



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADEMICA DE ENFERMERÍA

"PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDÁRIZADO EN PACIENTE
CON CÁNCER DE MAMA"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

JUANA LORENZA PÉREZ CANO

YADIRA SANTILLÁN ESCAMILLA

ASESOR:

MCE. EVILA GAYOSSO ISLAS

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, DICIEMBRE 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADEMICA DE ENFERMERÍA

**"PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDÁRIZADO EN PACIENTE
CON CANCER DE MAMA"**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

JUANA LORENZA PÉREZ CANO
YADIRA SANTILLÁN ESCAMILLA

PRESIDENTE: M.C.E EVÍLA GAYOSSO ISLAS

SECRETARIO: M.C.E CECÍLIA SÁNCHEZ MORENO

VOCAL: M.C.E MARIA LUÍSA SÁNCHEZ PADILLA

VOCAL: LIC. ROSALINDA TÉLLEZ TÁPIA

VOCAL: LIC. ELVIA TÉLLEZ ROSAS

DEDICATORIA

A Dios, quien como ser espiritual me ha dado la oportunidad de vivir y soñar, guiando siempre mi camino para salir adelante.

A mis padres quienes representan ese motor que mueve y guía cada pasó de mi vida.

A esas personas especiales que con su incondicional cariño y apoyo me han mostrado que la sencillez de la vida conlleva de manera ideal hacia el fin último de todo ser humano, el ser feliz.

JUANA LORENZA PEREZ CANO.

DEDICATORIA

A Dios por la fortaleza que me ha dado para seguir día a día a pesar de las barreras encontradas.

A mis padres Esteban y Petra, mi agradecimiento y amor eterno.

A mis abuelos ya que en su momento apoyaron en mi infancia, y me han dado el gran ejemplo, así como mis padres, de dar amor, respeto, y luchar por lo que se quiere.

A mi tío Magdaleno, que me dejó un gran ejemplo en la vida, a mi tía Guillermina, quien es para mí un ejemplo de luchar por lo que se quiere, y ser mejor siempre.

A mis amigas que en todo momento me han demostrado su apoyo en lo profesional y en lo personal.

YADIRA SANTILLÁN ESCAMILLA.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres por su apoyo, sus esfuerzos, por creer en nuestras capacidades y acompañarnos durante nuestra profesión.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, al Instituto de Ciencias de la Salud, por permitirnos ser parte del grupo de alumnos afortunados y seleccionados para estudiar en esa casa de estudios.

A la M.C.E Evila Gayosso Islas, por ser nuestra asesora, le agradecemos de todo corazón por su tiempo e interés.

A los profesores del área academia de enfermería que en el transcurso de nuestra estancia en la UAEH compartieron con nosotras sus conocimientos.

JUANA LORENZA PÉREZ CANO.

YADIRA SANTILLÁN ESCAMILLA.

INDICE

1. INTRODUCCION	1
2. JUSTIFICACION	3
3. OBJETIVOS	5
3.1 OBJETIVO GENERAL	
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	
4. MARCO TEORICO.....	6
5. PATOLOGIA CANCER DE MAMA.....	11
6. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	27
7. NIVELES DE PREVENCION.....	28
8. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	29
9. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	40
9.1 PLAN DE CUIDADOS DE CANCER DE MAMA	41
10. CONCLUSIONES.....	74
11. BIBLIOGRAFIA	75
12. ANEXOS	77
13. GLOSARIO.....	97

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una ciencia basada en teorías y modelos que permite demostrar las condiciones ideales en las que se produce un fenómeno y los modelos de enfermería son una descripción simbólica, en términos lógicos de la situación ideal y simplificada que muestra la estructura de la enfermería como sistema de atención basada en el cuidado a la persona sana o enferma, familia y comunidad, por lo que el proceso de cuidado como método de la enfermería estimula la integración teórica y desarrollo del conocimiento.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE), es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada, está integrado por un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales del individuo, está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

De las 5 etapas del PAE, nos enfocamos a la planeación, elaborando un plan de cuidados estandarizado en paciente con cáncer de mama, este describe el proceso de acción del profesional de enfermería, siendo un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación.

El presente plan de cuidados estandarizado en paciente con cáncer de mama, contiene aspectos teórico-metodológicos, y está organizado en el siguiente orden: se inicia con una Introducción, Justificación, Objetivos, y Marco Teórico, en donde

se abordan aspectos generales del PAE., sus 5 etapas, y la Taxonomía de Diagnósticos enfermeros: North American Nursing Diagnostic Association (NANDA), Clasificación de resultados de enfermería: Nursing Outcomes Classification (NOC) y Clasificación de intervenciones de enfermería: Nursing Interventions Classification (NIC).

Se continúa con la elaboración del plan de cuidados desarrollando los diferentes tipos de diagnósticos, reales, de riesgo o potenciales y de salud, enfocándonos al cuidado de las pacientes que ya presentan la enfermedad en cualquiera de sus estadios, utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

2. JUSTIFICACION

El cáncer de mama constituye en México la primera causa de muerte por enfermedad de cáncer en la población femenina. Actualmente en nuestro país el cáncer de mama es un problema de salud pública, es desde 2006 la primera causa de muerte oncológica en mujeres en edad reproductiva, según el subdirector de Extensión y Desarrollo Académico del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en 28 años éste padecimiento se incrementó anualmente en 1.7%, mientras que el carcinoma cérvico-uterino descendió 1.2%.

En México, empezó a incrementarse la incidencia en forma importante a partir de la década de los 80 y presenta una tendencia sostenida al alza; se prevé una elevación de más de 16 mil 500 casos por año para 2020, la estructura demográfica ha cambiado en México y la población en edad reproductiva y de la tercera edad va en aumento, lo que conlleva un mayor riesgo para el incremento de este padecimiento, por lo que el plan de cuidados estandarizado en paciente con cáncer de mama nos permite planear los resultados deseados e intervenciones adecuadas en beneficio de las pacientes, apoyadas en el Proceso Atención de enfermería.

El PAE, es un Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes, centrados en el logro de resultados esperados. Desde hace varios años, la práctica de enfermería ha ido cambiando con la aplicación del PAE como un método de prestación de cuidados, la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje y diagnósticos propios incorporando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, que contiene criterios de resultado sensibles a la práctica de enfermería con indicadores específicos, nos permite la unificación de acciones de enfermería.

Darmer y Cols, en un estudio retrospectivo, evaluaron la implementación de planes de cuidados. El estudio concluyó que la implementación estructurada de un programa de planes de cuidados para la práctica clínica muestra evidencia de que las enfermeras que usan los Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados desarrollan nuevas estrategias para mejorar la atención del paciente.

El plan de cuidados de enfermería estandarizado en paciente con cáncer de mama permitirá guiar la práctica e impulsar al profesional a realizar un cuidado integral, holístico, especializado, individualizado y de alta calidad.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar un Proceso Atención de Enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC, para proporcionar cuidados a la paciente con cáncer de mama.

3.2 OBJETIVO ESPECIFICO:

- Conocer el manejo de la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
- Identificar las intervenciones y actividades de enfermería que se proporcionan a la paciente con Cáncer de mama.
- Valorar el riesgo de padecer Cáncer de mama.
- Identificar las acciones de promoción y prevención para el Cáncer de mama en las mujeres.

4. MARCO TEORICO

4.1 EPIDEMIOLOGIA

Enfermedad de gran magnitud, considerada como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. La organización mundial de la salud (OMS) considera que es una de las causas principales de muerte en la población. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo. De acuerdo a la OMS en los últimos 25 años se duplico el número de nuevos casos anuales, aunque la mortalidad ha disminuido en países desarrollados debido a la realización de diagnósticos tempranos y tratamientos más efectivos. La iniciativa mundial de la salud de la mama conocida por la sigla BHGI tiene como objeto formular normativas basadas en evidencias, económicamente factibles y culturalmente apropiadas, que puedan usarse en las naciones con recursos limitados para la atención sanitaria, afín de mejorar el desenlace en las pacientes con cáncer de mama. Anderson 2007

La incidencia y mortalidad por cáncer de mama varía significativamente de un país a otro. Observándose que en países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra y España su incidencia se incrementó de 1973 a 2004 aproximadamente 0.94 a 4 % por año sobre todo en mujeres mayores de 55 años, con diagnósticos cada vez más tempranos y más localizados lo que ha permitido una disminución de la mortalidad e incremento de la supervivencia.

En países subdesarrollados como los de América Latina este cáncer es más frecuente en mujeres de 40 a 75 años de edad. En nuestro país actualmente el carcinoma mamario es la neoplasia maligna invasora más común y es la causa más frecuente de muerte por enfermedad maligna en la mujer constituyendo el 20 a 25% de todos los casos del cáncer en la mujer y contribuyendo con un 15-20 % de la mortalidad por cáncer. De acuerdo a Registro Histopatológico de Neoplasias

Malignas el número de nuevos casos que se presentaron en México en el 2004 fue de 13, 895, ^{RHNM SS, 2004} siendo los estados con mayor frecuencia: DF, Jalisco, Nuevo León, Veracruz y Estado de México, con mayor índice de mortalidad al producir 14 muertes al día con un promedio de 45 años de edad y diagnosticándose el 55% de casos en etapas avanzadas.

La posibilidad de curación y de mejora en la calidad de las pacientes con cáncer de mama depende de la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico y de la aplicación adecuada de todos los conocimientos y recursos validados, incrementando la eficiencia y la calidad técnica, utilizando para ello la evidencia científica.

4.2 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

Las glándulas mamarias: son los órganos encargados de segregar la leche. Existen en ambos sexos, normalmente son dos, derecho e izquierdo situados en la parte anterior y superior del tórax entre la segunda y sexta costilla sobre el musculo pectoral mayor, desde el esternón hasta la línea meso axilar.

El origen embriológico en el hombre y la mujer es el mismo, sin embargo en la pubertad las glándulas del hombre detienen su transformación y permanecen en una forma rudimentaria, mientras que en la mujer continúan su desarrollo. (C.P Anthony 2007)

La glándula mamaria ya desarrollada, está formada de 15 a 20 unidades lobulares, cada unidad está compuesta por lobulillos (donde se produce leche) y conductos (ductos) por donde circulan las secreciones. Cada lóbulo tiene un orificio ductal que se conecta directamente con el pezón. Anexo 1 y 1.1

1. **Los lobulillos** contienen grupos de glándulas diminutas que puede producir leche. después del nacimiento del bebe la leche fluye del seno de la mujer desde los lobulillos al pezón por unos tubos delgados llamados conductos. El espacio entre los lobulillos y los conductos está lleno de grasa y tejido fibroso.
2. Tienen también **vasos linfáticos**. Estos vasos están conectados a masas de tejido pequeñas y redondas llamadas ganglios linfáticos. Hay grupos de **ganglios linfáticos** cerca del seno en la axila, arriba de la clavícula y en el pecho detrás del esternón.
 - Los **ganglios linfáticos axilares**, así llamados por ocupar la axila. Anexo 2.2
 - **Ganglios mamarios externos**: situados sobre el borde lateral del pectoral mayor, siguiendo el curso de la arteria mamaria externa,

sobre la pared del tórax y desde la 6ta a la 2da costilla y en la fascia del serrato. Pueden distinguirse dos grupos, superior e inferior.

- Ganglios escapulares: adosados a los vasos pre-escapulares y a las ramas toraco-dorsales.
- Ganglios centrales: sumergidos en la grasa axilar, siendo los más numerosos e importantes y los que se pueden palpar fácilmente cuando están infartados.
- Ganglios inter-pectorales: situados entre ambos pectorales. Son conocidos como ganglios de (rouer). Esta vía linfática es conocida por ello como Grossman a través de los linfáticos perforantes del pectoral mayor tal pedículo inter-pectoral o intra-mamario (pedículo de Grossman) pueden alcanzar los ganglios supraclaviculares directamente sin pasar por la axila.

El vértice de la mama está constituido por una región redondeada y pigmentada de 15 a 25 mm de diámetro denominada como zona areolar que incluye al pezón y a los tubérculos de Morganni, estos son 15 a 20 pequeñas elevaciones en el pezón en la superficie de la areola. Anexo 1.2.

1. La areola es de color más oscuro que se hiper-pigmenta con el embarazo y se observan unos salientes que corresponden a glándulas sebáceas con un folículo piloso y segregan una sustancia oleoso que lubrica y protege la areola y el pezón, muy sensibles al dolor y la irritación cuando se inicia la experiencia de la lactancia.
2. Los pezones son prominencias cónicas o cilíndricas en el centro de la areola. De 10 a 12 mm de diámetro, carecen de grasa, pelo y glándulas sudoríparas. Se encuentran a la altura del cuarto espacio intercostal. La punta del pezón está fisurada. Los pezones constan, en su mayor parte, de fibras de músculos liso con disposición circular que comprimen los

conductos galactóforos durante la lactancia y enderezan el pezón como respuesta a los estímulos (teolotismo).

3. La envoltura cutánea está formada por la piel que cubre totalmente la cara anterior de la glándula y paseé tres zonas. La que cubre el pezón (zona mamilar), la que cubre la areola (zona areolar) y el resto la zona periférica.
 - En la zona mamilar hay múltiples papilas y gran número de glándulas sebáceas y en su cara profunda, fibras musculares lisas.
 - En la zona areolar es muy pigmentado en su cara profunda tiene fibras musculares lisas que forman el musculo areolar. Existen también glándulas sebáceas sudoríparas y glándulas sebáceas accesorias.
4. La envoltura célula-adiposa es dependencia de la capa subcutánea, que forma una hoja anterior y una hoja posterior.
5. Vascularización de la glándula mamaria, la irrigación sanguínea proviene de:
 - Arteria torácica interna
 - Arteria torácica lateral y toraco-acromial
 - Arteria intercostal posterior
 - Vena axilar
 - Vena torácica interna.
6. Nervios de la glándula mamaria provienen de ramos cutáneos anteriores y laterales (nervios intercostales) cuarto (4) a sexto (6). Los ramos comunican cada ramo ventral con un tronco simpático. Los ramos de los nervios intercostales atraviesan la fascia profunda que cubre el musculo pectoral mayor y llegan hasta la piel, incluida la mama, situada en el tejido subcutáneo sobre el musculo citado.

La mama puede ser cónica, aplanada o cilíndrica y pediculada. El 85% de la mama está constituida de grasa. En general, la forma varía de acuerdo a la abundancia de grasa y a las costumbres de la mujer. El volumen de la mama crece durante la pubertad, después de la menstruación y en el embarazo conserva su aumento de volumen, en la lactancia sufren una regresión durante el periodo de reposo, después de la menopausia experimentan una atrofia.

5. PATOLOGIA CÁNCER DE MAMA

5.1 Definición:

Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular entre los conductos delgados que conectan a modo de ramas de un árbol los racimos de lóbulos y lobulillos que componen la glándula mamaria. (Francone Lossow Jacob 2009)

5.2 Fisiopatología:

El cáncer empieza en las células las cuales son las unidades básicas que forman los tejidos. Los tejidos forman la glándula mamaria y otras partes del cuerpo.

Las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita, cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Algunas veces este proceso ordenado se descontrola, células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita y las células viejas o dañadas no mueren cuando deberían morir. Esta acumulación de células que no son necesarias forman con frecuencia, una masa de tejido, que es lo que se llama tumor.

Todos los tejidos de la glándula mamaria son capaces de desarrollar un tumor ya sea benigno o maligno, y estos últimos se transitan por las fases de Inducción, Promoción y Progresión.

Habitualmente a los tumores derivados del epitelio se les denomina genéricamente carcinomas y a los del mesénquima, sarcomas.

Los carcinomas son tumores malignos de la mama y se dividen en:

- Carcinoma canalicular: Cuando se originan en los conductos mamarios.
- Carcinoma lobulillar: Que tiene en su punto de partida en los lobulillos.

Ambas variedades pueden presentarse "in situ" o "infiltrante".

Los sarcomas se presentan en 1% de todos los tumores malignos de la mama, siendo el más frecuente el fibrosarcoma. Anexo 2 Y 2.1

5.3 Factores de riesgo

Aun cuando no se conocen con certeza todos los factores que puedan causar cáncer de mama, algunos de los que se presentan más frecuentemente en la mayoría de pacientes con este tipo de cáncer se mencionan a continuación:

- Edad: el riesgo aumenta a medida que la mujer envejece y en la mayoría de los casos, la enfermedad se desarrolla en mujeres de más de 50 años.
- Antecedentes personales de cáncer de mama: una mujer que ha tenido cáncer de mama tiene una probabilidad del 1% al 2% por año de desarrollar un segundo cáncer en la otra mama.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama: las mujeres que tienen un pariente en primer grado (madre, hermana, hija) a la que se le ha diagnosticado cáncer de mama corre más riesgo de desarrollar la enfermedad.

- Predisposición genética: las mutaciones a los genes 1 o 2 del cáncer de mama (BRCA1 O BRCA2) se asocian con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- Antecedentes de cáncer de ovario: los antecedentes de cáncer de ovario puede aumentar el riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de mama.
- Primer embarazo a término después de los 30 años o Nuligestas: Esto es debido a que la disminución de los niveles de estradiol así como el aumento de la prolactina conjuntamente con la alteración de la fisiología mamaria durante el embarazo, protegen la respuesta de la mama al posible efecto carcinogénico de dichas hormonas, el aborto se asocia frecuentemente con un aumento del riesgo de padecer la enfermedad, pues se provoca un incremento en el estradiol.
- Lactancia negativa: Aumenta el riesgo de padecerlo.
- Radioterapia al pecho: las mujeres que han recibido radioterapia al pecho (incluyendo los senos) antes de los 30 años de edad tiene un riesgo mayor de padecer cáncer de mama.
- Raza: el cáncer de seno se diagnostica con mayor frecuencia en raza blanca o en mujeres afroamericanas o negras.
- Obesidad o sobrepeso después de la menopausia: a mayor consumo de grasas animales, mayor incidencia del cáncer. Aunque la obesidad ha sido relacionada con otros tipos de canceres en general, en el caso del mamario es posible que la mayor concentración de aroma-tasas, o receptores estrogénicos en el tejido adiposo, sean los responsables del aumento en la concentración de estrógeno circulante detectado en las mujeres obesas o con una alimentación rica en grasas.
- Inactividad física: las mujeres que son inactivas físicamente en su vida puede tener un mayor riesgo de padecer cáncer.
- Consumo de alcohol: algunos estudios sugieren que en cuanto más bebidas alcohólicas se ingiere la mujer mayor es la probabilidad de padecer cáncer de mama.

- Menarquía temprana antes de los 12 años, y Menopausia, después de los 52 años: la exposición a los estrógenos se ha considerado como un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama. La exposición puede ser exógena por la producción en el propio organismo; es así que se considera que cuando existe una exposición endógena por más de 40 años, se duplica el riesgo de cáncer mamario. Esto ocurre cuando la menarquía aparece en época temprana, antes de los 12 años y la menopausia ocurre después de los 52 años de edad. Además si esta exposición es constante, aumenta también el riesgo.
- Enfermedad fibroquística severa (hiperplasia o cambios displásicos severos): generalmente se relaciona el antecedente de una enfermedad mamaria benigna con un incremento en la frecuencia de cáncer mamario. La enfermedad quística mamaria con atipias celulares (hiperplasia ductal atípica) se menciona como uno de los padecimientos que presentan una frecuencia cuatro veces mayor de cáncer mamario que otros grupos. Esta enfermedad también se detecta como hallazgo en las piezas posquirúrgicas correspondientes a la mastectomía por cáncer mamario. El mecanismo de asociación se desconoce a la fecha.
- Estrógenos en dosis altas y prolongadas: la exposición exógena a estrógenos es generalmente por la terapia de reemplazo hormonal (TRH) y los anticonceptivos hormonales. Ambos son objeto de una larga controversia como factores causales del cáncer de mama y TRH, donde se observó descenso de la recurrencia, y reducción de la supervivencia, así como otros estudios que reportan lo contrario; aunque la mayoría de ellos coinciden en que es necesario estar expuesto a estas hormonas por más de cinco años para que se eleve el supuesto riesgo.
- Uso de anticonceptivos orales por largo tiempo: sumando a la controversia mencionada en el punto anterior, en las microdosis de estrógeno (menor de 35mcg de etinilestradiol) que contienen la mayoría de las preparaciones anticonceptivas, y en las que solo contienen progestágenos, no se ha demostrado evidencia del aumento en el riesgo

para cáncer de mama; aunque otros estudios reportaron resultados contrarios. Con base en ellos, actualmente se considera que el uso prolongado de anticonceptivos, principalmente en mujeres entre los 21 a 45 años, está asociado con el riesgo de desarrollar cáncer.

- Uso de tabaco: el tabaco ha sido asociado a diversos tipos de cáncer en mayor o menor medida, y el cáncer de mama no está excluido de la lista de los efectos nocivos ocasionados por el cigarro. Diversos estudios concluyen que las mujeres que han fumado por más de 30 años, pueden apresurar el desarrollo del cáncer hasta ocho años antes, cuando se compara este grupo con las no fumadoras.

5.4 Clasificación:

La patología mamaria se puede manifestar desde un desorden benigno, hasta el que pasa por condiciones premalignas a macroinvasión; desde una extensión local y dispersión nodal hasta la diseminación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo, ocasionando metástasis al sistema gastrointestinal, sistema respiratorio y nervioso central que conducen finalmente a la muerte.

Existen varias clasificaciones y estadios del cáncer de mama basados en las manifestaciones clínicas del paciente incluyendo el tamaño del tumor y su diseminación. A nivel mundial se ha logrado llegar a un consenso de clasificación de acuerdo a la fase de desarrollo de mama, los estadios clínicos y la combinatoria entre el tumor, nódulos linfáticos y metástasis (TNM).

Con relación a las fases de desarrollo, estas son:

- **Primario**: el cual se encuentra comúnmente en los conductos, o en los lóbulos. Es un cáncer no invasivo. Si se localiza en los conductos, se le conoce como "carcinoma ductal in situ", y si se encuentra en los lóbulos, como "cáncer lobular in situ". En este estadio, el cáncer no puede ser

detectado como un bulto o masa mediante la exploración manual, solamente en algunos casos y de acuerdo al tamaño del tumor, el carcinoma ductal puede ser detectado por mastografía.

- Invasivo: esta fase se caracteriza por que las células malignas se dispersan de los ductos o lóbulos hacia otras áreas del tejido mamario. Aquí el cáncer ya puede ser detectado por autoexploración, por la exploración clínica y por mastografía.
- Metastásico: esta fase, el cáncer ya se ha dispersado a otras partes del cuerpo, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos. Este cáncer es detectado por autoexploración, exploración clínica, tecnología de gabinete e incluso por la sintomatología. Se requiere de inmediato la intervención o referencia del paciente.

Con respecto a los estadios, estos dependen de la etapa de desarrollo en que se encuentra el cáncer, así como los factores de riesgo a los que está expuesto, por lo que son útiles principalmente para establecer el pronóstico y tratamiento del paciente. El sistema de clasificación más utilizado se basa en el tamaño del tumor, si éste se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama, si están adheridos a otras estructuras, y si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes del cuerpo. (Robert, B. 2010)

Bajo estas características los estadios se clasifican en cinco:

1. Estadio 0:Anexo 3
2. Estadio I:Anexo 4
3. Estadio II:
 - Estadio IIA: Anexo 5.
 - Estadio IIB:
 - Estadio IIA:
4. El estadio III:

➤ Estadio IIIA: Anexo 6

➤ Estadio IIIB:

➤ Estadio IIIC:

5. Estadio IV (metastásico): Anexo 7

5.5 Signos y síntomas

El cáncer de seno al principio generalmente no causa síntomas pero a medida que el tumor crece, puede cambiar la forma como se ve y se siente el seno los cambios son:

- Un bulto o engrosamiento en el seno, cerca del mismo o en la axila.
- Una masa de consistencia dura, mayormente y que no desaparece en el transcurso de los días.
- Un cambio en el tamaño o forma del seno.
- Piel del seno hendidada o arrugada.
- Un pezón sumido hacia adentro del seno.
- Secreción (fluido) del pezón, especialmente si contiene sangre.
- La piel del seno, del pezón o de la areola (área oscura de la piel en el centro del seno) puede verse escamosa roja o hendidada. Puede tener bordes u hoyuelos de tal manera que se ve cómo la cascara de una naranja.
- Dolor en la mama (generalmente no es un síntoma de cáncer de mama, pero debe comunicarse al médico) o en particular dolor en la mama que no desaparece.

5.6 Métodos de diagnósticos:

El diagnóstico confirmado del cáncer de mama tiene como base (Anexo 8):

- La interpretación

- Análisis histológicos del área afectada de la glándula mamaria realizada por el personal especializado.

Las ventajas del diagnóstico preclínico y temprano pueden ser resumidas de la siguiente manera:

- Menor extensión local de la neoplasia, tratamientos menos agresivos y menos secuelas.
- Menor frecuencia de extensión a ganglios linfáticos, y en consecuencia, tratamientos menos agresivos.
- Menos posibilidades de metástasis a distancia.

Con respecto a los métodos de tamizaje, se ha sugerido:

5.6.1 Autoexploración de mama:

Debe hacerse con el cuerpo desnudo tomando en cuenta los siguientes pasos (Anexo 9 y 9.1):

1. Situarse frente a un espejo, primero con los brazos caídos y observar alguna asimetría en las mamas, alguna tumoración, o alguna rugosidad o depresión en la piel de ellas si la hubiera tenerlo en cuenta.
2. Ahora con las manos sobre la nuca, observa alguna asimetría en el contorno de las mamas, si lo hubiera tenerlo en cuenta.
3. Coloque sus manos sobre sus caderas firmemente, e incline el tronco ligeramente hacia adelante, observe también la forma y el contorno de las mamas si hubiera una deformidad tómelo en cuenta.
4. Ahora con la mano izquierda trate de palpar la mama derecha con la yema de sus tres dedos centrales, hágalo alrededor de toda la mama, y muy especialmente en aquellos lugares que ha observado deformidades con los pasos anteriores. Busque alguna tumoración recuerde que su mano derecha debe de estar obligadamente detrás de su cabeza.
5. Repita el paso anterior (4) examinando ahora la mama izquierda y su axila respectivamente.

6. Examine sus mamas acostada, boca arriba sobre una almohada (la almohada estará en contacto con su hombro izquierdo si va examinar la mama izquierda y con su hombro derecho si va a examinar la mama derecha), si examina la mama izquierda lo hará con la mano derecha y su mano izquierda la colocara atrás de su nuca, para el lado contrario repita el mismo procedimiento.
7. Finalmente termine la exploración con una compresión suave de la mama para verificar la salida de secreción anormal por el pezón.
8. Se recomienda auto exámenes de mama mensuales, una semana después de haber tenido la menstruación, a partir de los 20 años, si ya no menstrua elija un día del mes para realizarlo. (Dra. Olga Georgina Martínez Montañez.2007)

5.6.2 Examen clínico de mama

En un examen clínico de mama, al paciente se le pide que levante sus brazos sobre su cabeza que los deje colgar a los lados o que apriete sus manos contra las caderas, el profesional de salud se fija en la diferencia de tamaño o forma que haya entre los dos senos, revisa la piel de cada seno buscando una erupción, hoyuelos u otros signos de irregularidad, es posible que apriete los pezones para ver si hay salida de algún fluido presente.

5.6.3 Pruebas por imágenes

5.6.3.1 Mastografía de la mama : Es una radiografía (imagen de rayos x) de los tejidos dentro del seno por lo general, las mamografías pueden detectar un bulto en el seno antes de que este pueda palparse, también pueden mostrar una agrupación de partículas muy pequeñas de calcio estas partículas se llaman microcalcificaciones. Anexo 10.

Los bultos o partículas pueden deberse al cáncer a células precancerosas o a otras causas. Es necesario hacer más exámenes para saber si hay células

anormales antes de que presenten síntomas, las mujeres deben realizarse mamografías de detección en forma periódica para detectar temprano el cáncer de seno:

- Las mujeres de 40 años y más deberán hacerse una mamografía cada uno o dos años.
- Las mujeres menores de 40 años y que tiene factores de riesgo de padecer cáncer de seno deberán preguntar a sus médicos si necesitan hacerse mamografías y con frecuencia.

Beneficios:

- Permite detectar un 85-90% de los casos de cáncer de mama.
- Puede detectar micro calcificaciones de hasta 0.5mm.
- Es una forma segura y eficaz y no invasiva de examinar el seno.
- La cantidad de radiación de rayos x es baja y los beneficios superan el posible riesgo de esta exposición.

5.6.3.2 Ultrasonido de la mama:

Usa ondas de sonido de alta frecuencia para producir imágenes del tejido mamario; esta prueba puede distinguir entre una masa sólida que puede ser cáncer y un quiste lleno de líquido que habitualmente no es canceroso.

Indicaciones:

- Auxiliar en el diagnóstico en mujeres de 40 años, en las que rutinariamente no está indicada la mastografía.
- Distingue entre quistes y tumores sólidos de los líquidos.
- Mamas densas.
- Sirve como una guía para la toma de biopsias.
- No involucra exposición a la radiación, por lo que se puede utilizar en mujeres que tengan esta contraindicación.

Por otro lado, se debe tener preocupación en que este método confunde los pequeños cánceres con fibroadenomas, además no es útil para detectar microcalcificaciones y no se puede estar seguro de que se examina la mama completa.

La interpretación de su estudio, generalmente se reporta como: mama normal, presencia de quistes o presencia de lesión sólida.

5.6.3.3 Ecografía de la mama:

Una mujer con un bulto u otro cambio en la mama puede realizarse una ecografía. Un dispositivo de ultrasonido emite ondas sonoras que no pueden ser escuchadas por el oído humano. Estas ondas rebotan en los tejidos de la mama, una computadora usa los ecos para producir una imagen, la imagen puede mostrar si un bulto está lleno de sólido o está lleno de líquido (quiste) o una mezcla de ambos, los quistes normalmente no son cancerosos pero un bulto sólido puede ser canceroso.

5.6.3.4 Resonancia magnética (RM) de la mama:

Usa un magneto potente conectado a una computadora. Produce imágenes detalladas de tejido del seno. Estas imágenes pueden mostrar la diferencia entre el tejido normal y el tejido enfermo

5.6.4 Biopsia de la mama:

El diagnóstico histológico es el único método confirmado para el cáncer de mama. Este se basa en el análisis de las características estructurales y celulares de los tejidos de mama.

Una biopsia es la extracción de tejido para buscar la presencia de células cancerosas. La biopsia es la única manera de saber con certeza si hay cáncer presente.

Es posible que su médico le recomiende aun cirujano o a un especialista en enfermedades del seno para que le haga una biopsia. El cirujano o el medico extraerán líquido o tejido de su seno en una de las siguientes maneras:

- Biopsia de aspiración con aguja fina: su médico usa una aguja fina para extraer células o liquido de un bulto en el seno.
- Biopsia por punción: su médico usa una aguja gruesa para extraer una muestra de tejido del seno.
- Biopsia de piel: si hay cambios en la piel en su seno, su médico puede tomar una muestra pequeña de piel.
- Biopsia quirúrgica: su cirujano extrae una muestra de tejido.
- Biopsia por incisión: toma una parte de un bulto o de una zona anormal.
- Biopsia por escisión: extrae todo el bulto o la zona anormal.

5.7 Tratamiento

Las mujeres con cáncer de seno cuentan con muchas opciones de tratamiento.

Anexo 11.

El tratamiento que es el mejor para una mujer puede no ser el mejor para otra.

El tratamiento es multidisciplinario, en él participan el médico familiar, el ginecólogo, el cirujano, el oncólogo, el radioterapeuta y el personal encargado de la rehabilitación física y psicológica de las pacientes; incluye un tratamiento:

- Sistémico con cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Hormonoterapia

5.7.1 Tratamiento quirúrgico

Cirugía

Es el mejor de los tratamientos para las etapas tempranas del cáncer mamario como tratamiento único o asociado a otra modalidad. Su médico puede explicar cada tipo y comparar los beneficios y los riesgos, así como describir el efecto que tendrá cada tipo de cirugía en su aparecía.

- ***Cirugía conservadora del seno:*** una operación para extirpar en cáncer pero no el seno se llama cirugía conservadora del seno. También se conoce como tumorectomía, mastectomía segmentaria o mastectomía parcial. A veces, una biopsia de escisión es la única cirugía que una mujer necesita ya que el cirujano extirpa todo el tumor.

- ***Mastectomía:*** una operación para extirpar todo el seno (o tanto tejido de seno como sea posible) es una mastectomía. En algunos casos, la mastectomía conservadora de la piel puede ser una opción. En este procedimiento, el cirujano extirpa la menor cantidad de piel como sea posible, el cirujano generalmente extirpa uno o más ganglios linfáticos bajo el brazo para ver si hay células cancerosas presentes, si se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos será necesario realizar otros tratamientos del cáncer.

En la cirugía conservadora de seno, el cirujano extirpa el tumor del seno y algo de tejido normal de su alrededor. Es posible que extirpe algunos de los ganglios linfáticos debajo de la axila. A veces el cirujano extirpa algo del revestimiento que esta sobre los músculos del pecho, debajo del tumor.

- En la mastectomía (total) el cirujano extirpa todo el seno. Es posible que extirpe también algunos de los ganglios linfáticos de la axila.

- En la mastectomía radical (modificada), el cirujano extirpa todo el seno y casi todos o todos los ganglios linfáticos de la axila. Con frecuencia, se extirpa el revestimiento que esta sobre los músculos del pecho. Es posible que también se quite un pequeño musculo del pecho para poder extirpar más fácilmente los ganglios linfáticos.

Radioterapia

Usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Afecta únicamente las células en la parte del cuerpo que está siendo tratada y puede usarse después de la cirugía para destruir las células cancerosas que quedan en el área.

Sus indicaciones principales son:

- Como tratamiento inicial
- Como tratamiento complementario al quirúrgico o paliativo.

El objetivo fundamental de la radioterapia, el control local o regional del tumor primario y las probables metástasis ganglionares no incluidas en el procedimiento quirúrgico (hueco supraclavicular y la cadena mamaria interna).

La radioterapia, como tratamiento inicial, se ha utilizado en casos de etapa clínica III y cáncer inflamatorio, buscando la posibilidad de rescatar quirúrgicamente un tumor maligno de inicio inoperable, con malos resultados.

Algunos médicos usan dos tipos de radioterapia para tratar el cáncer de seno, algunas mujeres reciben los dos tipos:

.

- **Radioterapia externa:** la radiación procede de una maquina grande situada fuera del cuerpo, para recibir este tratamiento se va a un hospital o clínica, los tratamientos son generalmente 5 días a la semana durante 4 o 6 semanas, la

radiación externa es el tipo de radioterapia que se usa generalmente para el cáncer de seno.

- **Radioterapia interna:** (radiación por implante o braquiterapia) el médico coloca uno o más tubos delgados dentro del seno por una incisión pequeña, el tubo se carga con una sustancia radiactiva, la sesión del tratamiento puede durar unos pocos minutos después de los cuales se retira la sustancia, cuando dicha sustancia se retira, no queda reactividad en el cuerpo, la radiación interna puede repetirse todos los días durante una semana, los efectos secundarios dependen principalmente de la dosis y del tipo de radiación. Es común que la piel del área tratada se ponga roja, seca sensible y que siente comezón su seno puede sentirse pesado y apretado. Estos problemas desaparecerán con el tiempo, el sostén y la ropa apretada pueden rozar la piel y causar irritación, tal vez usted querrá usar ropa suelta de algodón durante este tiempo.

5.7.2 Tratamiento farmacológico

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir células cancerosas. Los fármacos para tratar el cáncer de seno pueden darse en forma de tableta o píldora o por inyección en una vena (intravenosa), probablemente usted recibirá una combinación de fármacos. Usted puede recibir quimioterapia en la parte ambulatoria del hospital, en el consultorio del médico o en casa, algunas mujeres necesitan quedarse en el hospital durante el tratamiento, los efectos secundarios de la quimioterapia dependen principalmente de los fármacos administrados y de la dosis.

Las indicaciones en cáncer mamario son como terapia "adyuvante" en casos tempranos después de la cirugía; como terapia inicial en etapa III y IV, en el carcinoma inflamatorio y en recurrencias.

La quimioterapia destruye células cancerosas de crecimiento rápido, pero puede también dañar células normales que se dividen con rapidez.

Hormonoterapia:

El tratamiento hormonal del cáncer mamario ha sufrido modificaciones en los últimos años ya que con el descubrimiento y utilización clínica de los receptores hormonales en el tumor y/o en sus metástasis, permite predecir la sensibilidad tumoral de la hormonoterapia como adyuvante o paliativo.

En la actualidad, la selección de las pacientes candidatas al tratamiento hormonal, tanto paliativo como adyuvante, depende del contenido de receptores estrogénicos.

Cuando es mayor de 10 nanogramos por mg de tejido, se presenta una respuesta positiva en alrededor de 80% de los casos.

Cuando no se dispone de marcadores tumorales, es posible predecir dicha respuesta por algunas de sus características clínicas y estas son:

- Mujeres posmenopáusicas.
- Intervalo libre de enfermedad (tiempo transcurrido entre el primer tratamiento y la aparición de nuevos signos) mayor de 2 años.
- Actividad tumoral cutánea.
- Actividad tumoral ósea.
- Respuesta a un tratamiento tumoral previo.

Los principales fármacos utilizados son:

- Tamoxifén (el más común)
- Toremifén
- Acetato de medroxiprogesterona
- Aminoglutetamida.

6. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO
Agente: Causas fundamentales: exógenas y endógenas, mutaciones espontaneas debidas a fallas en procesos biológicos, reparación del ADN que realizan enzimas correctoras específicas o; por herencia, es decir, transmisión de mutaciones en genes recesivos llamados supresores que se transmiten de generación en generación en las llamadas familias con síndrome de cáncer. Huésped: •Sexo femenino •Sexo masculino Ambiente: •Nivel socioeconómico medio y bajo. •Residencia urbana. •Radiaciones prolongadas.	MUERTE La muerte de la persona se da por falla de órganos vitales -Enfermedad avanzada -Tratamiento ineficaz -Paciente inmunodeprimida. SECUELAS •El tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a sitios distantes del cuerpo, generalmente los huesos, pulmones, hígado o pared torácica. COMPLICACIONES •Metástasis a pulmones, hígado y hueso, Derivadas de la cirugía: alteraciones en el drenaje de la linfa, Propias de la quimioterapia y radioterapia DIAGNOSTICO *DIAGNOSTICO PRECOZ: •El conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y •El cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer. *DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Depende del cuidado y minuciosidad con que el especialista realiza el examen mamario y valora los resultados de los estudios. SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS •Protuberancias o masas en la axila, Secreción anormal, Cambios en la apariencia y sensación, Cambios de coloración, Dolor Hipersensibilidad, Inflamación del brazo, Dolor óseo, Pérdida de peso, Venas acentuadas en la superficie de la mama. SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS •Masas palpables a la exploración, indoloras, Mastalgia leve o moderada, Ginecomastia, Condición fibroquística mamaria abscesos, •Cambios en el tamaño y formas de las mamas. Factores endógenos y exógenos, Un cáncer de mama en sus inicios es altamente tratable a través de: •Cirugía, Terapia de radiación, Quimioterapia, Terapia hormonal. Orientar sobre la existencia de grupos de apoyo para mujeres con cáncer de Mama. Apoyo emocional con la ayuda de un psicólogo.

7. NIVELES DE PREVENCIÓN

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
Prevención Primaria		Prevención Secundaria	Prevención Terciaria	
*Promoción a la salud. Información, orientación y educación para la salud a toda la población, principalmente a mujeres menores de 20 años que tengan antecedentes familiares de cáncer de mama y a mujeres mayores de 40 años. Promoción de conductas saludables.	*Protección Específica. -Consejería como parte de las acciones encaminadas a la prevención, detección y Diagnóstico del cáncer de mama. -Autoexploración. -Invitar a las agrupaciones gremiales y centros laborales a organizar campañas, Intensivas de detección oportuna de cáncer de la mama entre su población femenina. -Establecer concertación y coordinación con el sector educativo, especialmente del Nivel medio superior, para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal. -Consejería genética a los pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama.	*Diagnóstico Temprano. -Interrogatorio. -Examen clínico de la mama. -Estudios de laboratorio y gabinete. -Mastografía de la mama.. -Ultrasonido de la mama. *Tratamiento Oportuno -Radioterapia, Quimioterapia, y Hormonoterapia Mamografía, imágenes por resonancia magnética (IRM), ecografía, biopsias de mama guiadas por IRM. Si la alternativa es una operación, se consultará con el cirujano; si se considera la administración de radioterapia, se consultará con un oncólogo radiólogo; y para la administración de terapia hormonal o quimioterapia, la consulta es con un oncólogo clínico.	*Limitación del Daño Promover estilos de vida sanos. Cumplir con el tratamiento. Estudios de laboratorio y gabinete para control.	-Rehabilitación. -Cirugía estética -Integrarse a grupos de apoyo. -Apoyo emocional con psicólogo.

8. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Para Alfaro el proceso atención de enfermería, es un método sistemático de brindar cuidados humanistas en el logro de objetivos de manera eficiente con las siguientes características.

Es un **método** porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de problemas y el método científico.

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

Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no 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; al mismo tiempo que valora recursos (capacidades) el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

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

Es **flexible** por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es **interactivo** por requerir de la interrelación de humano-humano con el usuario para adjetivos comunes.

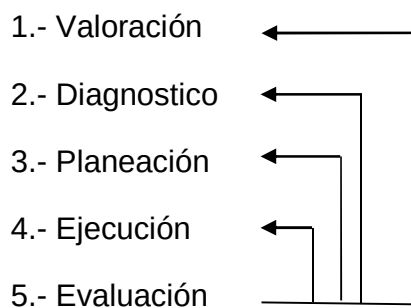
El proceso atención de enfermería es un método que configura un numero de pasos sucesivos que se relacionan entre si y permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

OBJETIVO:

Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.

8.1 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Consta de 5 etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas que son:



- | | |
|------------------|---|
| 1.- Valoración: | Nos permite reunir información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. |
| 2.- Diagnóstico: | Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad. |
| 3.- Planeación: | Es el desarrollo de un proyecto donde se establece objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud. |
| 4.- Ejecución: | Consiste en llevar a la práctica el plan de cuidados mediante intervenciones y acciones que conduzcan al logro de los resultados establecidos. |
| 5.- Evaluación: | Permite evaluar los resultados obtenidos con el usuario. |

1.- Valoración: Es la primera etapa, es un proceso organizado y sistemático de la recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente, etapa de valoración ofrece una base sólida que favorece la prestación de una atención individualizada de calidad, es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería.

Existen dos fuentes de información, la primaria que se refiere a la información obtenida directamente del usuario y la secundaria obtenida de otras personas, documentos o registros.

Durante la valoración, el profesional de enfermería obtiene cuatro tipos de datos:

- 1.- *Datos Subjetivos: lo que la persona dice.*
- 2.- *Datos Objetivos: lo que la enfermera observa.*
- 3.- *Datos Históricos:*
- 4.- *Datos Actuales:*

Métodos de recolección de datos:

Se utilizan tres métodos principales para obtener información durante una valoración de enfermería e incluyen, entrevista, observación y exploración física. Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo, necesarias para el establecimiento del diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados. (Normark Madelyn, 2008)

Entrevista: Su capacidad para establecer una relación de confianza, formular preguntas, escuchar y observar es la clave para una interrelación enfermera-paciente y es esencial para conocer los hechos.

- Como establecer una relación de confianza: organización, dedicar tiempo suficiente, asegurar la intimidad, mantener centrada la atención, verse así mismo como segura, calidad y atenta. Cuando empiece la entrevista: Presentarse dando nombre y posición, verificar el nombre de la persona y preguntar cómo le gusta que le llamen, explicar brevemente su propósito. Durante la entrevista: dedicar a la persona toda su atención.

- Como escuchar: sea una oyente empática, utilizar frases suplementarias cortas, escuche los sentimientos, dejar q la persona acabe las frases, evitar el impulso de interrumpir, permita que haya pausas en la conversación, pregunte en primer lugar por el problema principal, evitar preguntas cerradas.
- Como terminar la entrevista: pedir a la persona que resuma sus preocupaciones más importantes, acabe con una nota positiva.
- Observación: use sus sentidos, note la apariencia general, observe el lenguaje corporal.
- Exploración física: la clave para llevar la valoración física es ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil. Las habilidades para la exploración física incluyen lo siguiente:
 - Inspección: observar cuidadosamente usando para ello sus dedos, ojos, oídos y sentido de olfato.
 - Auscultación: escuchar con un estetoscopio.
 - Palpación: tocar y presionar para comprobar la presencia de dolor y sentir estructuras internas, como hígado.
 - Percusión: golpear suavemente directa o indirectamente la superficie corporal para determinar los reflejos (con un martillo de percusión) o para comprobar si un área contiene liquido(con un suave golpeteo de los dedos sobre la superficie)

Se utiliza un modelo de cuidados de enfermería, modelo conceptual de atención de enfermería.

***Relación de datos:**

- Fuentes:
 - ♣ Sujeto de cuidado
 - ♣ Familia/otras personas significativas.
 - ♣ Registros de enfermería.
 - ♣ Registros médicos.
 - ♣ Consultas verbales/ escritas (Con otros profesionales de la salud).
- Entrevista de enfermería y valoración física.
- Identificación de datos objetivos y subjetivos:
 - ♣ Subjetivos; sentidos por el paciente.
 - ♣ Objetivos; observables por la enfermera.

***Organización de los datos:**

- Agrupación de los datos de acuerdo con:
 - ♣ Necesidades de Virginia Henderson.
 - ♣ Patrones funcionales de salud (Gordon).
- Registro de los datos.

2.- Diagnóstico de Enfermería: Segunda etapa del proceso atención de enfermería, se lleva a cabo un análisis e interpretación de los datos recolectados en la etapa de valoración, cuya finalidad consiste en determinar con la mayor calidad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el usuario y se establece la situación y necesidades del usuario.

Según la NANDA (North American Nursing Diagnostic Association), el diagnóstico de enfermería es: un juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Para la NANDA, los componentes de la categoría diagnóstica son: Nombre o etiqueta, Definición, Características definitorias y Factores relacionados o de Riesgo.

Estructura del diagnóstico:

- o Problema de salud (P)
- o Factores etiológicos o relacionados (E)
- o Características definitorias o serie de signos y síntomas (S)

Tipos de diagnósticos:

- a) *Diagnostico Real*
- b) *Diagnóstico de Riesgo*
- c) *Diagnóstico de salud y promoción para la salud*

3.- Planeación de Cuidados: Tercera etapa en la cual se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente a través de:

- a) Establecimiento de Prioridades.
- b) Elaboración de Objetivos.
- c) Desarrollo de Intervenciones de Enfermería.
- d) Documentación del Plan

NOC—NIC;

Establecimiento de objetivos y resultados con puntuación diana: mantener a..... y planeación de intervenciones para alcanzar los resultados esperados.

****Planeación de cuidados:**

Es un método de comunicación de la información sobre el paciente, sirve como un documento de información de la etapa de planeación, proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados.

***Propósitos.**

- Proporcionar un cuidado constante y coordinado.
- Informar sobre el cuidado proporcionado al paciente, a los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de salud.
- Componentes del plan:
 - o Diagnóstico de enfermería
 - o Objetivos
 - o Intervenciones de enfermería.

***Intervenciones de enfermería.**

- Estrategias concretas, diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos.
- Definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.

***Tipos de intervenciones:**

- Interdependientes: son las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria, dietistas, trabajadora social, técnicos, médicos.
- Independientes: son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico.

***Intervenciones de enfermería:**

- Deben incluir:
 - o Verbos de acción concretos.
 - o Nombrar actividades concretas.
 - o Definir:
 - Quien
 - Que
 - Donde
 - Cuando
 - Como
 - Con que frecuencia.

4.- Ejecución: La cuarta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y la meta es la de conducir al usuario, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades, realizando las siguientes funciones:

- Independientes.
- Interdependientes
- Dependientes

5.- Evaluación: Es la quinta etapa y corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos y los resultados del plan. Se realiza un análisis crítico de todo el proceso desarrollado y se lleva a cabo una retroalimentación.

➤ Logro de objetivos:

- o Total: el sujeto de cuidado es capaz de alcanzar el resultado esperado en el tiempo establecido en el objetivo.
- o Parcial: el sujeto de cuidado está en el proceso de lograr el resultado esperado.
- o No se logró el objetivo.

(Moran Aguilar Victoria, Mendoza Robles Alba Lily 2010)

8.2 TAXONOMIAS NANDA, NOC, NIC.

Conjunto de información clasificada, que tiene como objetivo principal la estandarización del lenguaje.

Adecuación lingüística, que permitan la estandarización del cuidado a fin de que exista una comunicación eficaz y eficiente entre los profesionales de enfermería en México.

NANDA

Diagnósticos enfermeros: *North American Nursing Diagnostic Association* (NANDA)

Permite clasificar los datos y alteraciones de salud, obtenidos en la valoración: en dominios, clases y diagnósticos.

Proporcionan la base para la selección de intervenciones, destinadas a lograr los resultados esperados.

Nivel 1- 13 Dominios

Nivel 2- 47 Clases

Nivel 3- 188 Etiquetas Diagnosticas

Dominio: Es una esfera de actividad, estudio o interés. Se cuenta con 13 dominios.

Clase: Es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado. 47 clases.

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

- **Diagnostico enfermero real:** describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad, está apoyado por características definitorias (manifestaciones signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.
- **Diagnostico enfermero de promoción de la salud:** juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas como la nutrición y el ejercicio.
- **Diagnostico enfermero de riesgo:** describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables, está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Componentes de un diagnóstico:

Etiqueta: proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificación.

Definición: proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnostico enfermero real o de bienestar.

Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

***Definiciones para la clasificación de los diagnósticos:**

Clasificación: disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en las características que tienen en común.

Nivel de abstracción: describe la concreción o abstracción de un concepto:

- Los conceptos muy abstractos son teóricos, pueden no ser directamente mensurables, no definen por conceptos concretos ni incluir conceptos, estar disociados de cualquier ejemplo concreto, ser independientes del tiempo y espacio. Tener descriptores más generales, y pueden no ser clínicamente útiles para la planificación del tratamiento.
- Los conceptos concretos son observables y mensurables, están limitados en el tiempo y el espacio, constituyen una categoría específica, mas exclusiva, nombran cosas o clases de cosas reales, están restringidos por su propia naturaleza, y pueden ser clínicamente útiles para la planificación del tratamiento.

Nomenclatura: Sistema de designaciones (términos) elaborado según unas reglas preestablecidas (American Nurses Association, 1999).

Taxonomías: Conjunto de información clasificada, que tiene como objetivo principal la estandarización del lenguaje.

NOC

Clasificación de resultados de enfermería: *Nursing Outcomes Classification (NOC)* Conceptualiza, denomina, valida y clasifica los resultados, estos deben ser realistas, alcanzables, evaluables, tienen indicadores, escala tipo Likert y puntuación Diana.

Nivel 1- 7 Dominios

Nivel 2- 31 Clases

Nivel 3- 330 Resultados

Los resultados están integrados por una serie de indicadores que se sugiere, puede seleccionar la enfermera, en conjunto con el paciente o persona de cuidado, familia o comunidad, con base en el problema o respuesta detectados por ella ante una situación dada.

Resultado: Estado, conducta o percepción de un paciente o cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que se utiliza para determinar el estado del paciente en relación con el resultado.

En la tercera edición de la NOC se puede encontrar 330 resultados esperados, cada uno de ellos contiene:

- Una etiqueta
- Una definición
- Un destinatario de los cuidados
- Fuente de datos
- Puntuación diana del resultado con orden de aparición d
Mantener a: _____ Aumentar a: _____
- Una lista de indicadores
- Una escala tipo Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente.
- Referencias bibliográficas.

Indicador: Estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

- Su propósito es ayudar a determinar el estado de salud del paciente.
- Selección de indicadores importantes para el paciente.

La NOC tiene escalas de medidas cuantitativas.

La escala tipo Likert de cinco puntos cuantifica el estado del resultado, del menos al más deseable, y proporciona una puntuación en eun momento dado.

He aquí un ejemplo de este tipo de escala:

- Gravemente comprometido = 1
- Sustentablemente comprometido = 2
- Moderadamente comprometido = 3
- Ligeramente comprometido = 4
- No comprometido = 5

NIC

Clasificación de intervenciones de enfermería: *Nursing Interventions Classification* (NIC), estandariza las intervenciones que realiza la enfermera, a través de la toma de decisiones para llevar al paciente al resultado deseado.

Comprende tanto la esfera fisiológica como la psicosocial, de tal forma que contiene intervenciones y actividades específicas para situaciones de enfermedad, para la prevención de la misma y el fomento a la salud.

Cada intervención que se incluye en la clasificación se cataloga con una denominación, una definición y una serie de actividades propuestas para llevar a cabo la intervención. Es preciso aclarar que los códigos numéricos que en ella se incluyen tienen como finalidad facilitar su uso informático y una manipulación sencilla de los datos, además de aumentar su articulación con otros sistemas codificados, por lo que no indispensable su uso, sobre todo, si no se cuenta con sistema informático.

Las intervenciones se clasifican en 3 niveles:

Nivel 1- 7 Campos, fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad.

Nivel 2 - 30 Clases, cada una de ellas corresponde con alguno de los 7 campos del nivel 1.

Nivel 3- 514 Intervenciones, que corresponden con los campos y clases de los niveles 1 y 2 y cuenta con más d 1200 Actividades.

Cuando se toma la decisión de emplear la NIC se recomienda y analizar las siguientes definiciones debido a que facilitan la comprensión de la integridad de la clasificación:

- Clasificación de las intervenciones de enfermería: orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones a estos grupos.
- Intervención de enfermería: cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente.
- Actividad de enfermería: actividad o acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención que ayuda al paciente-cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta.

9. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1. DOLOR AGUDO	35
2. TEMOR	38
3. ANSIEDAD	41
4. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	43
5. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.....	46
6. RIESGO DE INFECCION.....	49
7. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA.....	52
8. NAUSEAS	55
9. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	58
10. AFRONTAMIENTO INEFICAZ	61
11. RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	63
12. INTERRUPCION DE LOS PROCESOS FAMILIARES	65

1. DOLOR AGUDO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio 12: confort.	Clase 1 : confort físico			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICION: <u>Dolor agudo:</u> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (international association for the study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses (349). ETIQUETA (PROBLEMA) <u>Dolor agudo</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSA) Agente lesivo físicos: (con traumatismo de los tejidos corporales, secundario a cirugía de mama agentes lesivos biológicos: (Mutaciones en uno o más genes.)Cromosoma 17: gen BRCA-I, gen P53 BRCA2 en el cromosoma 13. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) Conducta expresiva (por ejemplo: inquietud, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros.	Control de dolor (336)	1. Reconoce el comienzo del dolor. 2. Reconoce factores causales. 3. Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a:___ Aumentar a:___
	Nivel de dolor (551)	1. Dolor referido. 2. Duración de los episodios de dolor. 3. Gemidos y gritos. 4. Expresiones faciales de dolor. 5. Inquietud. 6. Irritabilidad.	Grave 1 Sustancial 2. Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	Mantener a:___ Aumentar a:___

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (568) Nivel 1: 1. Fisiológico básico Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. (Nivel: 2) Clase: E, Fomento de la comodidad física. Intervención: Manejo del dolor. Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Para empezar, es esencial identificar las características del dolor del paciente esto significa que se debe considerar: tipo de dolor, su intensidad, el inicio, su duración, su localización, cualquier síntoma relacionado.
ACTIVIDADES	
1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. 2. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. 3. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidades de roles. 4. Utilizar un método de valoración que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario). 5. Proporcionar información acerca del dolor tal como causas del dolor, el tiempo que dura y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. 6. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos. disminuir los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). 7. Seleccionar o desarrollar a aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor.	

INTERVENCIÓN (NIC): (80), (96) Nivel 1: 1. Fisiológico complejo Campo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática. (Nivel: 2) Clase: H, Control de fármacos. Intervención: Administración de fármacos. Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Los analgésicos deben administrarse tal como están indicados y a tiempo de acuerdo con las necesidades del paciente.
ACTIVIDADES	
1. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. 2. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia de analgésicos prescrito. 3. Comprobar el historial de alergias a medicamentos. 4. Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno. 5. Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. 6. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos / depresión respiratoria, náuseas, sequedad de boca y estreñimiento. 7. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 8. Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vis de administración o cambios en el intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.	

2. TEMOR

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA					
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.	Clase 2: Respuestas de afrontamiento				
	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA <u>DEFINICION: Temor:</u> <i>Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro (274).</i> ETIQUETA (PROBLEMA) <u>Temor</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (Hospitalización, procedimientos hospitalarios, tratamiento quirúrgico y pronóstico), Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales y separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) • Informes de aprensión y sentirse asustada e informe de aumento de la tensión.	Creencias sobre la salud: percepción de amenaza(368)	- Percepción de amenaza para la salud. - Preocupación sobre enfermedad o lesión. - Percepción de que el trastorno puede ser de larga duración. - Impacto percibido sobre el estilo de vida actual. - Percepción de amenaza de muerte.	Muy débil 1 Débil 2 Moderado 3 Intenso 4 Muy intenso 5	Mantener a:_ Aumentar a:_	
	Autoestima(207)	- Verbalizaciones de auto aceptación. - Mantenimiento del cuidado/higien e personal. - Equilibrio entre participar y escuchar en grupos. - Sentimientos sobre su propia persona.	Nunca positivo 1 Raramente positivo 2 A veces positivo 3 Raramente positivo. 4 Siempre positivo 5	Mantener a:_ Aumentar a:_	

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (657) Nivel 1: 3 Conductual Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida (Nivel: 2) Clase R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles. Intervención: Potenciación de la autoestima Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: La forma en que una persona se percibe asimismo puede modificarse por las influencias internas, externas o ambas éstas pueden ser psicológicas, culturales o fisiológicas o cual quiera que cambie de ellas.
ACTIVIDADES	
1. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 2. Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. 3. Animar al paciente a identificar sus virtudes. 4. Proporcionar experiencias que aumente la autonomía del paciente, si procede. 5. Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. 6. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 7. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 8. Explorar las razones de la autocrítica o culpa. 9. Animar al paciente a evaluar su propia conducta. 10. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. 11. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. 12. Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.	

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (168) Nivel 1: 3 Conductual Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida (Nivel: 2) Clase: R ayuda para hacer frente a situaciones difíciles. Intervención: aumentar el afrontamiento Definición: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: El afrontamiento ineficaz necesita un control satisfactorio de numerosas tareas: protección del concepto de uno mismo, mantenimiento de las relaciones satisfactorias con otras personas, conservación del equilibrio emocional y control del estrés. Las pacientes pueden aprender técnicas de resolución de problemas tales como: Establecimiento de objetivos, Búsqueda de información.
ACTIVIDADES	
1. Valorar la comprensión del paciente ante el proceso de enfermedad. 2. Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. 3. Proporciona información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 4. Confrontar los sentimientos ambientales del paciente (enfocado o depresión). 5. Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. 6. Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. 7. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	

3. NAUSEAS

[illegible]

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (308) Nivel 1: 3. Conductual <u>Campo:</u> Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. <u>(Nivel: 2) Clase:</u>T Fomento de la comodidad psicológica. <u>Intervención:</u>Disminución de la ansiedad. <u>Definición:</u> Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Cuando se hace la exposición al estímulo temido sin dar respuestas de evitación o de huida, se produce un proceso de habituación y, con el tiempo y la perseverancia, la ansiedad se hace tolerable y disminuye hasta llegar a desaparecer.
ACTIVIDADES 1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. 2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. 3. Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. 4. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. 5. Proporcionar información objetiva con respecto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 6. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 7. Animar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos. 8. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. 9. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. 10. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. 11. Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.	

4. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio: 5 percepción / cognición.	Clase: 4 cognición.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICION: <u>Conocimientos deficientes:</u> Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico. (169). ETIQUETA (PROBLEMA) (p) <u>Conocimientos deficientes:</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (a cerca del cáncer de mama) Poca familiaridad con los recursos para obtener la información. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas)	Conocimiento proceso de la enfermedad (317).	1. Proceso de la enfermedad. 2. Causa o factores contribuyentes. 3. Signos y síntomas de la enfermedad. 4. Complicaciones de la enfermedad. 5. Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad. 6. Beneficios de control de la enfermedad.	Ningún conocimiento 1 Conocimiento escaso 2 Conocimiento moderado 3 Conocimiento sustancial 4 Conocimiento extenso 5	Mantener a:--- Aumentar a: _
• Verbalización del problema, realización inadecuada de las pruebas y agitación. • Seguimiento inexacto de las instrucciones.	Conocimiento: fomento de la salud (285)	1. Conductas que fomentan la salud. 2. Auto detección recomendada para detección de cáncer. 3. Relación dieta, ejercicio y peso. 4. Fuentes acreditadas de información.	Ningún conocimiento 1 Conocimiento escaso 2 Conocimiento moderado 3 Conocimiento sustancial 4 Conocimiento extenso 5	Mantener a: _ Aumentar a: _

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (354) Nivel 1: 3. Conductual Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. (Nivel: 2) Clase:S Educación de los pacientes. Intervención: Enseñanza proceso de enfermedad Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: La valoración previa a la enseñanza facilita la coherencia, la eficacia y el éxito global del proceso de enseñanza aprendizaje, (personal de salud –paciente).
ACTIVIDADES	
1. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. 2. Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado. 3. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. 4. Identificar cambios en el estado físico del paciente. 5. Dar seguridad sobre el estado del paciente. 6. Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado. 7. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones o controlar el proceso de enfermedad. 8. Describir el fundamento de las recomendaciones del control (terapia/tratamiento). 9. Describir las posibles complicaciones crónicas. 10. Explorar recursos/ apoyo posible.	

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (353) Nivel 1: 3. Conductual Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. (Nivel: 2) Clase: S Educación de los pacientes. Intervención: Enseñanza: procedimiento/tratamiento. Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Mediante el proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, el intercambio y análisis de la información necesaria sobre el cáncer de mama permite desarrollar habilidades y cambiar actitudes, facilita inducir comportamientos como la comprensión del paciente hacia el procedimiento / tratamiento a seguir.
ACTIVIDADES	
1. Informar al paciente/ ser querido de cuando y donde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento. 2. Informar al paciente/ ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento. 3. Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado. 4. Explicar el propósito del procedimiento del tratamiento. 5. Describir las actividades del procedimiento/tratamiento. 6. Enseñar al paciente como cooperar durante procedimiento del tratamiento. 7. Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones. 8. Discutir la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento del tratamiento. 9. Enseñar al paciente a utilizar técnicas de resolución de problemas dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imaginación). 10. .discutir tratamientos alternativos. 11. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.	

5. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio: 11 seguridad/protección	Clase: 2 lesión física.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICION: <u>Deterioro de la integridad cutánea:</u> alteración de epidermis y/o dermis. (310) ETIQUETA (PROBLEMA) (p) <u>Deterioro de la integridad cutánea</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) Cambios en la pigmentación, hipertermia, deterioro de la circulación. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) Alteración de la superficie de la piel, destrucción de las capas de la piel, invasión de las estructuras corporales.	Conducta terapéutica: enfermedad o lesión. (260)	- Realiza el procedimiento descrito. - Cumple el régimen de medicación. - Sigue la dieta prescrita. - Evita conductas que potencian la patología. - Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad. - Equilibra actividad y reposo. - Obtiene asesoramiento de un profesional cuando es necesario. - Solicita una visita personal con el profesional sanitario cuando es necesario.	Nunca demostrado:1 Raramente demostrado:2 A veces demostrado:3 Frecuentemente demostrado:4 Siempre demostrado:5	Mantener a:--- - Aumentar a: _
	Integridad tisular: piel y membranas mucosas(502)	1.- sensibilidad 2.-Temperatura de la piel 1.-lesiones cutáneas 2.-Descamacion cutánea 3.-Eritema 4.-Necrosis	Gravemente comprometido:1 Sustancialmente comprometido:2 Moderadamente comprometido:3 Levemente comprometido:4 No comprometido:5 Grave:1 Sustancial:2 Moderado:3 Leve:4 Ninguno:5	Mantener a: _ Aumentar a: _ Mantener a: _ Aumentar a: _

INTERVENCIÓN (NIC): (84), (185) Nivel 1: 3 Conductual. Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. (Nivel: 2) Clase: O Terapia conductual. Intervención: Ayuda en la modificación de sí mismo. Definición: Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: La terapia cognitivo-conductual esta enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta, un buen manejo de esta proporcionara actitudes para el buen autocuidado.
ACTIVIDADES 1. Valorar las razones del paciente para desear cambiar. 2. Ayudar al paciente a identificar las conductas objetivo que deban ser cambiadas para con seguir la meta deseada. 3. Valorar el nivel de conocimiento y habilidad, del paciente en relación con el cambio deseado. 4. Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas. 5. Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta. 6. Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta. 7. Animar al paciente a identificar las etapas que sean manejables en tamaño y que se puedan conseguir en un tiempo preestablecido.	

INTERVENCIÓN (NIC): (82), (787) Nivel 1: 2. Fisiológico complejo Campo: Cuidados que apoyan a la regulación homeostática. (Nivel: 2) Clase: L Control de la piel heridas Intervención: Vigilancia de la piel. Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: El buen manejo de las heridas, proporciona una buena cicatrización, la enseñanza de las técnicas de asepsia y antisepsia contribuye al buen cuidado de la misma.
ACTIVIDADES 1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel. 2. Observar su color, calor, textura, inflamación, edema y ulceraciones en la zona. 3. Observar excesiva sequedad o humedad en la piel. 4. Observar si hay infecciones especialmente en las zonas edematosas.	

6. RIESGO DE INFECCION

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio: 11 seguridad/protección.	Clase: 1 Infección			
	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA DEFINICION: <u>Riesgo de infección</u>: aumento del riesgo de ser invadido por organismo patógenos.(303) ETIQUETA (PROBLEMA) <u>Riesgo de infección</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) Enfermedad crónica, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos.	Detección de riesgo(406)	1. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo. 2. Participa en la identificación sistémica a los intervalos recomendados. 3. Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a:- Aumentar a:
	Control de riesgo (337)	1. Reconoce factores de riesgo. 2. Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas. 3. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. 4. Evita exponerse a las amenazas para la salud. 5. Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 frecuentemente demostrado 4 siempre demostrado 5	Mantener a: Aumentar a:

INTERVENCIÓN (NIC): (79), (174) Nivel 1: 4. Seguridad <u>Campo:</u> Cuidados que apoyan la protección contra peligros. <u>(Nivel: 2) Clase:</u> V Control de riesgos. <u>Intervención:</u> Protección contra las infecciones <u>Definición:</u> Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: La forma más eficaz o eficiente de romper la cadena de infección es seguir las precauciones habituales en el ejercicio del ámbito de atención a la salud.
ACTIVIDADES	
1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. 2. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. 3. Realizar técnicas de aislamiento si es preciso. 4. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. 5. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. 6. Fomentar una ingesta nutricional suficiente. 7. Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios si procede. 8. Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. 9. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos el cuidador. 10. Enseñar al paciente a la familia a evitar infecciones. 11. Proporcionar una habitación privada, si es necesario. 12. Informar sobre los resultados de cultivos al personal de control de infecciones.	

INTERVENCIÓN (NIC): (86), (213) Nivel 1: 4. Seguridad <u>Campo:</u> Cuidados que apoyan la protección contra los peligros. <u>(Nivel: 2) Clase:</u> Control de riesgos. <u>Intervención:</u> Control de infecciones. <u>Definición:</u> Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: La atención contemporánea de la salud que incluye intervenciones quirúrgicas extensas regularmente requiere de aislamiento ya que considerablemente está expuesta a la invasión de microorganismos como bacterias, virus, hongos que pueden permanecer localizados y causar infección.
ACTIVIDADES	
1. Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. 2. Mantener técnicas de aislamiento si procede. 3. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente. 4. Poner en práctica precauciones universales. 5. Fomentar ingesta nutricional adecuada. 6. Fomentar la ingesta de líquidos. 7. Fomentar el reposo. 8. Administrar un agente inmunizante.	

7. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio: 4 actividad/reposo.	Clase: actividad ejercicio			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA DEFINICION: <u>Deterioro de la movilidad física:</u> limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.(127) ETIQUETA (PROBLEMA) <u>Deterioro de la movilidad física</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) Intolerancia a la actividad, deterioro del estado físico, dolor. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) Limitación de la amplitud de movimientos.	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
	Conducta de prevención de caídas.(257)	1. Colocación de barreras para prevenir caídas. 2. Adaptación de la altura adecuada de la cama. 3. Inquietud controlada. 4. Uso de zapatos con cordones bien ajustados. 5. Provisión de ayuda personal.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a:--- Aumentar a: _
	Auto cuidados: actividades de la vida diaria(196)	1. Come 2. Se viste. 3. Se baña 4. Se peina. 5. Higiene bucal. 6. De ambulación: camina	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	Mantener a: _ Aumentara: _
	Motivación (512)	1. Obtiene el apoyo necesario. 2. Auto inicia conductas dirigidas asía objetivos. 3. Mantiene una autoestima positiva. 4. Expresa intención de actuar.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a: _ Aumentara: _

INTERVENCIÓN (NIC): (79), (174) Nivel 1: 2. Fisiológico básico Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. (Nivel: 2) Clase: F Facilitación de los auto cuidados. Intervención: Ayuda al autocuidado. Definición: Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Las intervenciones de enfermería para, El autocuidado fomentan la participación del paciente en actividades con el fin de que el mismo alcance el grado de actividad deseado para el régimen terapéutico.
ACTIVIDADES	
1. Comprobar la capacidad del paciente para ejercer auto cuidados independientes. 2. Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse el arreglo personal, el aseo y alimentarse. 3. Proporcionar un ambiente terapéutico garantizado una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. 4. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autos cuidados. 5. Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. 6. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. 7. Enseñar a familiares a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.	

INTERVENCIÓN (NIC): (78), (423) Nivel 1: 1. Fisiológico básico Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. (Nivel: 2) Clase:A, Control de actividad y ejercicio. Intervención: Fomento del ejercicio. Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: ❖ La tolerancia a la actividad física se consigue progresivamente ajustando la frecuencia, la duración y la intensidad de actividad hasta que se alcanza el nivel deseado. ❖ La decisión de una persona de participar en una determinada actividad depende de sus conocimientos de su escala de valores.
ACTIVIDADES	
1. Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. 2. Determinar la motivación del individuo para empezar/ continuar con el programa de ejercicios. 3. Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos. 4. Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. 5. Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. 6. Ayudar a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. 7. Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. 8. Realizar los ejercicios con la persona si procede. 9. incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. 10. Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico o el fisioterapeuta. 11. Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.	

8. NAUSEAS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio: 12 confort	Clase: confort físico.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA DEFINICION: Náuseas: sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar. (351) ETIQUETA (PROBLEMA) <u>Náuseas</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) Fármaco (quimioterapias), ansiedad, temor, dolor. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) Informes de náuseas, a causa de medicamentos aplicados en quimioterapia que regularmente hay algunos que causan reacciones adversa y este síntoma está presente.	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
	Control de náuseas y vómitos (334)	1. Reconoce el inicio de las náuseas. 2. Describe factores causales. 3. Informa de síntomas no controlados al profesional de asistencia sanitaria.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a:---- Aumentar a: _
	Estado nutricional: ingestión alimentaria y líquidos. (469)	1. Ingestión alimentaria oral. 2. Ingestión alimentaria por sonda. 3. Ingestión de líquidos orales. 4. Administración de líquidos (IV).	Inadecuado 1 Ligeramente adecuado 2 Moderadamente adecuado 3 Sustancialmente adecuado 4 Completamente adecuado 5	Mantener a:---- Aumentar a: _
	Náuseas y vómitos: efectos nocivos (530)	1. Alteración del estado nutricional. 2. Pérdida de peso. 3. Alteración de la actividad física. 4. Ansiedad. 5. Depresión. 6. Interferencia con las actividades de la vida diaria.	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	Mantener a: __ Aumentar a: __

INTERVENCIÓN (NIC): (79), (546) Nivel 1: 2. Fisiológico básico <u>Campo:</u> Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. <u>(Nivel: 2) Clase:</u>E, Fomento de la comodidad física. <u>Intervención:</u> Manejo de las náuseas. <u>Definición:</u> Prevención y alivio de las náuseas.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Cuando una persona presenta nauseas por consiguiente se desencadena a vomitar una o dos veces al comienzo de un trastorno o afectación del organismo esto no reviste gravedad, pero cuando se vomita con mayor frecuencia, además de afectarse el esófago y estomago se pierden sales minerales y agua con peligro de deshidratarse por eso se recurre a medicamentos de efecto antiemético.
ACTIVIDADES	
1. Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes. 2. Conseguir un historial dietético donde consten los alimentos que más agradan a la persona, los que no le gustan y las preferencias culturales. 3. Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad, y sueño). 4. Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas. 5. Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimiento). 6. Identificar estrategias exitosas en el alivio de las náuseas. 7. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (biorretroalimentación, relajación, imaginación simple dirigida, terapia musical, distracción) para controlar las náuseas.	

INTERVENCIÓN (NIC): (80), (524) Nivel 1: 2. Fisiológico complejo. Campo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática. (Nivel: 2) Clase:H, Control de fármacos. Intervención: Manejo de la medicación Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: La enfermera es responsable de valorar, planear, aplicar y evaluar las terapias farmacológicas, así como de instruir a los pacientes acerca de los regímenes medicamentosos.
ACTIVIDADES	
1. Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica. 2. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. 3. Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. 4. Facilitar los cambios de medicación con el medico si procede. 5. Explicar al paciente o la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. 6. Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos. 7. Ayudar a la paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida a saciados a ciertos medicamentos si procede.	

9. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio: 6 auto percepción	Clase: 3 imagen corporal			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA DEFINICION: <u>Trastorno de la imagen corporal:</u> confusión en la imagen mental del yo físico. (194) ETIQUETA (PROBLEMA) (p) <u>Trastorno de la imagen corporal</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) Tratamiento de la enfermedad, cirugía. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) Verbalización de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo (por ejemplo aspecto, estructura y función), falta de una parte del cuerpo (una mama).	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
	Imagen corporal (497)	1. Adaptación a cambios en el estado de salud. 2. Adaptación a cambios en el aspecto físico. 3. Adaptación a cambios corporales por cirugía.	Nunca positivo 1 Raramente positivo 2 A veces positivo 3 Frecuentemente positivo 4 Siempre positivo 5	Mantener a:--- - Aumentar a: _
	Atención al lado afectado (176)	1. Reconoce al lado afectado como parte integral de sí mismo 2. Protege al lado afectado durante el reposo o sueño.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado. 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a: _ Aumentar a: _
	Aceptación estado de salud (157)	1. Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. 2. Expresa sentimientos sobre el estado de salud. 3. Se adapta al cambio en el estado de salud. 4. Superación de la situación de salud. 5. Realización de tareas de cuidados personales	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a: _ Aumentar a: _

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (136) Nivel 1: 3 conductual Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida (Nivel: 2) Clase:R, Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles. Intervención: apoyo emocional Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Todos utilizamos habilidades interpersonales siempre que nos relacionamos con otra persona, en ocasiones de manera constructiva o en ocasiones de forma destructiva. El asesoramiento como tal tiene la intención de asistir y ayudar a los demás.
ACTIVIDADES	
1. Realizar afirmaciones en fónicas o de apoyo. 2. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. 3. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. 4. Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira y tristeza. 5. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. 6. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. 7. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 8. No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado. 9. Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.	

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (655) Nivel 1: 3 conductual Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida (Nivel: 2) Clase:R, Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles. Intervención: Potenciación de la imagen corporal. Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: El cuerpo es una parte importante muy visible y material de uno mismo y ocupa la parte central en las percepciones de una persona también incluye las percepciones presentes y pasadas así como los sentimientos acerca del tamaño el funcionamiento, la apariencia y la potencia.
ACTIVIDADES	
1. Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estudio de desarrollo. 2. Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía. 3. Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debido a estados de la enfermedad y cirugía. 4. Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. 5. Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto. 6. Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.	

10. AFRONTAMIENTO INEFICAZ.

[illegible]

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (430) Nivel 1: 3 conductual Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida (Nivel: 2) Clase:R, Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles. Intervención: Asesoramiento Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: El asesoramiento debe incorporarse de forma sistémica como integrante de los cuidados de enfermería cuando se establece un diagnóstico nuevo, cambio en el régimen o cuando la paciente se enfrenta a una situación desconocida.
ACTIVIDADES 1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. 2. Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. 3. Establecer metas. 4. Proporcionar información objetiva según sea necesario. 5. Favorecer la expresión de sentimientos. 6. Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. 7. Pedir al paciente/ ser querido que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede. 8. Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación. 9. Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de video o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la conciencia de si mismo del paciente y el conocimiento de la situación por parte del asesor.	

11. RIESGO DE LA BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio: 6 auto percepción.	Clase: 2 autoestima			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA DEFINICION: <u>Riesgo de baja autoestima situacional:</u> Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual. (Cáncer de mama). ETIQUETA (PROBLEMA) <u>Riesgo de baja autoestima situacional</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) Trastorno de la imagen corporal, enfermedad física.	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
	Detección del riesgo (406)	1. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. 2. Coteja los riesgos percibidos. 3. Adquiere conocimiento sobre sus antecedentes familiares. 4. Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades. 5. Obtiene información actualizada sobre cambios en recomendaciones sanitarias.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a:--- - Aumentar a:_
	Imagen corporal (497)	1. Descripción de la parte corporal afectada. 2. Adaptación a cambios en el aspecto físico. 3. Adaptación a cambios en el estado de salud. 4. Adaptación a cambios corporales por la lesión.	Nunca positivo 1 Raramente positivo 2 A veces positivo 3 Frecuentemente positivo 4 Siempre positivo 5	Mantener a:_ Aumentar a:_

INTERVENCIÓN (NIC): (85), (650) Nivel 1: 3 conductual Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida (Nivel: 2) Clase:R, Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles. Intervención: Potenciación de la autoestima. Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: ❖ El concepto de uno mismo incluye así mismo o un ego culturalmente determinado como ideal .conforme los cuales el individuo mide su comportamiento y sus logros reales.
ACTIVIDADES	
1. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 2. Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. 3. Animar al paciente a identificar sus virtudes. 4. Proporcionar experiencias que aumente la autonomía del paciente, si procede. 5. Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. 6. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 7. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 8. Explorar las razones de la autocrítica o culpa. 9. Animar al paciente a evaluar su propia conducta. 10. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. 11. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. 12. Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.	

12. INTERRUPCION DE LOS PROCESOS FAMILIARES.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CANCER DE MAMA				
Dominio: 7 rol / relaciones.	Clase: 2 relaciones familiares.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA DEFINICION: <u>Interrupción de los procesos familiares:</u> Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar. (213) ETIQUETA (PROBLEMA) (p) <u>Interrupción de los procesos familiares</u> FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) Cambio en el estado de salud (cáncer de mama) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) Cambios en la satisfacción con la familia., cambios en la disponibilidad para el apoyo emocional.	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
	Clima social de la familia(220)	1. Participa en las tradiciones de la familia. 2. Mantiene relaciones con la familia extensa. 3. Participa en el proceso de toma de decisiones. 4. Comparte sentimientos y problemas con los miembros de la familia.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a:--- - Aumentar a:_
	Funcionamiento de la familia (488)	1. Acepta la diversidad entre los miembros de la familia. 2. Los miembros se apoyan entre sí. 3. Distribuye las responsabilidades entre los miembros.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a:_ Aumentar a:_

INTERVENCIÓN (NIC): (87), (412) Nivel 1: 5 familia <u>Campo:</u> Cuidados que apoyan a la unidad familiar. <u>(Nivel: 2) Clase:</u> X, Cuidados de la vida Intervención: Fomentar la implicación familiar. <u>Definición:</u> Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Una relación estable entre los miembros de la familia favorece el bienestar del paciente que permite que se desarrolle un plan de cuidados efectivo.
ACTIVIDADES 1. Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. 2. Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. 3. Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. 4. Identificar la falta de autos cuidados del paciente. 5. Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. 6. Anticipar e identificar las necesidades de la familia. 7. Animar a los miembros de la familia y a la paciente ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan de cuidados. 8. Observarla estructura familiar y sus roles. 9. Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente. 10. Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y de los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del paciente.	

INTERVENCIÓN (NIC): (87), (377) Nivel 1: 5 familia Campo: Cuidados que apoyan a la unidad familiar. (Nivel: 2) Clase:X, Cuidados de la vida Intervención: Estimulación de la integridad familiar. Definición: Favorecer la cohesión y la unidad familiar.	FUNDAMENTACION CIENTIFICA: La Determinar de los sentimientos de la familia respecto a su situación. Nos permite valorar sus fortalezas y debilidades que pueden influir en el autocuidado optimo del paciente.
ACTIVIDADES	
1. Escuchar a los miembros de la familia. 2. Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. 3. Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. 4. Comprobar las relaciones familiares actuales. 5. Identificar los mecanismos típicos de la familia para enfrentarse a situaciones problemáticas. 6. Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado de salud de acuerdo con los deseos de este. colaborar con la familia en la resolución de problemas y en la toma de decisiones.	

10. CONCLUSIONES

El Plan de Cuidados Estandarizado en paciente con cáncer de mama, permitió identificar algunos de los problemas que son atendidos por el profesional de enfermería, considerando la importancia y gravedad

El Plan de Cuidados permite contribuir a la homogenización del conocimiento y a garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de enfermería.

El Plan de cuidados de enfermería, integra el diagnóstico, planteamiento de resultados, identificación de indicadores, y la evaluación con una escala tipo Likert determinada, que permite planear las intervenciones y desarrollar las diferentes acciones para resolver el problema que presenta nuestro paciente, la posibilidad de innovación y define las responsabilidades específicas.

“Para evitar el error, no basta la inteligencia y el conocimiento, sino que es necesario saber aplicarlos adecuadamente, es decir, se requiere un método racional que por principio libere al hombre de la fácil caída en el error (Descartes, 1596-1650).”

11. BIBLIOGRAFIA

1. C.P. Anthony, G.A. Thibodeau. (2007), Anatomía y Fisiología, Décima edición, Interamericana, México, Df.
2. Dra. Olga Georgina Martínez Montañez. Dr. Arturo Vega Saldaña. (2007). Manual de exploración clínica de las mamas, programa de prevención y control del Cáncer de mama, Secretaria de Salud, Primera edición.
<http://es.scribd.com/doc/62300283/5/historia-natural-del-cancer-de-mama>
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>
3. Dr. Vistor Manuel Vázquez Zarate, 2012, Campaña de prevención y detección oportuna del Cáncer de mama.
http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/c_mama/campana_cancer_de_mama09.htm
4. Francone Lossow Jacob (2009), Anatomía y Fisiología humana, Cuarta edición, McGraw-Hill, Interamericana. México, Df.
5. Gordon Marjory, (2007), Manual de Diagnósticos de Enfermería, Editorial McGraw-Hill, España.
6. Heather Herdman, NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (2009-2011). Editorial. EDIDE, SL
7. Hogston Richar, Marjoram Barbara A., (2008), Fundamentos de la Práctica de enfermería, Tercera Edición. McGraw-Hill. Interamericana. México Df.
8. Luis Rodrigo Maria Teresa, (2006), los Diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica, Séptima edición, El Sevier Masson. España.
9. Moran Aguilar Victoria, Mendoza Robles Alba Lily, (2010), Proceso de enfermería, uso de los lenguajes NANDA, NIC, NOC, Modelos referenciales, Editorial Trillas, S.A. de C.V. México Df.
10. Moorhead Sue, Jhonson, Maas Meridean L, Elizabeth Swanson. (2009), Clasificación de resultados de enfermería (nec), Cuarta edición, Editorial. EDIDE, Barcelona España
11. McCloskey Dochterman Joanne, Bulechek Gloria M. (2009), Clasificación de intervenciones de enfermería (nic), Quinta edición, Editorial. EDIDE, SL Barcelona España.

12. NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación (2009-2011). Editorial ELSEVIER.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-041-ssa2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de mama.<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>,
14. Normark Madelyn, (2008), Bases Científicas de enfermería (manual moderno). México, Df.
15. Secretaria de Salud, (2002), Programa de Acción; Cáncer de mama. <http://portal.salud.gob.mx/>
16. Robert, B. (2010), Oncología Práctica, Manuales Clínicos, Editorial Medica Paramérica. Buenos Aires.
17. Torres Trujillo Roman (1998), Tumores de mama, diagnóstico y tratamiento, segunda edición, McGraw-Hill, Interamericana. México, Df.
18. Tellez Otrtiz Sara E., Garcia Flores Martha, (2012), Modelos de cuidados en enfermería, NANDA, NIC, NOC. Editorial McGraw-Hill. México, Df.
19. <http://www.expoknews.com/2010/02/09/arranca-issste-campana-nacional-deteccion-oportuna-de-cancer-de-mama/> .

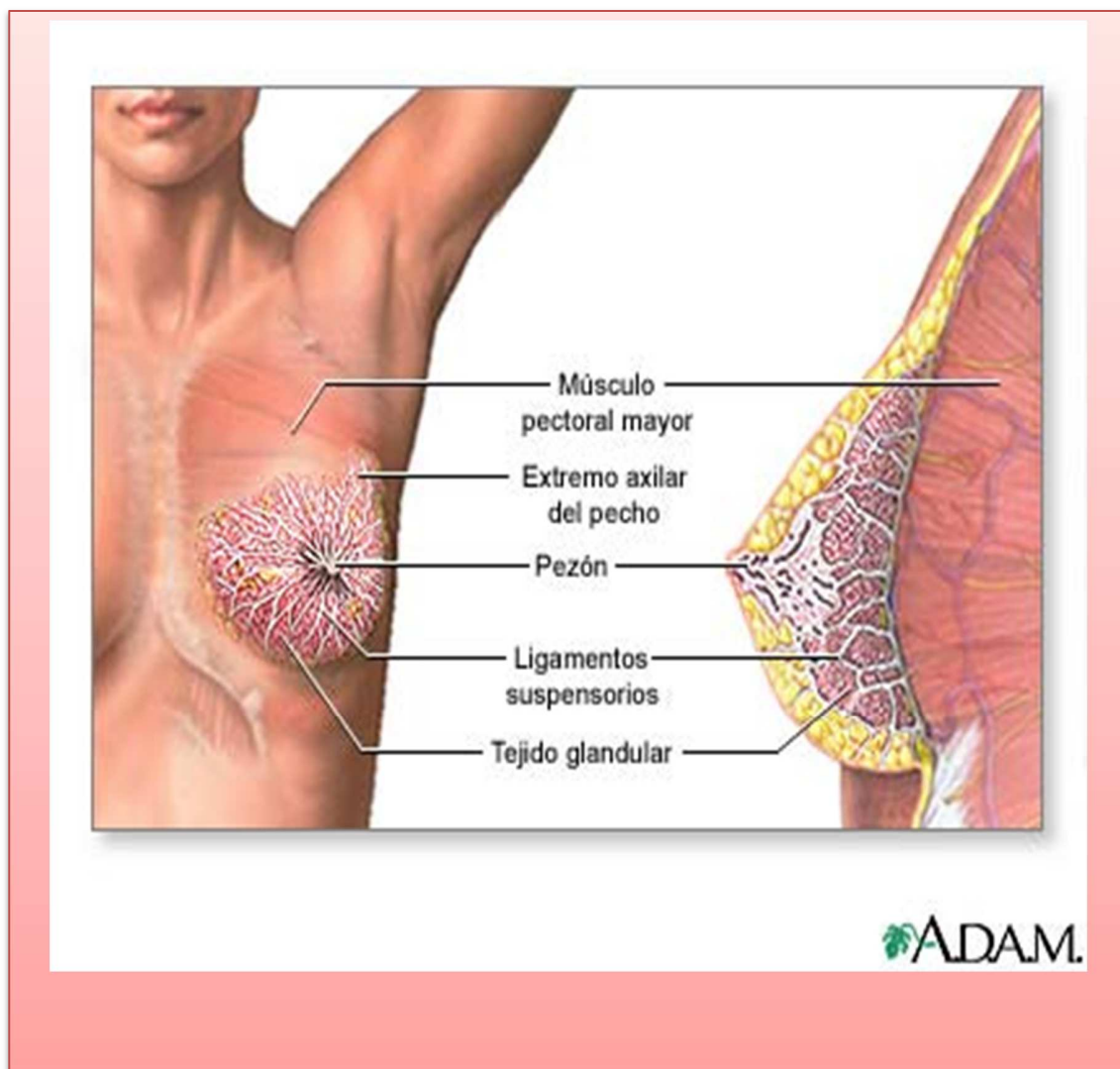
12. ANEXOS

Anexo 1. ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA.



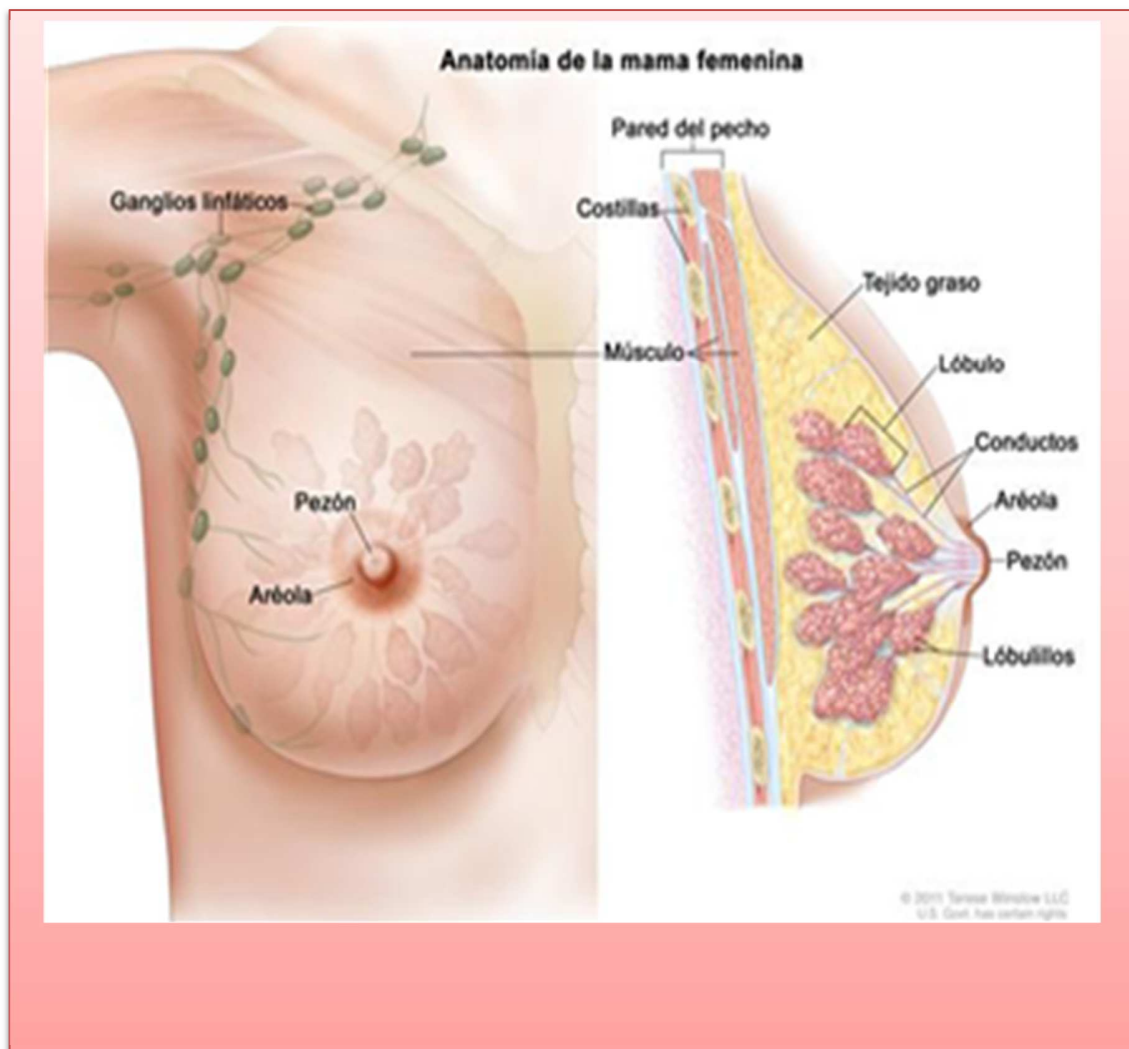
http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 1.1



http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 1.2



http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 2. CLASIFICACION DE LOS TUMORES DE MAMA

CLASIFICACION		PATOLOGIAS
TUMORES BENIGNOS		Tumor <i>phyllodes</i> <i>papiloma</i> <i>canicular</i> , <i>papiloma</i> <i>intracanicular</i> <i>Papilomatosis multiple</i>
DISPLACIAS MAMARIAS		condicion fibroquistica adenosis mamaria
PADECIMIENTOS INFLAMATORIOS	INFECCIOSOS	E Abceso mamario Mastitis del puerperio Ectasia de los conductos Enfermedad de Mondor
MISCELÁNEA		Ginecomastia Hiperplasia virginal Galactocele
TUMORES MALIGNOS		Carcinoma mamario Sarcoma de la mama

Francone Lossow Jacob (2009), Anatomía y Fisiología humana, Cuarta edición, McGraw-Hill, Interamericana. México, Df.

Anexo 2.1.

Blando	Duro
Liso	Irregular
Móvil	Fijo a tejidos
Doloroso	No doloroso
<30 años	> 50 años
Redondo bien delimitado	Bordes mal delimitados
Transitorio	

Francone Lossow Jacob (2009), Anatomía y Fisiología humana, Cuarta edición, McGraw-Hill, Interamericana. México, Df.

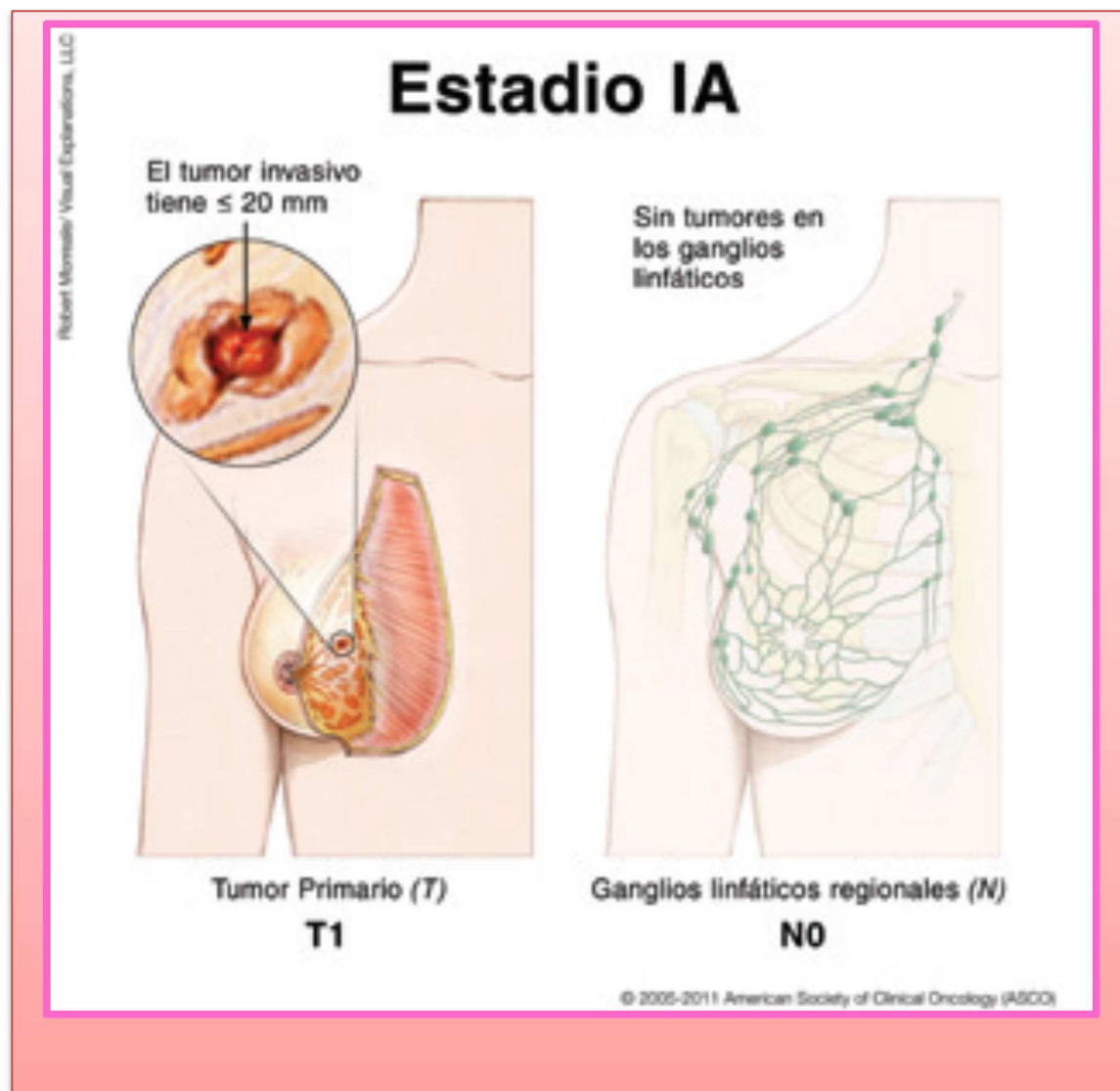
CLASIFICACION DEL CÁNCER DE MAMA:

Anexo 3. Ilustración de cáncer de mama en estadio 0.



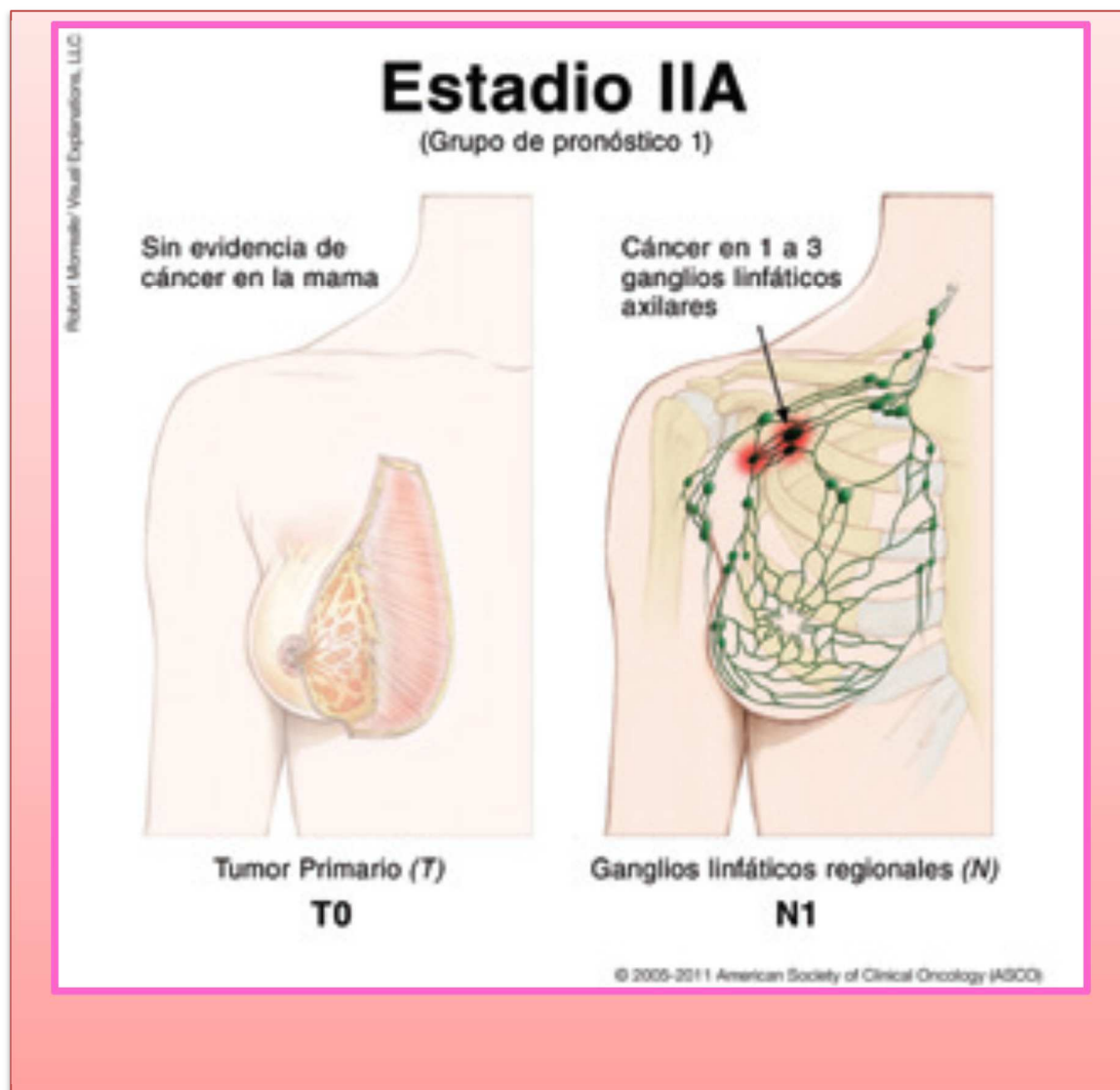
http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 4. Ilustración de cáncer de mama en estadio IA.



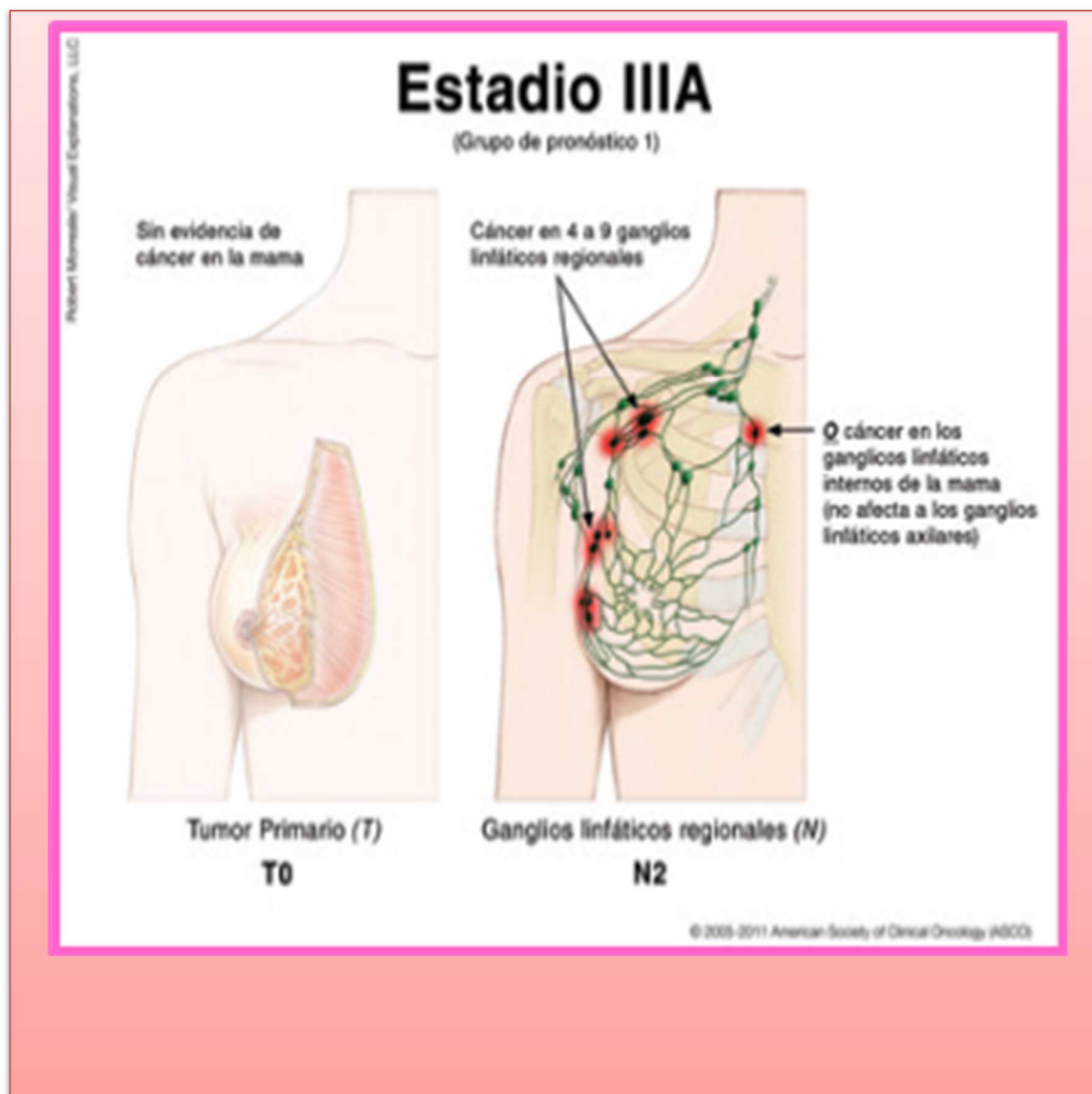
http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 5. Ilustración de cáncer de mama en estadio IIA.



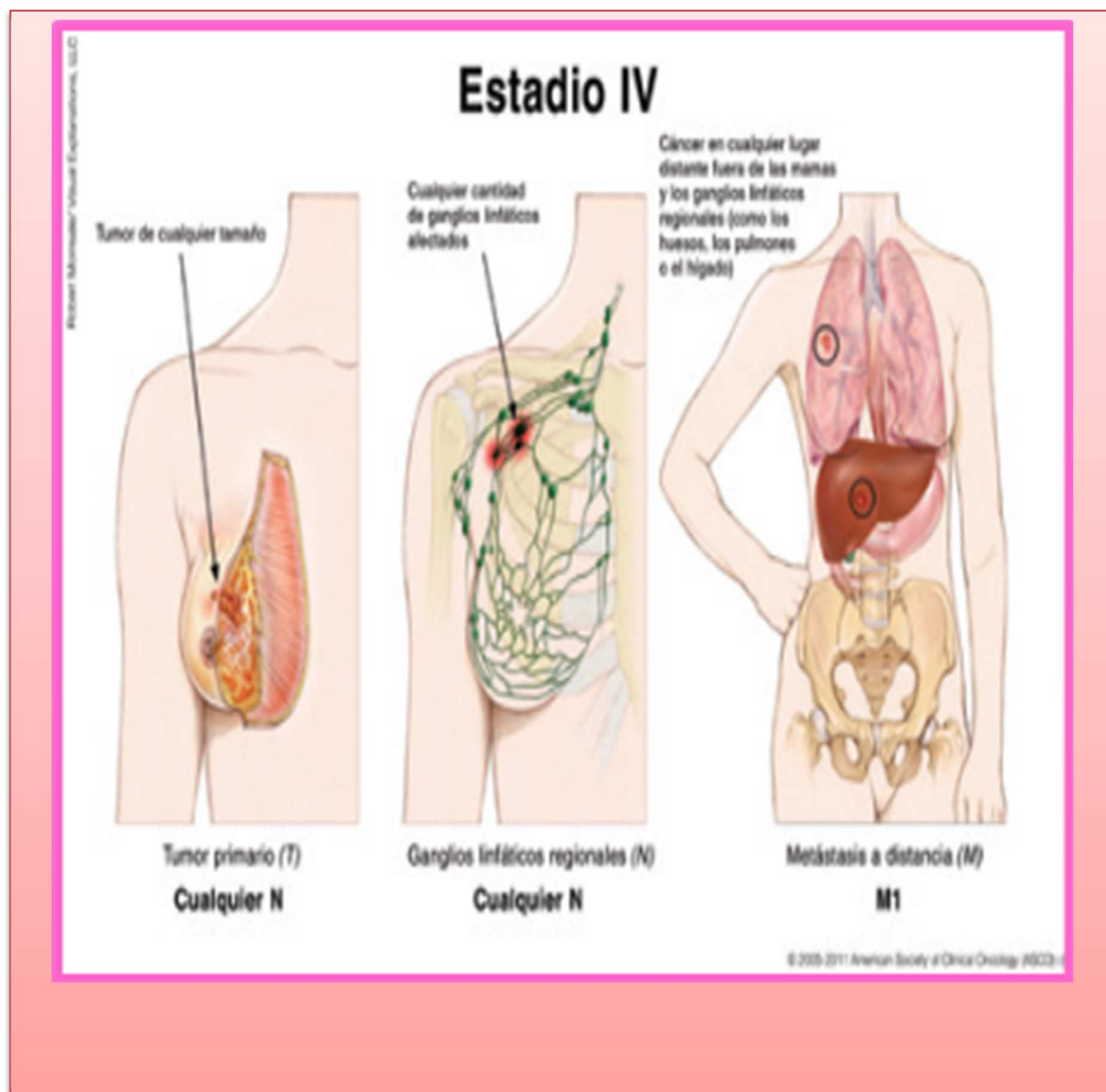
http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 6. Estadio IIIA



http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 7. Ilustración de cáncer de mama en estadio IV.



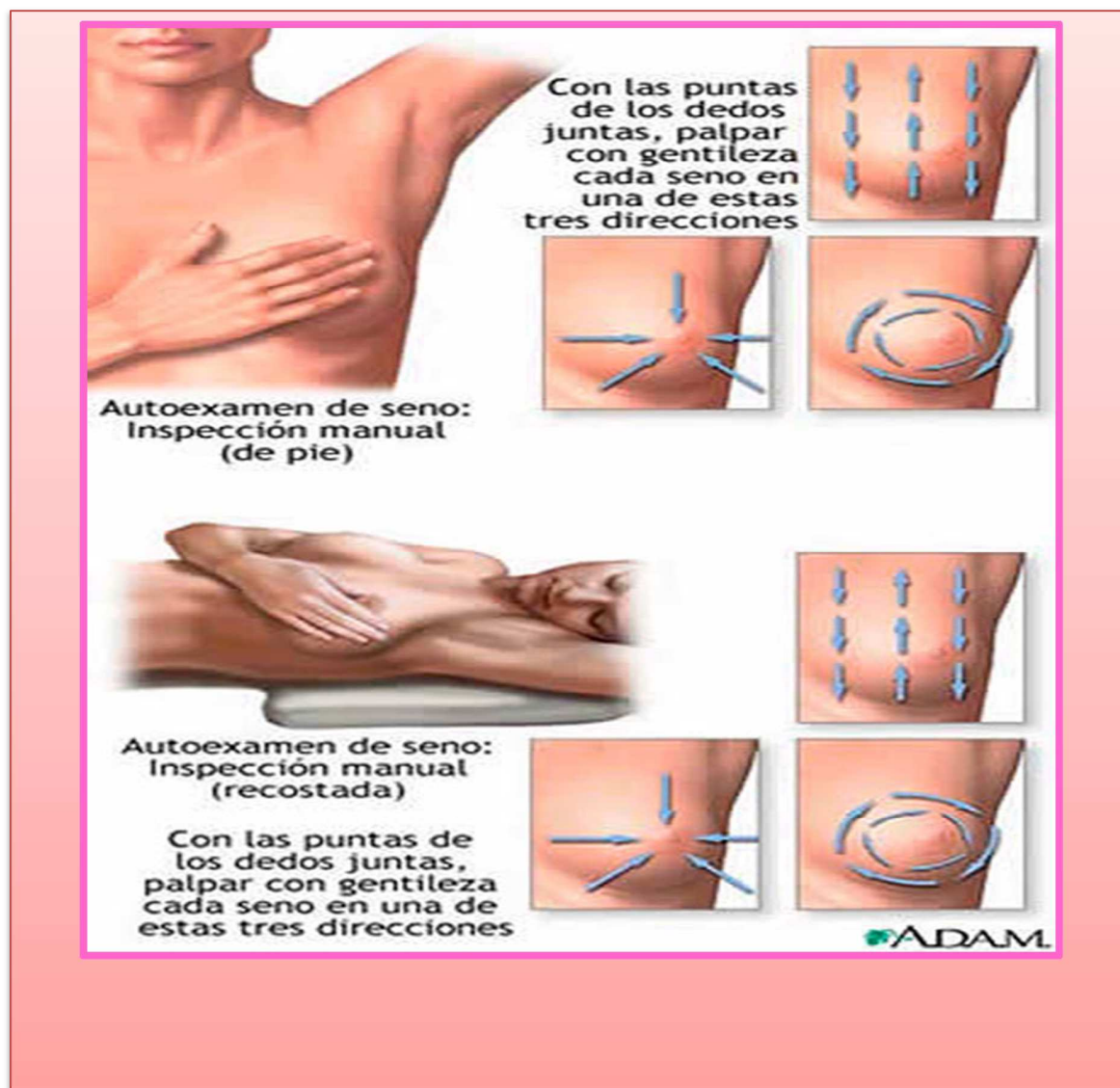
http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 8. INSPECCIÓN.



http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 9. AUTOEXPLORACION.



http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Anexo 9.1



Mientras se está acostado, utilice el tres dedos del medio y aplique tres niveles de presión en un movimiento circular. Siga una de arriba hacia abajo.



Compruebe si hay cambios con las manos en las caderas y los músculos del pecho flexionados.



Examine las axilas mientras que en posición vertical, con el brazo ligeramente elevado.

 ADAM

EXAMEN CLINICO DE SENO

PRUEBAS POR IMAGENES

Anexo 10. Mastografía.



http://www.ferato.com/pdf/index.php/C%C3%A1ncer_de_Mama
ADAM
15-11-12

Tratamiento

Anexo 11.

LINEAMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER MAMARIO DE ACUERDO CON LA ETAPA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO				
ETAPA	TUMOR	CIRUGÍA	QUIMIOTERAPIA	RADIACIÓN
0	DCIS	TM o lumpectomía	Tamoxifén	Para lumpectomía
I	0 a 2 cm	BTC o MRM	Se considera para todo tumor invasor	Para BCT
II	2 a 5 cm	BTC o MRM	El régimen depende del tamaño del tumor y el estado de los ganglios	Para BCT
III	> 5	MRM	Posoperatoria y tal vez preoperatoria	A la pared torácica y tal vez a la axila después de MRM
IV	Enfermedad metastásica	Posible lumpectomía o MRM	Para control de la progresión, paliación o ambas	Para control de la progresión, paliación o ambas.

Francone Lossow Jacob (2009), Anatomía y Fisiología humana, Cuarta edición, McGraw-Hill, Interamericana. México, Df.

Anexo 12.

NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Objetivo y campo de aplicación:

- Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todo el personal de salud, profesional y auxiliar de los sectores público, social y privado que brinden atención médica.

Consejería

La consejería considera como parte de las acciones encaminadas a la prevención, detección y diagnóstico del cáncer de mama y se inicia con actividades de promoción, educación y fomento a la salud.

Evaluación

- La evaluación se debe llevar a cabo, considerando las actividades que, para el caso, deben servir de indicadores de cobertura, proceso y resultado.
- Cobertura de detección, proporción de mujeres con estudio mamográfico anormal en la detección de primera vez, proporción de estudios

confirmados por histopatología, proporción de tratamientos y seguimiento de casos.

- Calidad de la toma de estudio, entrega de resultados, prontitud de manejo de la paciente con estudio anormal.
- Disminución o incremento de la incidencia del cáncer de la mama, incremento del diagnóstico precoz, disminución de la mortalidad por cáncer de mama.
- La evaluación debe realizarse por cada institución que conforma el Sistema Nacional de Salud en forma anual en los diversos niveles operativos institucionales.
 - Para la evaluación de estas actividades se debe tomar la información que se registre en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama.
- Se evalúa la calidad de las mamografías, el tiempo de atención entre la mamografía anormal y la instauración de un tratamiento, o los estudios adicionales que sean requeridos en situaciones particulares.
- Cada institución debe evaluar su programa. La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, en coordinación con las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, hará la evaluación del programa de cáncer mamario a nivel nacional.

Vigilancia epidemiológica

- La Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama se deriva SINAVE, que cumple con las disposiciones del CONAVE, y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman.
- Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de cáncer de mama.
- El estudio epidemiológico del cáncer de mama implica el llenado de formatos relacionados con las etapas de detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento clínico y evaluación. Las fuentes de información parten de los sistemas ordinarios y de los formatos específicos.
- Son motivo de registro nominal los casos nuevos, probables y confirmados, independientemente de la etapa clínica.
- La vigilancia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, se debe realizar conforme a la NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

Concordancia con normas internacionales y mexicanas.

Esta norma es equivalente con ninguna norma internacional ni mexicana, por no existir referencia al momento de su elaboración.

Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

Vigencia

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 28 de febrero de 2003.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, Roberto Tapia Conyer.- Rúbrica.

(Norma Oficial Mexicana NOM-041-ssa2-2002)

Anexo 12.1 Clasificación de los tumores mamarios, sus nódulos y metástasis: La clasificación del cáncer mamario conocida como TNM se basa en la descripción del tumor primario (T), los nódulos linfáticos regionales (N) y la metástasis (M):

T	Tumor primario
TX	Tumor primario no puede ser evaluado
T0	Sin evidencia de tumor
TIS	Carcinoma <i>in situ</i> : carcinoma intraductal, carcinoma lobular <i>in situ</i> , enfermedad de Paget del pezón sin tumor que lo acompañe.
T1	Tumor de 2 cm o menos en su mayor dimensión.
T1a	Tumor de más de 0.1 cm pero no más de 0.5 cm en su mayor dimensión.
T1b	Tumor de más de 0.5 cm pero no más de 1 cm en su mayor dimensión.
T1c	Tumor de más de 1 cm pero no más de 2 cm en su mayor dimensión
T2	Tumor de más de 2 cm pero no más de 5 cm en su mayor dimensión-
T3	Tumor de más de 5 cm en su mayor dimensión.
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a: a) Pared torácica, b) Piel
T4A	Extensión a la pared torácica.
T4B	Edema (incluyendo piel de naranja), ulceración de la piel de la mama o nódulos satélites limitados a la misma.
T4C	Ambos casos mencionados arriba (T4a y T4b)
T4D	Carcinoma inflamatorio. Nota: La pared torácica incluye arcos costales, músculos intercostales y músculo serrato anterior, pero no al músculo pectoral.
N	Ganglios linfáticos regionales.
NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos (fueron extraídos previamente)
N0	No hay metástasis regionales de los ganglios linfáticos
N1	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles.
N2	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsilaterales unidos entre sí o a otras estructuras.
N3	Metástasis en ganglio o ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales.
Pn	Clasificación patológica.
pNX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (no se extrajeron para su estudio patológico o se extrajeron anteriormente)
pN0	No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales.
pN1	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos, cualquiera mayor de 0.2 cm.
pN1a	Solo micrometástasis (ninguna mayor de 0.2 cm)
pN1b	Metástasis a los ganglios linfáticos, cualquiera mayor de 0.2 cm.
pN1bI	Metástasis entre uno y tres ganglios linfáticos, cualquiera mayor de 0.2 cm de tamaño y todos menores de 2.0 cm en su dimensión.
pN1bII	Metástasis a cuatro o más ganglios linfáticos, cualquiera mayor de 2.0 cm de tamaño y todos menores de 2.0 cm en su menor dimensión.
pN1bIII	Extensión del tumor más allá de la capsula de un ganglio linfático; metástasis menor de 2.0 cm en su mayor dimensión.
pN1bIV	Metástasis a un ganglio linfático de 2.0 cm o más en su mayor dimensión.
pN2	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales unidos entre sí o a otras estructuras.
pN3	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsilaterales mamarios internos.
M-	Metástasis a distancia.
MX	No se puede evaluar la presencia de metástasis distante.
M0	No hay metástasis distante.
M1	Presencia de metástasis distante (incluye metástasis a los ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales).

13. GLOSARIO

GLANDULA MAMARIA: Son los órganos encargados de segregar la leche. Existen en ambos sexos.

LOBULILLOS: contienen grupos de glándulas diminutas que puede producir leche.

VASOS LINFATICOS: Son canales delgados y diminutos que transportan material de desechos y células del sistema inmunitario en un líquido llamado linfa. Se distribuyen por todo el cuerpo llenando de los espacios intersticiales de las células y desembocan en pequeñas estaciones llamadas ganglios linfáticos hasta terminar en la circulación venosa sistemática.

GANGLIOS LINFATICOS: Los nodos linfáticos o ganglios linfáticos son unas estructuras nodulares que forman parte del sistema linfático y forman agrupaciones en forma de racimos.

GLANDULAS SEBACEAS: están situadas en la dermis media y formadas por células llenas de lípidos que se desarrollan embriológicamente en el cuarto mes de gestación, como una gemación epitelial del folículo piloso. Esta glándula se caracteriza por sintetizar el sebo, sustancia lipídica cuya función es la de lubricar y proteger la superficie de la piel.

CANCER: Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce células anormales derivadas de los propios tejidos, más o menos parecidas a las originales de las que proceden, y que pueden comportarse de diferentes modos, pero que en general tienden a llevar a la muerte a la persona que proceden sin el tratamiento adecuado. (células cancerígenas o cancerosas) cuya malignidad es variable según órganos y sistemas.

CARCINOMA: Es una forma de cáncer con origen en células de tipo epitelial o glandular, de tipo maligno.

SARCOMAS: Un sarcoma es una neoplasia maligna que se origina en un tejido conjuntivo, como pueden ser hueso, cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos, u otros.

FIBROSARCOMA: Es un tipo de cáncer de los tejidos blandos que empieza en el tejido fibroso, que es el que mantiene en su lugar los huesos, los músculos y otros órganos.

TUMOR: es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo que aparece, por tanto hinchada o distendida.

METASTASIS: es una teoría científica que supone la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició. Ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática.

RAYOS X: La denominación rayos X designa a una radiación electromagnética, invisible, capaz de atravesar cuerpos opacos y de imprimir las películas fotográficas. Los actuales sistemas digitales permiten la obtención y visualización de la imagen radiográfica directamente en una computadora (ordenador) sin necesidad de imprimirla. La longitud de onda está entre 10 a 0,01 nanómetros, correspondiendo a frecuencias en el rango de 30 a 3.000 PHz (de 50 a 5.000 veces la frecuencia de la luz visible).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: 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.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: Describe el proceso de acción de la persona y especifica los tipos de acción que facilitan o impiden que la enfermera identifique la necesidad de ayuda inmediata del paciente.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA:

VALORACION: Primera etapa en donde se identifica el problema y se reúne información para obtener una imagen clara del estado de salud del sujeto de cuidado.

DIAGNÓSTICO: Es un juicio acerca de las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.

PLANEACIÓN: Consiste en establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas

EJECUCIÓN: Conocimiento del plan de cuidados de enfermería para el logro de objetivos concretos.

EVALUACIÓN: Logro de objetivos:

–Total: el sujeto de cuidado es capaz de alcanzar el resultado esperado en el tiempo establecido en el objetivo

–Parcial: el sujeto de cuidado está en el proceso de lograr el resultado esperado

–No se logró el objetivo

TAXONOMÍAS: Conjunto de información clasificada, que tiene como objetivo principal la estandarización del lenguaje.

NOC: (Clasificación de Resultados). Contiene resultados de los individuos, cuidadores, familias y sociedades que pueden utilizarse en todas las especialidades clínicas y en numerosos entornos.

NIC: (Clasificación de intervenciones de enfermería). Abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería.