopsia. El propósito es la extirpación total del tumor.

La cirugía **conservadora de la mama** consiste en extirpar el tumor intentando conservar la mayor cantidad de tejido mamario intacto.

La mayoría de las mujeres con cáncer del seno se someterán a algún tipo de cirugía. La cirugía se puede combinar también con otros tratamientos como la quimioterapia, la terapia hormonal o la radioterapia.

LOS TIPOS MAS COMUNES DE CIRUGIA PARA EL CANCER DE MAMA:

Mastectomía: Una operación para extirpar el seno (o tanto tejido de seno como sea posible) es una mastectomía. En la mayoría de los casos, el cirujano extirpa también los ganglios linfáticos bajo el brazo. Después de la cirugía, la mujer puede recibir radioterapia.

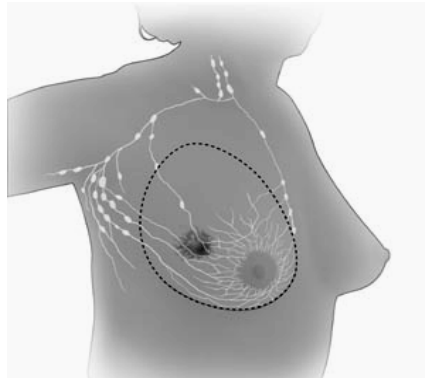


Cirugía conservadora de seno: el cirujano extirpa el tumor en el seno y algo de tejido de su alrededor. (Algunas veces una biopsia escisional la cual extirpa todo el tumor sirve de tumorectomía. En ocasiones, también se remueve algo del revestimiento que está sobre los músculos del pecho, debajo del tumor. Es posible que también se remuevan algunos de los ganglios linfáticos de la axila.

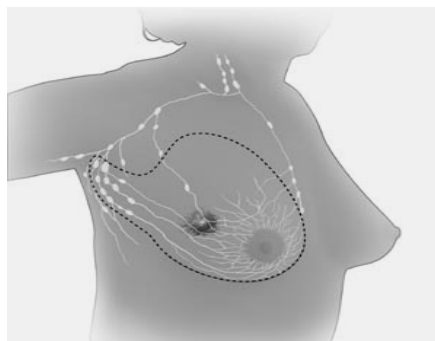
Lumpectomía: extirpación solamente de la protuberancia del seno y de un borde de tejido normal. Después de la lumpectomía, casi siempre se administra radioterapia por alrededor de seis semanas.

Mastectomía parcial o escisión amplia: extirpación del tumor junto con una cantidad mayor de tejido normal.

Cuadrantectomía: extirpación de un cuarto de la mama. Estos tipos de cirugía se realizarán en aquellos casos en los que el tumor sea pequeño, alrededor del 15% de los casos, la cantidad de tejido que se extrae es tan pequeña que no se nota mucha diferencia entre la mama operada y la que no lo ha sido.



Mastectomía simple o total: se extirpa la totalidad del tejido mamario, pero no los ganglios linfáticos debajo del brazo, se deja el músculo subyacente intacto y suficiente piel como para cubrir la herida. La mama se reconstruye con más facilidad si los músculos pectorales y otros tejidos que se encuentran debajo de la misma quedan intactos. Esta técnica se emplea cuando el cáncer es invasivo y se ha extendido dentro de los conductos mamarios.



Mastectomía radical modificada: se extirpa toda la mama, algunos ganglios axilares del mismo brazo de la mama y una pequeña sección del músculo pectoral.

Mastectomía radical: Extirpación amplia de todo el seno, los ganglios linfáticos y los músculos de la pared del pecho debajo del seno. Esta cirugía se hace en raras ocasiones ahora porque la mastectomía radical modificada ha demostrado ser igualmente eficaz con menos desfiguración y efectos secundarios.

Biopsia de ganglio linfático centinela: En este procedimiento, se inyecta un colorante o una sustancia radiactiva en la región del tumor. La sustancia es transportada por el sistema linfático hacia el primer ganglio (centinela) en recibir linfa del tumor. Este ganglio es el que tiene más probabilidades de contener células cancerosas si el cáncer se ha propagado. Si el ganglio centinela tiene cáncer, se extirpan más ganglios linfáticos. Si no tiene cáncer, no es necesario extirpar más ganglios linfáticos

Disección axilar: Extirpación de los ganglios linfáticos debajo del brazo (axilares) para determinar si el cáncer se ha propagado a éstos. El saber si hay células cancerosas en los ganglios linfáticos ayuda en la elección de tratamiento adicional

Reconstrucción mamaria: por lo general, para realizar una reconstrucción de la mama, la mujer tiene que pasar dos veces por quirófano, una para la mastectomía y otra para la implantación de la prótesis. Generalmente no se suele realizar a un tiempo porque se precisaría estar mucho tiempo bajo anestesia y se prefiere hacerlo en dos intervenciones distintas. No existe ningún inconveniente para que la paciente se intervenga cuando ella lo crea conveniente. El implante suele ser de silicona o de suero salino. No todas las mujeres, que han sido sometidas a una mastectomía radical, quieren realizarse un implante de prótesis. El hecho de pasar nuevamente por un quirófano y someterse a una anestesia y cirugía con la posterior recuperación, hace que algunas opten por la prótesis artificial.

RADIOTERAPIA

Consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. La radiación puede venir de fuera del cuerpo (*radiación externa*) o de materiales radiactivos colocados directamente en el tumor (*radiación de implante o interna*).

Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca). Se desarrolla a lo largo de unos 20-30 días (los que el oncólogo y el radiólogo hayan creído convenientes), y la paciente va de forma ambulatoria a la clínica o sala donde se realice la radioterapia; no tiene que estar ingresada para ello.

En sí, el tratamiento dura unos minutos y no es doloroso. La radioterapia se puede usar para reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o para destruir las células cancerosas que queden en el seno, la pared del pecho o el área de la axila después de la cirugía.

Los principales efectos secundarios de la radioterapia son:

- Inflamación y pesadez en la mama.
- Enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar),
- Cansancio o fatiga.

Estos cambios en el tejido y la piel del seno por lo general desaparecen en un período de 6 a 12 meses. Una buena combinación de descanso, actividad física y prendas delicadas puede atenuar estas molestias. En algunas mujeres, el seno se vuelve más pequeño y más firme después de la radioterapia. Por lo general no se administra radioterapia durante el embarazo porque puede ser dañina para el feto.

QUIMIOTERAPIA

1. "La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos (o drogas) para tratar el cáncer. Mientras que la cirugía y la radioterapia destruyen o dañan las células cancerosas en un área específica, la quimioterapia funciona en todo el cuerpo. Los medicamentos quimioterapéuticos pueden destruir las células cancerosas que han hecho metástasis o se han propagado a otras partes del cuerpo alejadas del tumor primario (original)"

La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos que destruyen las células cancerosas y evitan la aparición del tumor en otras partes del cuerpo. Finalmente, en algunos casos, cuando la enfermedad se ha propagado a la médula espinal o al cerebro, los medicamentos tienen que administrarse directamente en el fluido espinal para lo que hay que recurrir a la **vía intratecal**, que consiste en introducir la quimioterapia directamente en el espacio intraespinal.

No es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, se puede hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento, uno completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses

FUNCIONAMIENTO DE LA QUIMIOTERAPIA

Las células enfermas se caracterizan por multiplicarse con gran velocidad. Las drogas utilizadas en quimioterapia, justamente atacan a las células que se multiplican velozmente, destruyendo las células enfermas.

Por desgracia, en el organismo también hay células normales que se multiplican con velocidad, las que también son afectadas por estas drogas. Esto es lo que produce la aparición de reacciones secundarias tóxicas, como respuesta al tratamiento. Lamentablemente, por el momento, no se ha conseguido encontrar un modo de evitar este inconveniente, por lo tanto es importante que usted colabore

con su médico en todo lo posible. Fundamentalmente debe tener presente que las células normales tienen una gran capacidad de regeneración, lo que les permite volver a la normalidad en un tiempo relativamente corto, una vez concluido el efecto tóxico de las drogas.

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE: es aquella que se realiza antes de la cirugía y sólo en algunos casos. Su objetivo es reducir el tamaño del tumor y poder realizar una operación que permita conservar la mama en mujeres.

Actualmente existen tres grandes grupos de pacientes a los que se administra Quimioterapia neoadyuvante:

- a. Pacientes con carcinomas inflamatorios, en los que no es posible el tratamiento quirúrgico inicial por el gran número de recidivas que ello comporta.
- b. Pacientes con tumores localmente avanzados (no inflamatorios), estadios III, en los que la cirugía inicial es posible, pero con una mala evolución.
- c. Pacientes con tumores inicialmente resecables, en los que sobretodo se busca una reducción tumoral para conseguir una cirugía menos agresiva (tratamiento conservador).

ESQUEMAS ADMINISTRADOS: Los esquemas más utilizados incluyen la Adriamicina por ser el fármaco que administrado en forma de monoquimioterapia consigue una mayor proporción de respuestas objetivas en pacientes menopáusicas. Sin embargo, un número similar de respuestas ha sido demostrado con regímenes tales como el Ciclofosfamida, Metrotexate y Fluoracilo.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: Habitualmente, se administran de 2 a 4 ciclos de quimioterapia neoadyuvante, después de los cuales se valora la respuesta obtenida. Si la finalidad es conseguir la máxima respuesta y la paciente presenta una reducción del tumor a los primeros tratamientos, prolongaremos la

quimioterapia mientras no observemos progresión de la enfermedad, o hasta que el tratamiento local sea factible.

Un tratamiento neoadyuvante exige vigilancia estrecha de la paciente para detectar precozmente una progresión de la enfermedad que obliga a modificar inmediatamente el plan terapéutico.

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE: se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en cantidades microscópicas e impedir su crecimiento.

Sólo hay un 10% de todas las pacientes que no reciben tratamiento postoperatorio y que son aquellas que no tienen afectados los ganglios y que el tumor es menor de 1cm., y/o los receptores hormonales son positivos.

Esquemas y Pautas más empleados en Quimioterapia Adyuvante.				
CMF	Ciclofosfamida	Metotrexate	Fluoracilo	
	100 mg/m ² /oral	40 mg/m ² /I.V.	600 mg/m ² /I.V.	
	días 1-14	días 1-8	días 1-8	
FAC	Fluoracilo	Adriamicina	Ciclofosfamida	
	500 mg/m ² / I.V.	40 mg/m ² /I.V.	500 mg/m ² /I.V.	
	días 1-8	día 1	día 1	
AMF	Ciclofosfamida	Adriamicina	Metotrexate	Fluoracilo
	50 mg/m ² /oral días 1-14	20 mg/m ² /I.V. días 1-8	20 mg/m ² /I.V. días 1-8	300 mg/m ² /I.V. días 1-8

La Adriamicina es el fármaco más eficaz en enfermedad metastásica y localmente avanzada.

Las combinaciones usadas más comúnmente son:

- ciclofosfamida, metotrexate, y fluoracilo (CMF)
- ciclofosfamida, doxorrubicina (Adriamicina), y fluoracilol (CAF)
- doxorrubicina (Adriamicina) y ciclofosfamida, con o sin paquitaxel.

- doxorubicina (Adriamicina), seguida por (CMF)

EFFECTOS SECUNDARIOS

Las reacciones provocadas por la quimioterapia se deben a los efectos que los fármacos tienen sobre las células sanas y, aunque son muy frecuentes, lo normal es que cada persona reaccione de manera diferente. Puede que usted no experimente ninguna de las sensaciones que se describen a continuación, o éstas varíen de grado a lo largo de todo el tratamiento.

La mayor parte de los pacientes suele sentir cansancio a consecuencia de la 'quimio', aunque también hay quien logra **seguir con su vida normal** sin que el tratamiento interfiera en sus actividades laborales, sociales o familiares. Además, gracias a los avances, los fármacos que se emplean ahora en quimioterapia son cada vez más selectivos, de manera que matan a las células malignas causando mínimos daños a las sanas.

Es normal que todo el malestar desaparezca cuando se finalice el ciclo, cuando las células encuentran oportunidad de reponerse por sí mismas de los efectos de la quimioterapia. Es cierto que la medicina ha evolucionado mucho y ya existen otros fármacos que disminuyen algunos de esos efectos, los más frecuente son:

- **Fatiga.** Este estado de cansancio y falta de energía prolongada es el más común, y se diferencia un poco del agotamiento que pueden experimentar los individuos sanos.
- **Náuseas y vómitos.** Las nuevas generaciones de fármacos antieméticos - los que se usan para evitar las náuseas- suelen administrarse incluso de manera profiláctica para evitar que la quimioterapia provoque este tipo de reacciones. Pero no siempre funcionan. Para evitarlo, los especialistas recomiendan beber líquidos al menos una hora antes o después de las comidas, comer despacio y en pequeñas cantidades, evitando las grandes

comilonas. Manténgase alejado de olores que le disgusten, evite las comidas grasientas o muy fritas, respire profundamente cuando sienta que empieza a encontrarse mal y si se encuentra con ánimo, utilice terapias de relajación, yoga, lea un libro que le guste. De todos modos, recuerde, no todos los fármacos oncológicos producen náuseas.

- **Pérdida del cabello.** La alopecia es uno de los efectos secundarios que más preocupa a los enfermos y que más personas experimentan, aunque no todos los medicamentos provocan este problema. Algunos pacientes desarrollan este problema durante los primeros días de terapia, en otros casos es necesario esperar varios ciclos para notar la pérdida, unos de manera radical y otros progresivamente, depende de muchos factores. Generalmente el pelo vuelve a crecer cuando finaliza el tratamiento, tal vez con un color o textura diferente, éste es un problema menor al que la mayoría de la gente se readapta sin dificultad.
- **Dolor.** Los fármacos empleados en quimioterapia pueden afectar a los nervios, lo que en ocasiones provoca quemazón, entumecimiento, hormigueo en los dedos de pies y manos e incluso cefaleas y dolores musculares o abdominales.
- **Anemia.** La quimioterapia ataca a todas las células del organismo, lo que incluye a los glóbulos rojos, responsables de transportar el oxígeno a todas las partes del cuerpo. De manera que cuando estos vehículos no son suficientes, muchos tejidos no reciben bastante alimento para realizar su trabajo. Es lo que se conoce como anemia, una patología que puede hacer al paciente sentirse débil, cansado, con dificultades para respirar. Durante la quimioterapia suelen llevarse a cabo recuentos regulares de glóbulos rojos, cuando los niveles descienden demasiado puede recurrirse a una transfusión sanguínea, o bien a un fármaco llamado eritropoyetina.
- **Infecciones.** Los fármacos también limitan la producción de glóbulos blancos, las defensas de nuestro organismo, lo que nos vuelve más vulnerables a infecciones y otras enfermedades. Los recuentos permitirán

controlar los niveles de leucocitos y saber si es necesario recurrir a otros medicamentos que aumenten estas cantidades. Mantenga una buena higiene, evite el contacto con personas enfermas, vigile las pequeñas heridas, lávese bien los dientes. Son algunas de las maneras más sencillas de evitar la infección.

- **Problemas de coagulación.** La producción de plaquetas disminuye con este tipo de anticancerígenos, de manera que los enfermos pueden sangrar más de lo normal o hacerse hematomas frecuentemente, incluso con pequeñas heridas o golpes.
- **Efectos sobre las células de la sangre:** Estas células son las más sensibles a la quimioterapia. Como consecuencia de la aplicación de la droga puede aparecer menor número de glóbulos blancos y rojos y de plaquetas. Los glóbulos blancos combaten infecciones, los rojos llevan oxígeno y las plaquetas permiten la coagulación de la sangre.
- **Efectos sobre la fertilidad:** En las mujeres que aún tienen menstruación es probable que aparezcan ciclos irregulares o que dejen de menstruar por completo durante un tiempo. También puede aparecer síntomas similares a los de la menopausia. Es importante que se tenga en cuenta que de todos modos aún es posible el embarazo durante ese período;
- La mayoría de los medicamentos se eliminan por la orina a través del riñón.
- **Otros:** diarrea o estreñimiento y problemas gastrointestinales, hipersensibilidad en piel y uñas, dificultad al tragar, inflamación de los tejidos de boca y esófago, irritación intestinal, retención de líquidos, y afectación de los órganos

CONSULTA CON SU MEDICO

Los siguientes síntomas pueden estar relacionados con los efectos secundarios de la quimioterapia y deben ser informados al médico tratante:

- ❖ Fiebre de más de 37° C.

- ❖ Escalofríos fuertes.
- ❖ Hemorragias o hematomas persistentes.
- ❖ Marcado dolor o molestia en el sitio de la inyección de quimioterapia.
- ❖ Molestias o ulceraciones en la boca y/o dolor al tragar.
- ❖ Estreñimiento o diarrea severa.

TERAPIA HORMONAL

El estrógeno (hormona femenina) puede aumentar el crecimiento de las células cancerosas del seno en algunas mujeres. Para contrarrestar este crecimiento, se administra el **tamoxifeno**, que bloquea el efecto del estrógeno.

El tamoxifeno se toma en píldoras (pastillas o tabletas), por lo general durante cinco años. Estudios recientes han mostrado con claridad que este medicamento ayuda a las mujeres con cáncer del seno en sus primeras etapas, independientemente de su edad.

La **terapia hormonal** consiste en la administración de fármacos que bloquean la acción de las hormonas que estimulan el crecimiento de las células cancerosas.

Se les da a aquellas pacientes que tienen receptores hormonales positivos, esto viene a ser el 60-70% del total de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.⁴⁶

⁴⁶ OTTO E. Shirley, Op. Cit. P.p.100-109

IX. CASO CLINICO

Elvira es una mujer de 37 años de edad, soltera, empleada estatal, técnica en administración de empresas, originaria de Cuitzeo del Porvenir y residente de Morelia Michoacán, su nivel socioeconómico es bajo, solventa sus gastos y los de una hermana, tiene 4 hermanas y 3 hermanos, vive separada de sus padres desde hace 10 meses, tiene buena relación y comunicación con su familia, excepto con su mamá.

Antecedentes familiares de importancia, una hermana con cáncer de mama detectada hace un año y de la demás familia desconoce alguna enfermedad.

Habita en casa tipo urbano de un hermano casado, con dos habitaciones, un baño, una cocina, un comedor y sala, cuenta con todo los servicio intradomiciliarios, sin hacinamiento, ni promiscuidad.

Su alimentación es adecuada ya que consume carne roja y blanca tres veces a la semana, verduras y leguminosas cinco veces a la semana y frutas entre comidas, leche por las mañanas, ingiere un litro de agua al día y en ocasiones bebidas gaseosas. Menciona que le preocupa comer alimentos con alto contenido de grasa, por que no quiere que se le complique su enfermedad. Refiere que su apetito disminuye por presentar náuseas y vómito.

Sus hábitos intestinales son dos veces por día con aspecto y consistencia blanda, durante el efecto de la quimioterapia presenta diarrea con deposiciones frecuente de heces líquidas y sueltas.

Practica el baño diario, cepillado de dientes dos veces al día y el cambio de ropa dos veces al día, y su vestimenta es limpia y adecuada a su edad y clima.

Tuvo su menarca a los 12 años de edad, su ciclo menstrual es de 28 días con duración de 4 a 5 días, su fecha de ultima regla fue el 28-marzo-05, presentando amenorrea en los últimos meses, creé que es por la quimioterapia.

Su pasatiempo favorito es convivir con sus compañeros de trabajo y hermanos, le gusta ir a cafés, a bailar y fiestas que se festejan entre amigos. No realiza ningún deporte, ni manualidades, pero si le gustaría realizar una manualidad en casa para distraerse en el tiempo que dura el efecto de la quimioterapia para no estar pensando en las reacciones que le causan los medicamentos.

En el mes de mayo del 2004 fue operada con cirugía láser de astigmatismo y miopía ambos ojos, sin presentar complicaciones.

Inicia su padecimiento el 21 de septiembre del 2004, al explorarse ambas mamas, sintiéndose una masa palpable en la mama izquierda y acude a consulta con su médico familiar en el hospital de la mujer, y el doctor le detecta en mama izquierda en el cuadrante inferior un nódulo de aproximadamente un centímetro, duro y móvil. Es enviada al servicio de clínica de mama donde se le realizan estudios de ultrasonido, mastografía y biopsia, resultan positivo y es diagnosticada con cáncer de mama bilateral. El 18-octubre-2004, es intervenida quirúrgicamente con mastectomía radical modificada izquierda por un carcinoma canalicular infiltrante y el 17-diciembre-2004 se le realiza el mismo procedimiento quirúrgico en glándula mamaria derecha por carcinoma ductal. No se realizó el procedimiento en una sola cirugía por que ella se atemorizó al saber que perdería ambas mamas y prefirió esperar otro tiempo mientras se recuperara de una mama. Fue hospitalizada en el servicio de Gineco-Obstetricia para su recuperación y su tratamiento fue el ketorolaco 30mg I.V., Ampicilina 1 gramo I.V., Ranitidina 50 mg, I.V. cada 6 horas y Dinastaf 1 ampula cada 12 horas, con dieta normal, con evolución postoperatoria adecuada, sin complicaciones, su estancia hospitalaria fue de dos días en el Hospital de la Mujer.

Posteriormente es enviada al Hospital General “Vasco de Quiroga”, a la especialidad de oncología para continuar tratamiento adyuvante de Quimioterapia, el médico tratante actualiza estudios de laboratorio y manda a revisión Block parafina y laminillas al departamento de patología. Reporta que no se observa tumor en lecho quirúrgico, ni metástasis ganglionar, ultrasonido de hígado y vías biliar se encuentran dentro de los parámetros normales, hemoglobina 12.5 g/dl y leucocitos 4,900mm³.

El médico le indica tomar tres días antes de la quimioterapia Dexametazona 1 tab. y Ondansetrón 1 tab. Cada 24 hrs. Y toma hierro 1 tab. diaria. El 7-febrero-2005 inicia Quimioterapia por indicaciones medica de oncología, con 6 ciclos durante seis meses, antes de iniciar quimioterapia sé premedica con Dexametazona 8mg, Ranitidina 50mg, Difenhidramina 50mg, Metoclopramida 16mg y Ondasetrón 2mg, con quimioterapia: Docetaxel 110mg diluida en Sol. Salina al 0.9% de 1000ml y Epirubicina 100mg diluida en sol. Salina al 0.9% de 250ml, con cita cada mes hasta concluir tratamiento, con previa valoración médica y estudios de Biometría Hemática, para poder aplicar quimioterapia. En el segundo ciclo de quimioterapia presenta alopecia y usa turbante y peluca. Menciona que le preocupa presentar más problemas o complicaciones durante su tratamiento y posteriormente a su termino, por falta de conocimiento de quimioterapia.

Presenta reacciones secundarias al medicamento como son: mareo, dolor de cabeza, nausea / vómito, diarrea, falta de apetito, fatiga, eritema en la mucosa oral y molestia en el sitio de la inyección de quimioterapia.

En la exploración física se encontraron los siguientes signos vitales: T.A. 120/70 mm Hg; Temperatura 36.5°C; Pulso 80 por minuto; Peso 54 Kg; Talla 1.54cm. Color de piel pálida y uñas oscuras en ambas manos.

X. APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA

10.1. VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS

Se realiza la valoración según las 14 Necesidades Humanas utilizando el Modelo de Virginia Henderson.

1. -NECESIDAD DE RESPIRAR: La respiración tiene un ritmo y amplitud normal su frecuencia respiratoria es de 20 X', no presenta ruidos a la auscultación, ni tos, ni secreciones y no-dolor al respirar, no fuma y tampoco consume ningún tipo de droga, no tiene ninguna alergia respiratoria, su T/A es 120/70 mmHg, con frecuencia cardiaca de 80 X' y pulso fuerte.

2. -NECESIDAD DE NUTRIRSE E HIDRATARSE: Su peso es de 54 Kg. , talla 1.54 cm y edad 37 años, su ingesta habitual es adecuada ya que consume carne (roja, blanca, pescado) tres veces a la semana, frutas entre comidas, verduras y leguminosas cinco veces a la semana, lácteos por la mañana, su alimentación es en cuatro tiempos (desayuno, comida, merienda y cena), no tiene dieta especial pero le preocupa comer alimentos con alto contenido de grasas, ya que le preocupa que se complique su enfermedad, ingiere un litro de agua al día, no tiene intolerancia a alimentos, su apetito disminuye posteriormente a la quimioterapia durante 5-8 días, ya que presenta alteraciones olfatoria, nauseas y vómito y dificultad para la deglución, sequedad en boca, lesiones en la mucosa oral, Halitosis, Hiperemia, sin embargo procura comer alimentos que se le antojen, su piel no esta hidratada.

3. -NECESIDAD DE ELIMINACION: Su habito intestinal es dos veces por día con aspecto y consistencia blanda, posterior a quimioterapia presenta diarrea con deposiciones frecuentes de heces liquidas y sueltas; y flatulencias con mal olor, no ha presentado problemas de hemorroides, no hace uso de laxantes. Su frecuencia

urinaria normal 4 veces al día, 3 veces en el día y 1 por la noche, el color de la orina es amarillo claro y posterior a tratamiento tiene un color naranja, sufrió infección urinaria hace un año y recibió tratamiento (antibióticos). Presenta sudoración cutánea profusa y menstruación irregular en el tercer ciclo de quimioterapia, no secreciones vaginales.

4. -NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA: Tiene autonomía total para moverse no necesita de aparatos, su expresión facial es adecuada, su modo de andar es normal, su postura es erecta, tiene limitaciones en ambos brazos por cirugía de mastectomía radical, refiere no hacer mucho movimiento y cargar cosas pesadas por que siente hormigueo y dolor leve, presenta mareos y fatiga durante la quimioterapia, no realiza ejercicio y ningún deporte.

5. -NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO: Suele dormir 8 horas nocturnas y no descansa por las tardes, presenta problemas de sueño cada mes, un día antes de su quimioterapia presenta ansiedad, al estar pensando que vaya presentar reacción o complicación al medicamento durante la sesión y esta sea interrumpida y se prolongue más tiempo su tratamiento, sin embargo despierta temprano con sensación de cansancio.

6. -NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE: Presenta una autonomía total para vestirse adecuadamente en lugar y circunstancia en que se encuentra, es poca la importancia que le da a su aspecto personal, no usa prótesis de mama diariamente solo cuando tiene un evento social, es alergia al tejido textil de lana, es capaz de escoger su propia ropa, su vestimenta es de acuerdo al clima y a la edad.

7. -NECESIDAD DE TERMORREGULACION: Su temperatura corporal es normal 36.5 °C, presenta sudoración cutánea por transpiración de medicamentos de quimioterapia, sus pies y manos están fríos dependiendo del clima, refiere adaptarse a los cambios de clima ambiental.

8. -NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL: Sus hábitos de higiene corporal son diarios realiza su baño una vez al día, al igual su cambio de ropa 2 veces al día, su cepillado de dientes es dos veces al día, es totalmente autónoma para su aseo personal, en el segundo ciclo de quimioterapia presenta alopecia (usa turbante y peluca), su piel es seca, tiene manchas en cara y oscurecimiento en uñas después de iniciar quimioterapia.

9. -NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: Sus niveles de conciencia y actitud frente al entorno es hipervigilante, se encuentra bien orientada en tiempo, es conciente de la fecha que vive como en espacio y persona, reconoce a personas significativas y no significativas. Sé auto describe alegre, triste, desconfiada y tímida, valora sus logros, se evalúa positiva, pero en estos momentos por su enfermedad tiene sentimientos en ocasiones de tristeza, ansiedad, miedo, rabia y muy rara vez depresión porque refiere que lo supera rápido.

No es alérgica a ningún medicamento y su estado no constituye un peligro para su persona y otros.

10. -NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD: Su forma de expresarse es clara, organizada y coherente, su pensamiento es de perseverancia, su humor es alegre, su lenguaje es lento, abundante, breve y conciso, su tono es tranquilo.

Vive acompañada con dos hermanos uno casado y otra soltera, Elvira ocupa el tercer lugar de la familia y tiene 4 hermanas y 3 hombres, su rol es soltera y trabajadora, apoya a su hermana con la que vive, personas más significativas sus padres refiere que su convivencia con su mama es muy rara, su confidente es su hermana Alicia, se relaciona a diario con su dos hermanos, cuñada y compañeros de trabajo, conviviendo dos horas por las tardes con su familia y 8 horas con sus compañeros de trabajo, y su relación es satisfactoria, el tiempo que pasa sola es para reflexionar de lo que va hacer en el futuro.

Su ultima menstruación fue el 28-marzo-2005 presenta amenorrea en lo últimos meses, no usa anticonceptivos, no tiene relaciones sexuales por falta de pareja, no

embarazos, si realiza el autoexamen, por medio de esta exploración se detecto oportunamente su cáncer de mama el día 21 de Septiembre del 2004.

11. -NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES: Para el Elvira lo más importante en la vida es su salud y familia, es de religión católica y acude a misa los domingos, saliendo de misa participa en un grupo religioso, refiere que le ha ayudado mucho acercarse a dios para salir adelante con su enfermedad.

En caso de no poder tomar decisiones le gustaría que su hermana Alicia las tome por ella.

12. -NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE: Elvira trabaja de cajera en el Hospital de la mujer desde hace cuatro años, jornada de 8 horas diarias en turno matutino con descanso fin de semana, refiere que desde que entro a trabajar al hospital, su vida a cambiado radicalmente por que le gusta lo que hace, su estado de salud le impide muy poco hacer su trabajo, dedica tres horas de ocio escuchando música o platica con sus hermanos y cuñada, tiene capacidad para tomar decisiones y resolver sus problemas lo más pronto posible.

13. -NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS: Es poco el tiempo que reserva para divertirse por que le da miedo que su tratamiento de quimioterapia no funcione y recaiga, se distrae mucho en su trabajo, su diversión preferida es escuchar música y bailar, no manifiesta perdida de interés por actividades recreativas, refiere que al terminar su tratamiento va entrar a una actividad ya sea deporte, yoga o manualidades, se cansa con mucha facilidad en ambas manos al manipular por mucho tiempo la maquina de escribir y computadora.

14. -NECESIDAD DE APRENDIZAJE: No presenta ninguna alteración de la memoria, su inteligencia general se adapta al momento, manifiesta interés por su estado de salud, escucha con atención, pregunta dudas y retiene nueva información, esta dispuesta a aprender todo lo relacionado con su enfermedad.

10.2. PROBLEMAS INTERDEPENDIENTE Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE REAL N° 1

Cáncer de mama bilateral (mastectomía y quimioterapia adyuvante), secundario a factor genético, manifestado por tumor de 2x1cm e infiltración de dos ganglios axilares con aspecto metastásico.

PLANEACION

OBJETIVO: La usuaria disminuirá la actividad tumoral y riesgo de metástasis.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

20-Mayo-2005

1. Corroborar la presencia de resultados de laboratorio (Biometría Hemática)
2. Tomar signos vitales
3. Infundir Solución fisiológica 1000 ml, para hidratar en dos horas.
4. Premedicación (diluir en 50 ml de solución fisiológica e infundir en 15 minutos, cada uno de los medicamentos) dosis única:
 - ❖ Ondansetrón 8 mg I.V.
 - ❖ Dexametazona 16 mg I.V.
 - ❖ Ranitidina 50 mg I.V.
 - ❖ Difenhidramina 50 mg I.V.
5. Ministración de medicamentos antineoplásicos:

- ❖ Epirrubicina 100 mg I.V., diluida en 500ml de Sol. Fisiológica, para 1 hora.
 - ❖ Docetaxel 110 mg I.V., diluida en 1000ml de Sol. Fisiológica, para 2 horas.
6. Brindar una relación de confianza a la usuaria.
 7. Orientar al usuario para que informe en cuanto sienta ardor, dolor, sensación de algún piquete o reacción, durante la ministración del medicamento.
 8. Observar el sitio de punción continuamente durante la infusión del medicamento para detectar inflamación, enrojecimiento y comezón, al igual otra reacción adversa.
 9. Registrar procedimientos en hoja de enfermería y libreta del servicio de quimioterapia.
 10. Comentar las medidas de autocuidado, encaminadas a reducir el riesgo de complicaciones: nutrición, higiene, reposo y actividad.

CRITERIOS DE RESULTADO

La usuaria disminuirá la actividad tumoral y el riesgo de metástasis, durante sus 6 ciclos de quimioterapia(febrero-agosto), posteriormente se visitara cada 20 días a la usuaria para verificar que no haya ninguna complicación.

EJECUCION

20-Mayo-2005

1. Se verifican estudios de Biometría Hemática con hemoglobina de 10.3 g/dl y Leucocitos 4,700 células por mm³ de sangre.
2. Se toman signos vitales cada 30 minutos durante la sesión de quimioterapia.

3. Se hidrato con Sol. Fisiológica 1000ml, 8:00 – 10:00hrs.
4. Se ministra Ondansetrón 8 mg 8:15hrs, Dexametazona 16 mg 8:30hrs, Ranitidina 50 mg 8:45hrs, Difenhidramina 50 mg 9:00hrs.
5. Se ministra Epirubicina 100 mg 10:00 – 11:00hrs, Docetaxel 110 mg 11:00 – 13:00hrs.
6. Se le explica antes de hacer algún procedimiento y conversa con la usuaria.
7. Se le informa son los signos y síntomas que puede presentar durante la quimioterapia como son: ausencia de respiración, desesperación, sueño, escalofrío, dolor, ardor y comezón.
8. Se vigilo constantemente el sitio de punción y se le estuvo preguntando como se sentía, no presento ninguna reacción adversa al medicamento.
9. Se anotan los datos del usuario, procedimientos realizados y observaciones en hoja de enfermería y libreta del servicio.
10. En una charla se hace énfasis de los autocuidados que debe realizar y reducir complicaciones, y también se le proporciona información impresa de alimentos ricos en proteínas, carbohidratos y lípidos.

EVALUACION

El objetivo se logro parcialmente, en 30 días se revisara estudios de referencia(Biometría Hemática, función renal y Hepática) para descartar alguna complicación o metástasis.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE POTENCIAL O DE RIESGO N° 2

Complicación potencial: efectos adversos del tratamiento antineoplásico secundario a Quimioterapia.

PLANEACION

OBJETIVO: La usuaria disminuirá el riesgo de los efectos adversos o se detecten oportunamente, por el tratamiento antineoplásico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

31-Mayo-2005

1. Explicar y buscar los posibles efectos adversos (hasta donde la usuaria lo permita)

A) SISTEMICOS:

- ❖ Hipersensibilidad (Prurito, erupción, escalofríos, fiebre, anafilaxia)
- ❖ Inmunosupresión
- ❖ Alopecia
- ❖ Fiebre

B) CARDIOVASCULARES:

- ❖ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ❖ Arritmias

C) SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

- ❖ Cefaleas
- ❖ Depresión
- ❖ Debilidad
- ❖ Neurotoxicidad (daño sensorial y motor)

D) HEMATOLOGICOS:

- ❖ Leucopenia
- ❖ Anemia

E) GASTROINTESTINALES:

- ❖ Diarrea
- ❖ Vómito
- ❖ Mucositis

F) GENITO-URINARIOS:

- ❖ Amenorrea
- ❖ Cistitis Hemorrágica

2. Detectar los efectos adversos oportunamente:

- ❖ Documentar signos vitales, peso e ingesta y estado físico
- ❖ Asegurarse de una hidratación adecuada, al menos 2 litros de agua al día.

3. Incidir con la usuaria y familia sobre la detección de los signos y síntomas de alarma:

- ❖ Fiebre(mayor de 37.8°C)
- ❖ Escalofríos, sudoración muy profusa
- ❖ Diarrea (mas de 8-10 defecaciones a las 24 horas)
- ❖ Calambres musculares
- ❖ Dolor en el sitio de la venopunción
- ❖ Hemorragia no habitual a cualquier nivel

CRITERIOS DE RESULTADO

La usuaria no presentará complicaciones o efectos adversos durante su quimioterapia(febrero-agosto) y comunicará signos y síntomas, atendiéndolos oportunamente a fin de reducir complicaciones.

EJECUCION

(8-Junio-2005, 16:00- 18:00)

1. Se analizó conjuntamente con la usuaria cada uno de los temas por medio de láminas durante dos horas en una sesión.

(4-Junio-2005, 17:00- 18:00hrs)

2. Se inicio a registra en una libreta los signos vitales, peso y estado físico, cada 15 días durante el tratamiento y se le explica porque debe tomar 2 litros de agua al día.

3. Se le enseñó en una charla a la usuaria y familia los signos y síntomas de alarma que puede presentar durante y después de la quimioterapia, se comprometieron a comunicar inmediatamente.

EVALUACION

El Objetivo se logró parcialmente, la usuaria no presentó complicaciones a corto plazo, se cita en 45 días para revaloración de las mismas a mediano plazo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO N° 1

Riesgo de Metástasis secundario a cáncer de mama

PLANEACION

OBJETIVO: La usuaria disminuirá el riesgo de metástasis.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

28-Julio-2005

1. Analizar conjuntamente con la usuaria el tema de Metástasis.
2. Comentar la importancia de asistir a revisión y en la toma de análisis clínicos, para detectar oportunamente una posible metástasis.
3. Ante la presencia de alguna alteración sugerirle que acuda con la enfermera responsable y en conjunto decidirán la conducta a seguir.

CRITERIOS DE RESULTADO

La usuaria disminuirá el riesgo de metástasis en tres meses (Agosto-Noviembre) y realizará la toma de análisis clínicos en un mes.

EJECUCION

4-AGOSTO-2005

1. En una charla se le explicó el tema de metástasis, aclarando dudas a la usuaria, 14:00hrs – 15:00hrs.
2. Se le informo la importancia de asistir a revisión y realizar los análisis clínicos, y se comprometió a realizar todo lo implica un bienestar para su salud, 15:15hrs.

3. Se le proporciono la dirección y número telefónico, al igual que se brindo confianza para que acuda o comunique ante la presencia de alguna alteración, 15:30hrs.

EVALUACION

La usuaria hasta el momento no presenta manifestaciones de metástasis.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO N° 2

Riesgo de deterioro de la movilidad física (Hombro y brazo), relacionado con mastectomía radical en ambas mamas

DEFINICIÓN: Estado en que el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar una limitación del movimiento físico.

PLANEACION

OBJETIVO: La usuaria mejorará la movilidad en ambos brazos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

23-Mayo-2005

1. Explicar la necesidad de aumentar la movilidad al máximo grado posible tolerado y mencionar los peligros que conlleva la inmovilidad.

2. Decir a la usuaria que eleve el brazo afectado con una almohada cuando este sentada o dormida.

3. Enseñar ejercicios concretos, los realizara diariamente en sesión de 30 minutos o a tolerancia, tales como:

- ❖ Dar vueltas a una cuerda atada al picaporte de una puerta.
- ❖ Ascender la pared con las manos.
- ❖ Oscilaciones con los brazos.

4. Informarle sobre la complicación de linfedema e identifique cualquier signo o síntoma, como:

- ❖ Aumento del edema (en incisión o brazo)
- ❖ Entumecimiento o hormigueo.
- ❖ Deterioro de la movilidad de la mano o brazo.

CRITERIOS DE RESULTADO

La usuaria mejorará la movilidad en ambos brazos, realizando ejercicios de acuerdo a su cirugía, en un mes.

EJECUCION

25-Mayo-2005

1. Se le explico en una charla la importancia aumentar la movilidad en ambos brazos y los peligros de la inmovilidad, 17:00hrs.
2. Se realizó una demostración de cómo colocar la almohada en cada brazo, ya sea sentada o dormida, 17:15hrs.
3. En conjunto con la usuaria, se realizaron los diferentes ejercicios (hombros y brazos), guiándonos con imágenes impresas, en sesión de 30 minutos 17:45hrs.
4. Por medio de una platica, se le explico la complicación de linfedema y los signos y síntomas que puede presentar e identifique oportunamente, 18:30hrs.

EVALUACION

El objetivo se logró completamente, la usuaria mejoro su movilidad en ambos brazos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL N° 3

Alteración de la mucosa oral, relacionado con efectos secundarios de medicamentos antineoplásicos, manifestado por malestar en la cavidad oral, lesiones, hiperemia y halitosis.

DEFINICIÓN

Alteración de la mucosa oral: estado en que una persona experimenta una alteración en los tejidos de la cavidad oral

PLANEACION

OBJETIVO: La usuaria mejorará la integridad de la mucosa oral, en dos semanas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

24-Mayo-2005

1. Explicar la necesidad de una higiene bucal diaria y meticulosa, con cepillo de cerdas suaves.

2. Mencionar al usuario que realice diariamente lo siguiente:

- ❖ Realizar los cuidados bucales después de las comidas y antes de acostarse.
- ❖ Hacer enjuagues bucofaríngeos con una cucharada de bicarbonato sódico mezclada en un vaso de con agua.
- ❖ Aplicar lubricante en los labios cada dos horas (ejemplo: vaselina y lobello)
- ❖ Examinar la boca en busca de lesiones e inflamación y notificar cualquier alteración.

3. Enseñar las medidas de precaución:

- ❖ Respirar por la nariz en vez por la boca.
- ❖ Ingerir líquidos blandos y semisólidos como la gelatina, licuados.

- ❖ Evitar dulces, alimentos muy especiados, caliente y ácidos.

CRITERIOS DE RESULTADO

La usuaria mejorará su integridad de la mucosa oral, en dos semanas, y adquirirá conocimientos y destreza en tres días sobre higiene bucal y medidas de precaución.

EJECUCION

27-Mayo-2005

1. Por medio de una platica, se explica el cepillado de dientes con cepillo de cerdas suaves y bicarbonato sódico, 16:00 hrs.
2. En una charla se le explica lo que debe realizar para mejorar su mucosa oral, 16:30hrs.
3. Se le enseñaron las medidas de precaución, por medio de una lamina con imágenes, 16:30-17:30hrs.

EVALUACION

El objetivo se logró completamente, la usuaria refiere mejoría en su mucosa oral.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL N° 4

Ansiedad relacionado con el conocimiento insuficiente de los efectos de la Quimioterapia, manifestado por miedo, nerviosismo, expresión de sufrir complicaciones e insomnio.

DEFINICIÓN

Ansiedad: estado en que la persona experimenta una sensación de inquietud (leve o intensa) cuyo origen con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo.

PLANEACION

OBJETIVO: La usuaria disminuirá su ansiedad antes, durante y después de la quimioterapia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

28-MAYO-2005

1. Animar a la usuaria a expresar sus preocupaciones y opinión en relación con la quimioterapia. Aplazar la enseñanza en caso de que haya alto grado de ansiedad.
2. Analizar conjuntamente con la usuaria el tema de quimioterapia y efectos secundarios.
3. Brindar apoyo moral, confianza y empatizar, para que comunique inmediatamente si se presenta algún efecto secundario del tratamiento durante y después de este.
4. Enseñar a la usuaria las técnicas de relajación, ejercicios de respiración profunda y manualidades o actividad recreativa.

CRITERIOS DE RESULTADO

La usuaria disminuirá su ansiedad en un mes y adquirirá conocimientos de la quimioterapia en dos semanas, compartirá sus sentimientos en relación con su tratamiento y describirá los efectos secundarios frecuentes en una semana.

EJECUCION

2-ABRIL-2005

1. Por medio de una plática la usuaria expresa lo que le preocupa y conoce de la quimioterapia, 16:30 hrs.
2. Se le proporciono un documento impreso del tema de quimioterapia y que hacer ante un efecto, analizándolo conjuntamente y aclarando dudas a la usuaria, 17:00hrs.
3. En una conversación se le explica el interés en ayudarla y lo importante de que le demuestre confianza y empatize, para así poderla ayudarla y actuar ante un efecto secundario, 17:30hrs.
4. Se le enseñó a pintar en tela, el ejercicio de respiración profunda, técnicas de relajación como: escuchar música, masaje en espalda, baño de agua tibia y lectura, en una sesión de 17:30-19:00 hrs. (Se comprometió a pintar en tela por las tardes)

EVALUACION

El objetivo se logró completamente, ya que la usuaria disminuyo su ansiedad durante y después de la quimioterapia.

XI. CONCLUSIONES

Llego a la conclusión que haber realizado el proceso de enfermería con una usuaria de cáncer de mama me fue de gran ayuda para los conocimientos en el área de la salud para así promover un estilo de vida saludable en la población.

La teoría de Virginia Henderson permite valorar ampliamente las necesidades humanas a fin de aplicar acciones que favorezcan el bienestar del individuo.

Las etapas del proceso de Enfermería permiten el razonamiento y abre las puertas para brindar una atención integral tomando en cuenta las dimensiones física, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del individuo.

Los logros son del usuario y la satisfacción de ver realizadas sus necesidades son de la Enfermera.

Este trabajo me ha demostrado que la buena y acertada aplicación del proceso de enfermería se ven en el resultado final, que como profesionales de la salud obtenemos una respuesta favorable o desagradable del usuario.

XII. SUGERENCIAS

- ❖ Que en la Escuela de Licenciatura en Enfermería, anexas al plan de estudios el proceso de enfermería en los primeros semestres de la carrera, para llevarlo en la practica clínica en cada uno de los semestres y tener las bases integradas para al momento de finalizar la profesión se facilite su aplicación en los usuarios.
- ❖ Que los profesionales de enfermería encontremos nuestra identidad profesional para sobrevivir como profesión independiente, es el de identificar qué es lo que hacemos, como y para quién lo hacemos y por qué son necesarios nuestros servicios, por esta razón invito a las futuras licenciados en Enfermería, a tomar el proceso de enfermería como opción de Titulación.
- ❖ Orientar a la población femenina en etapa reproductiva y adulta mayor, sobre la importancia de realizar la autoexploración mamaria todos los meses después de la menstruación recomendando que sea de 7 a 14 días ya que en esta etapa se encuentra menos sensibles los senos ni inflamados.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Brunner y Sudarth., “Enfermería Médico Quirúrgica, volumen 2, 9ª Edición, Ed. McGraw-Hill, Interamericana, España 2002.
- 2.- B. Kozier, G. Erb, K. Blais., “Fundamentos de Enfermería Conceptos, proceso y práctica”, Volumen 1, 5ª Edición 1999, Ed. McGraw-Hill, Interamericana.
- 3.- L. J. Carpenito, “Fundamentos de cuidados y documentación e Enfermería, 1ª Edición, Ed. McGraw-Hill Interamericana, Madrid 1994.
- 4.- L. J. Carpenito, “Diagnóstico de Enfermería”, 5ª Edición, Ed. McGraw-Hill, Interamericana, Madrid 1995.
- 5.- Rodríguez S. Bertha A., “Proceso Enfermero Aplicación Actual”, 2ª Edición 2002, Ed. Cuellar.
- 6.- Strohl Roberta., “Enfermería y cáncer 1”, Capítulo 5. Ed. Harcourt Brace, 1ª edición España.
- 7.- Shirley E. Otoo, “Enfermera Oncología”, 3ª Edición 1999, Ed. Harcourt Brace.
- 8.- Tomey Ann Marriner, R. A. Martha., “Modelo y Teorías en Enfermería”, Capítulo 8, 5ª Edición 2003, Ed. Elsevier.
- 9.- www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adultos
- 10.- www.elmundosalud.com.
- 11.- www.saludhoy.com/htm/mujer/canseno1.html.
- 12.- www.terra.es/personal/duenas/pae.

XIV. GLOSARIO DE TERMINOS

Alopecia: Pérdida del cabello, por lo general temporal, como resultado del uso de los medicamentos de quimioterapia.

Anemia: Cantidad muy baja de glóbulos rojos. Los síntomas de la anemia incluyen cansancio, debilidad y dificultad para respirar.

Anorexia: Falta de apetito, usted no puede comer.

Antihemético: Medicina para prevenir o controlar las náuseas y los vómitos.

Benigno: Término que se utiliza para describir un tumor que no es canceroso.

Cáncer: Un término generalizado para más de 100 enfermedades en las cuales las células anormales crecen sin control. También se usa para referirse a un tumor maligno o canceroso.

Cáncer de mama: es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios.

Citostáticos: son fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de las células tumorales, alterando la división celular y destruyendo las células que se multiplican más rápidamente. Por estos motivos este tipo de fármacos se usan en el tratamiento farmacológico (quimioterapia) de enfermedades neoplásicas, como terapia única o asociada a otras medidas: Cirugía, radioterapia, hormonoterapia, o inmunoterapia.

Cromosomas: Cuerpos en forma de hilos que se encuentran en el núcleo, o parte central de una célula y que contienen la información genética.

Cuidado paliativo: Tratamiento para aliviar los síntomas causados por el cáncer incurable. Ayuda a las personas a vivir con menos molestias.

Estomatitis: Llagas en la mucosa de la boca.

Estudios clínicos: Estudios de investigación médica llevados a cabo por voluntarios. Cada estudio está diseñado para encontrar la respuesta a preguntas científicas y para encontrar mejores métodos de detectar, prevenir o tratar el cáncer.

Fibroquística: caracterizada por pequeños quistes e induraciones que le dan a los senos una apariencia irregular a la palpación.

Gastrointestinal: Referente al tracto digestivo, el cual incluye la boca, el esófago, el estómago y los intestinos.

Hiperemia: Aumento de la cantidad de sangre presente en una parte del cuerpo.

Halitosis: Olor desagradable del aliento debido a una mal higiene oral, existencia de infecciones dentales o bucales.

Hormonas: Sustancias naturales liberadas por un órgano que pueden influir la función de otros órganos del cuerpo y el crecimiento de algunos tipos de cáncer.

Infusión: Administración intravenosa lenta o prolongada de un medicamento o líquidos.

Intraarterial: Dentro de una arteria.

Intratecal (IT): Dentro del líquido espinal.

Linfedema: es la inflamación, rigidez o dolor y pérdida de la movilidad en el brazo después de la extirpación ganglionar

Maligno: Canceroso.

Mastalgia: Es el trastorno benigno de la mama más frecuente.

Médula ósea: El tejido esponjoso en el interior de los huesos donde se producen las células de la sangre.

Metástasis: La diseminación de las células cancerosas a zonas del cuerpo distantes a través del sistema linfático o del torrente sanguíneo.

Neuropatía periférica: Condición del sistema nervioso que generalmente empieza con síntomas de entumecimiento, hormigueo, ardor o debilidad en las manos o los pies. Puede ser causada por ciertos medicamentos anticancerosos.

Oncólogo: Médico que se especializa en atender a personas que padecen de cáncer.

Plaquetas: Células especiales de la sangre que obstruyen los vasos sanguíneos dañados y ayudan a que la sangre coagule para detener el sangrado.

Quimioterapia: El uso de medicamentos para tratar el cáncer. El término se refiere generalmente a los medicamentos usados para tratar el cáncer.

Radioterapia: El uso de partículas de alta energía o subatómicas para tratar la enfermedad. Existen varios tipos de radiación tales como los rayos-X, el rayo electrón, las partículas alfa y beta, y los rayos gama.

Recuento de células sanguíneas: El número de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en una muestra de sangre.

Terapia adyuvante: Medicamentos quimioterapéuticos (incluidas las hormonas) administrados después de la cirugía o la radiación, o ambas, para ayudar a prevenir la reaparición del cáncer.

Terapia neoadyuvante: Medicamentos quimioterapéuticos (incluidas las hormonas) administrados antes de la cirugía o la radiación para reducir el tamaño del tumor.

Tumor: El crecimiento anormal de células o tejidos. Los tumores son benignos (no cancerosos) o malignos

XV. ANEXOS

VALORACION DE ENFERMERIA

Valoración de Enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas.

I.- VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellido_____

Fecha de Nacimiento_____ Edad_____ Sexo_____

Familiar / persona para contactar_____ Teléfono_____

T / A_____ F.C._____ Ta_____ F.R._____

Piel:

Color: normal_____pálida_____cianótica_____otras_____

Edemas: sí_____no_____descripción / localización_____

Lesiones: sí_____no_____descripción / localización_____

Prurito: sí_____no_____descripción / localización_____

Sentidos corporales: vista_____oído_____olfato_____gusto_____tacto_____

Enfermedades graves / operaciones: sí_____no_____cuales_____

Secuelas: sí_____no_____especificar_____

Tabaquismo___Abuso de alcohol___Cafetismo___Uso de sustancias toxicas_____

Debetes_____HTA_____Alergias_____Especificar_____

II.- VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. - NECESIDAD DE OXIGENACION

Respiración: Frecuencia_____/min. Calidad: normal___superficial___rápida___otros_____

Ruidos a la auscultación: sí_____no_____descripción / localización_____

Tos: sí_____no_____secreciones: sí_____no_____dolor al respirar: sí_____no_____

Tabaco: sí__no__ Lo dejo especificar fecha_____consumo: < de 1 paquete al día_____ 1-2 paquetes al día_____ > de 2 paquetes al día_____
Otras Drogas: sí__no__ Tipo_____Uso_____
¿Tiene alguna alergia respiratoria? Sí__no__ ¿De qué tipo? _____
T / A_____ F.C._____ Pulso: fuerte__débil__regular__irregular__

2. – NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACION

Peso_____ Talla_____
Ingesta habitual: desayuno_____comida_____merienda_____cena_____
Dieta especial: sí__no__ Tipo de dieta_____
Ingesta de Líquidos: <de 1 litro / día_____ 1-2 litros / día_____ >de 2 litros / día_____
Intolerancia a alimentos: sí__no__ ¿Cuáles? _____
Apetito: normal__disminuido__aumentado__náuseas__vómito_____
Fluctuaciones de peso (últimos 6 meses): sí__no__ Kg. Ganados / perdidos_____
Problemas de:
Masticación: Sí__no__ Usa prótesis dental_____
Deglución: Sí__no__ Sólidos_____ Líquidos_____ Ambos_____
Digestión: Sí__no__ Tipos: gases__ardor__pesadez__dolores__otros_____
Prótesis dental: sí__no__ superior_____ inferior_____
¿La piel esta hidratada?(Cuándo se pellizca, ¿la marca dura un rato?)si__no__
¿Come entre comidas? : rara vez__con frecuencia__con mucha frecuencia_____
¿Necesita ayuda? : prepara la comida__comer____trocea los alimentos_____

3. –NECESIDAD DE ELIMINACION

Intestinal:
Frecuencia_____Estreñimiento_____Diarrea_____incontinencia_____
Ostomía: sí__no__ Tipo_____ autocuidado: sí__no__
Problemas de: Hemorroides_____ Sangrado_____ Heces negras__otros_____
Uso de laxantes o rutinas: sí__no__ ayudas empleadas_____

Urinaria:

Frecuencia: _____ Disuria _____ Nicturia _____ incontinencia _____ pañal _____
Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja _____ rojo _____
¿Has sufrido alguna enfermedad urinaria? Sí _____ no _____ ¿Cuáles? _____
Sonda vesical _____ fecha de último sondaje _____

Cutánea:

Sudoración cutánea: sí _____ no _____ Sudoración profusa: sí _____ no _____
Menstruación : regular _____ irregular _____ abundante _____ Dolorosa _____
Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿Son abundantes? Sí _____ no _____
¿Tiene molestias (fuera de la menstruación) Sí _____ no _____

4. – NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado _____ alerta _____ inexpressivo _____ hostil _____ inadecuado _____
Comportamiento motor inhibido: inhibición _____ agitación _____ temblores _____
rigidez _____ Incoordinación _____ inquietud _____
Postura: erecto _____ decaído _____
Modo de andar: normal _____ acelerado _____ tambaleante _____ lento _____
Limitaciones físicas: temblores _____ permanentes _____ ¿Cuáles? _____
Aparatos de ayuda: ninguno _____ bastón _____ muletas _____ andador _____ otros _____
Vértigo: Sí _____ no _____ ¿Siente dolor o rigidez articular? Sí _____ no _____
¿Hace ejercicio? Sí _____ no _____ Tipo _____ ¿Cuanto tiempo? _____
¿Practica algún deporte? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

5. –NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ Otros descansos _____
Problemas de sueño: al inicio _____ interrumpido _____ (no de veces _____) Despierta temprano _____ Sueño excesivo _____ pesadillas _____ Tipo _____
Sensación después de dormir: descanso _____ cansado _____ confuso _____ otros _____
Factores que afectan el sueño _____
Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____ fármacos _____ otros _____

6. –NECESIDAD E VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿Es capaz de vestirse por sí misma? Sí___no___ con limitaciones___

Alergias a determinados tejidos: Sí___no___ ¿Cuáles? _____

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca___ bastante___ mucha___

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? Sí___no___

Otros aspectos de interés_____

7. –NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura corporal: normal___ hipotermia___ hipertermia___ Ta___

Sudoración cutánea: Sí___no___ ¿Están fríos sus pies y/o manos? Sí___no___

¿Si fuese necesario sería capaz de mirarse usted mismo la Temperatura?

Sí___no___

8. –NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño___ ducha___ frecuencia_____

Cepillado de dientes. Sí___no___ frecuencia_____

Autónomo: Sí___no___ Necesita ayuda: Sí___no___ Especificar_____

Descuidado en: Cabello___ dientes___ uñas___ Su piel es: seca___grasa___

¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, eccema) Descríbalo_____

Sus cabellos son: secos___grasos___se rompe con facilidad_____

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Sí_____no_____

9. –NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento___ Confuso___ Apático___ Hipervigilante___ Diatraidado___ fluctuante___

No responde a estímulos: Sí___no___ Solo sigue instrucciones_____

Orientación Espacio-Tiempo-Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) especificar_____

Espacio:(país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar_____

Persona: (reconoce personas significativas) Especificar_____

Alteraciones perceptivas: Auditivas_____Tipo_____ Visuales_____Tipo_____

Táctiles_____ Tipo_____ Olfativas_____ Tipo_____

Localización de la percepción: interna_____ externa_____

Auto descripción de si mismo:

Alegre___Triste___Confiada___desconfiada___ Tímida___ inquieta_____

Sobre valoración de logros_____ Exageración de errores_____ Infravaloración_____

Auto evaluación general y competencia personal: Positiva_____ Negativa_____

Sentimientos respecto a ello: inferioridad__superioridad__Tristeza__Culpabilidad__

Inutilidad__Impotencia__ansiedad__ Miedo__ Rabia__ Depresión__ Otros _____

Alergia a una sustancia o medicamentos: Sí___no___ Cuales_____

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella_____o para

Otros_____Especificar_____

Precauciones más vigilancia _____poner barandillas_____contención mecánica_____

10. – NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento-lenguaje:

Contenido: coherente y organizado__distorsionado__descripción de la alteración__

Curso del pensamiento:

Inhibido___acelerado___perseverancia___incoherencia___desorganizado___

Formas de expresión:

Claro___organizado___cohorente___confuso___desorganizado_____

Incoherente_____tartamudeos_____ autista_____

Humor: Deprimido__triste__ansios__eufórico__fluctuante__apático__otros_____

Lenguaje:

Velocidad: rápido_____lento_____paroxístico_____

Cantidad: Abundante_____ escaso_____lacónico_____verborreico_____

Tono y modulación: Alterado_____tranquilo_____hostil_____

Vive: solo___acompañado___lugar que ocupa en la familia___rol_____

Principal confidente_____

Personas con las que se relaciona a diario_____

Su relación es: Satisfactoria_____insatisfactoria_____indiferente_____

Tiempo que pasa solo y porque _____

Tiempo que pasa con amigos y compañeros_____

Sexualidad: Última regla_____Anticonceptivos: Sí___no___ Motivos_____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: Sí___no___ Motivos_____

Numero de Embarazos_____Realiza auto-examen: Sí___no___

11. –NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? _____

Religión: Católica romana_____protestante_____judía_____otra_____

Desea realizar prácticas religiosas: Sí___no___ ¿Visita al capellán? : Sí___no___

En caso de no poder tomar decisiones, ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12. –NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gusta: Sí_____no_____

Si la respuesta es si, explíquese_____

Problemas laborales: Sí___no___ Cuales:_____

Tiempo dedicado al trabajo_____Tiempo dedicado al ocio_____

Capacidad de decisión: Sí___no___ Resolución de problemas: Sí___no___

Grado de incapacitación personal atribuida_____

13. –NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco_____Mucho_____Suficiente_____

¿Cuál es su diversión preferida? _____

Perdida de interés por las actividades recreativas: Sí___no___

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales_____

14. –NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: Reciente_____ remota_____

Inteligencia general: Adaptado al momento_____ retraso en el desarrollo_____

Comportamiento indicativo de interés en el aprendizaje:

Pregunta____Escucha____Interés____Desinterés____Propone alternativa____

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Sí____no____Cuales_____

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra? _____

ETIQUETAS DIAGNOSTICAS DE LA NANDA SEGUN LAS 14 NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

1.- NECESIDAD DE RESPIRACION:

- 1.4.2.1 Gasto cardíaco, disminución del
- 1.5.1.1 Intercambio gaseoso, deterioro del
- 1.5.1.2 Vías aéreas, limpieza ineficaz de las
- 1.5.1.3 Respiratorio, patrón: ineficaz
- 1.5.1.3.1 Ventilación espontánea, dificultad para mantener la
- 1.5.1.3.2 Destete respiratorio, respuesta disfuncional al
- 1.6.1.1 Asfixia, alto riesgo de
- 1.6.1.4 Aspiración, alto riesgo de

2.-NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN:

- 1.1.2.1 Nutrición, alteración de la: por exceso
- 1.1.2.2 Nutrición, alteración de la: por defecto
- 1.1.2.3 Nutrición, alteración potencial de la: por exceso
- 1.4.1.2.1 Líquidos, exceso del volumen de
- 1.4.1.2.2.1 Líquidos, déficit de volumen de
- 1.4.1.2.2.2 Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de
- 6.5.1 Autocuidado, déficit de: alimentación
- 6.5.1.1 Deglución, deterioro de la
- 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
- 6.5.1.2.1 Lactancia materna interrumpida
- 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz

- 6.5.1.4 Alimentación infantil inefectivo, patrón de

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

- 1.3.1.1 Estreñimiento
- 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo
- 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico
- 1.3.1.2 Diarrea
- 1.3.1.3 Fecal, incontinencia
- 1.3.2 Urinaria, alteración de la eliminación
- 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo
- 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja
- 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia
- 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional
- 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total
- 1.3.2.2 Urinaria, retención
- 6.5.4 Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc

4.- NECESIDAD DE MOVILIZACION:

- 1.6.1.5 Desuso, alto riesgo de síndrome de
- 6.1.1.1 Movilidad física, trastorno de la
- 6.1.1.1.1 Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción
- 6.1.1.2 Actividad, intolerancia a la
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.1.1.3 Actividad, alto riesgo de intolerancia a la

5.- NECESIDAD DE REPOSO/SUEÑO:

- 6.2.1 Sueño, alteración del patrón del

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA :

- 6.5.3 Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento

7.- NECESIDAD DE TEMPERATURA:

- 1.2.2.1 Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de la
- 1.2.2.2 Hipotermia
- 1.2.2.3 Hipertermia
- 1.2.2.4 Termorregulación ineficaz

8.- NECESIDAD DE HIGIENE/PIEL

- 1.4.1.1 Perfusión hística, alteración de la (especificar) renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.
- 1.6.2.1 Hística, deterioro de la integridad
- 1.6.2.1.1 Membrana mucosa oral, alteración de la
- 1.6.2.1.2.1 Cutánea, deterioro de la
- 1.6.2.1.2.2 Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad
- 6.5.2 Autocuidado, déficit de: baño/higiene

9.- NECESIDAD DE SEGURIDAD:

- 1.2.1.1 Infección, alto riesgo de
- 1.2.3.1 Disreflexia
- 1.6.1 Lesión, alto riesgo de
- 1.6.1.2 Intoxicación, alto riesgo de
- 1.6.1.3 Traumatismo, alto riesgo de
- 1.6.2 Protección, alteración de la
- 3.2.2 Familiares, alteración de los procesos
- 3.2.2.1 Rol de cuidador, sobreesfuerzo en el
- 3.2.2.2 Rol de cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el
- 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo
- 5.1.1.1.3 Negación ineficaz
- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- 5.2.1 Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual)
- 6.6 Crecimiento y desarrollo, alteración del
- 6.7 Traslado, síndrome de estrés por
- 9.1.1 Dolor
- 9.1.1.1 Dolor crónico
- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.2.1.2 Duelo anticipado
- 9.2.2 Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros
- 9.2.2.1 Automutilación, alto riesgo de
- 9.2.3 Post-traumática, respuesta
- 9.2.3.1 Violación, síndrome trauma de
- 9.2.3.1.1 Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta
- 9.2.3.1.2 Violación, síndrome traumático de: reacción silente
- 9.3.1 Ansiedad
- 9.3.2 Temor

10.- NECESIDAD DE COMUNICACION:

- 2.1.1.1 Comunicación verbal, trastorno de la
- 3.1.1 Social, deterioro de la interacción
- 3.1.2 Social, aislamiento
- 3.2.1.2.1 Sexual, disfunción

- 3.3 Sexualidad, alteración de los patrones de
- 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz
- 7.2 Senso -perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, auditivas, cenestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias.

11- NECESIDAD DE RELIGIÓN/CREENCIAS:

- 4.1.1 Espiritual, sufrimiento
- 5.2.1.1 Tratamiento, no-seguimiento del (especificar)
- 5.3.1.1 Decisiones, conflicto en la toma de (especificar)
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia

12- NECESIDAD DE TRABAJAR / REALIZARSE:

- 3.2.1 Rol, alteración en el desempeño del
- 3.2.1.1.1 Parenteral, alteración
- 3.2.1.1.2 Parenteral, alto riesgo de alteración
- 3.2.3.1 Parenteral, conflicto del rol
- 5.1.1.1.1 Adaptación, trastorno de la
- 5.4 Salud, conductas generadoras de (especificar)
- 6.4.1.1 Hogar, dificultades en el mantenimiento del
- 6.4.2 Salud, alteración en el mantenimiento de la
- 7.1.1 Imagen corporal, trastorno de la
- 7.1.2 Autoestima, trastorno de la
- 7.1.2.1 Autoestima, déficit de: crónico
- 7.1.2.2 Autoestima, déficit de: situacional
- 7.1.3 Identidad personal, trastorno de la

13.- NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS:

- 6.3.1.1 Actividades recreativas, déficit de

14.- NECESIDAD DE APRENDER:

- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- 8.1.1 Conocimientos, déficit de (especificar)
- 8.3 Pensamiento, alteración de los procesos de ⁴⁷

⁴⁷ www.terra.es/personal/duenas/pae.