

# **CAPITULO I**

## **MARCO REFERENCIAL**

## **1.1.- Proceso de atención de enfermería.**

### **1.1.1.- Conceptualización.**

Es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requieren una capacidad cognoscitiva, técnica e interpersonal y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente y familia. (Iyer, 1993)

Según Leddy Susan (1990) lo define como un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada, y proporciona un método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.

En cuanto a Wong L. (1995) llama al marco de referencia que orienta la práctica de la enfermera profesional y que consiste en un método para identificar y resolver los problemas que describe qué debe hacer en cada caso el personal de enfermería.

Por otra parte Alfaro-Lefeuere (1996) menciona que es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

### 1.1.2. Antecedentes históricos del proceso atención de enfermería.

En datos retomados de Sánchez Molinero (1998), se menciona que Florence Nightingale, inició la aplicación de un proceso consistente en la observación y posterior identificación de los problemas que sufrían los soldados hospitalizados de la guerra de Crimea, para luego aprender una serie de actuaciones deliberadas. En su libro de notas de enfermería, publicado en 1859, queda reflejada la gran importancia que esta autora le concedió a la observación.

Por otra parte en las primeras décadas del siglo pasado se comenzó a aplicar el método científico general de resolución de problemas al campo de la enfermería, obteniéndose como resultado un proceso de enfermería que, aunque primitivamente estructurado, marca un gran cambio en el papel que hasta entonces jugaba la profesión.

Se cita Mc Jensen (1929) quién define mediante una serie de preguntas, lo que serán tres de los componentes del proceso de enfermería: Valoración, plan e intervención.

Señala que en 1953 Vera Fry fue la primera en sugerir la posibilidad de formular un "*diagnóstico enfermero*" como paso siguiente a la identificación de las necesidades específicas del paciente para conseguir individualizar los cuidados.

Con respecto a Myra Levin en 1965, dice que propone como alternativa el término "*tropicognosis*" queriendo significar conocimiento de la relación y englobado tanto de la observación como la formulación de decisiones cognoscitivas.

Asimismo se refiere a Lensnick y Anderson (1955) que en conjunto señalaron que el área de la que la enfermería debe hacerse responsable es susceptible, de ser llamada "*diagnóstico de enfermería*".

Por otra parte, en 1956 Gertrude Hornung defendió la implantación del término *diagnóstico* con el fin de hacer desaparecer del vocabulario de la enfermería las "descripciones vagas y equívocas" sobre la condición del paciente.

En 1965 Faye Abdellah, definió el término "problema" como una condición reconocida por el paciente o sus familiares, mediante él cual la enfermera puede ayudarles a enfrentar con el ejercicio de sus funciones profesionales.

Menciona también que en 1962 y 63, Wilda Chimbera y Ni Kamorita, escribieron sendos artículos en el American Journal of Nursing, defendiendo y definiendo el diagnóstico de enfermería frente a los que reclamaban para los médicos la facultad de diagnosticar.

En 1967 Yura y Walch, propusieron procesos divididos en cuatro etapas, comprendiendo la primera de ellas la valoración u observación y la designación del problema.

Por otra parte comenta que en 1987, un conjunto de representantes profesionales manifiesta su preocupación por la inexistencia de una definición oficial conceptual de diagnóstico de enfermería, a pesar de que varios autores lo hubieran definido de forma particular en sus publicaciones. Gordon y Carpenito advierten que la práctica de la enfermería debe estar sujeta al marco de la legislación.

En 1990 se publicó el primer número de la revista oficial de la NANDA Nursing Diagnosis, para el desarrollo y perfección y aplicación de diagnóstico de enfermería y asuntos relacionados, además de informar sobre actividades de la junta.

No vendría mal aclarar que en 1963 el Consejo Internacional de Enfermería organizó un grupo de trabajo para elaborar un documento que incluyera los diagnósticos de enfermería, objetivos y actividades publicados en cualquier país. (Sánchez Molinero, 1998)

### 1.1.3.- Etapas del proceso de atención de enfermería.

Valoración.- El componente de la valoración inicial del proceso de enfermería se inicia cuando la enfermera se reúne por primera vez con el paciente. Consiste en la recolección sistemática de datos acerca del estado de salud del enfermo, su análisis para identificar las necesidades asistenciales reales o potenciales y el uso de los datos para elaborar diagnósticos. En esta etapa se utilizan los siguientes pasos:

- 1.- Antecedentes de salud y enfermedad.
- 2.- Valoración inicial del estado de salud.
- 3.- Entrevista con los familiares y otros seres queridos del usuario.
- 4.- Estudio del expediente.
- 5.- Organizar, analizar, sintetizar y resumir los datos reunidos.

Diagnóstico.- La fase de valoración inicial concluye con la formulación de los diagnósticos de enfermería. En cuanto sea posible después de tomar la anamnesis y realizar la valoración inicial del estado de salud, la enfermera organiza, analiza, sintetiza y resume los datos recopilados, y define las necesidades de asistencia de enfermería del paciente, este paso contiene lo siguiente:

- Identificación de los problemas de enfermería del paciente.
- Identificación de las características que definen dichos problemas.

- Identificación de las causas de estos problemas.
- Redacción de los diagnósticos de enfermería de manera concisa y precisa.

Planeación.- Una vez identificadas las capacidades y problemas, es el momento de trabajar con el paciente y familia para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promover la salud, para realizar este paso se toma en cuenta lo siguiente:

- 1.- Asignación de prioridades a los diagnósticos de enfermería.
- 2.- Especificación de objetivos inmediatos, mediatos y a largo plazo de las acciones que se deben tomar.
- 3.- Identificación de las intervenciones de enfermería apropiadas para el logro de tales objetivos.
- 4.- Identificaciones de las acciones interdependientes.
- 5.- Especificación de los resultados esperados.
- 6.- Registro de los diagnósticos correspondientes, objetivos del plan asistencial, intervenciones de enfermería y resultados esperados del plan asistencial.

Ejecución.- Es lo que sigue a la formulación del plan asistencial. En este contexto, ejecución es la puesta en práctica del plan propuesto. La enfermera coordina las actividades de todas las personas que participan en esta fase.

Evaluación.- La evaluación de resultados es la fase final del proceso y tiene como finalidad identificar la respuesta del individuo a las intervenciones de la enfermera y la medida en que se han logrado los objetivos. (Smeltzer S. Col, 1997)

## **1.2.- Patrones funcionales de salud.**

### 1.2.1.- Conceptualización.

Un patrón está definido como una configuración de comportamientos que ocurre en forma secuencial en el transcurso del tiempo. Las secuencias de comportamiento, más que los hechos aislados son los datos utilizados para inferencias o juicios clínicos.

Por otra parte los patrones funcionales de Gordon son formas de vida que contribuyen a favorecer el nivel de salud de un individuo, familia o comunidad.  
(Gordon Marjory, 1996)

Las ventajas de los patrones son:

- a.- Proporciona un formato de valoración para una base de datos "básica" independientes de la edad, el trastorno médico o del lugar.
- b.- Conduce directamente al diagnóstico enfermero.
- c.- Consigue aproximación holística a la valoración integral del ser humano en cualquier entorno, grupo de edad y en todos los puntos del continuo salud enfermedad.
- d.- Ayuda a identificar los datos que hay que comunicar al médico.

Los patrones de salud pueden ser funcionales o disfuncionales o potencialmente disfuncionales, cuando los patrones de salud son funcionales significa salud y bienestar y esto a su vez cuando son disfuncionales o potencialmente

disfuncionales no responden a las normas esperadas y se define como problema de salud. (Gordon, 1996)

Estos patrones funcionales de salud están interrelacionados, interactivos e interdependientes y son:

1.- *Patrón percepción de salud*: Incluye el modo como el usuario percibe su estado de salud e importancia que les da para sus planes actuales y futuros, además de las acciones preventivas que utiliza contra riesgos para la salud y su comportamiento general como: Realización de actividades físicas y/o mentales que favorezcan su salud y seguimiento de las indicaciones médicas y de enfermería cuando han sido necesarias.

2.- *Patrón nutricional metabólico*: Se describe el comportamiento habitual del consumo de alimentos y líquidos, horas habituales de comida, tipos y cantidad, preferencias de cualquier tipo piel- mucosas, estado general de la misma y los anexos, cicatrización, peso/talla y estado de boca y dientes y temperatura corporal. Como datos que denotan el suministro indispensable de nutrientes a los tejidos.

3.- *Patrón de eliminación*: Describe la regularidad de las funciones excretoras (intestinal, vesicular, piel, etc.) También el uso de rutinas o aditamentos para lograr la función, además características de las evacuaciones, color, consistencia, olor, cantidad, frecuencia, estado de la región.

4.- *Patrón de actividad ejercicio*: Incluye la capacidad demostrada para el autocuidado y frecuencia de realización, además el ejercicio, actividad, tiempo libre, recreo y la energía requerida para ello y si hay factores que interfieran para realizarlas.

5.- *Patrón de sueño descanso*: Describir hábitos de sueño y descanso durante las 24 horas de sueño y tiempo para siesta-descanso, o además si se ayuda para lograrlo, como medicamentos, o rutinas empleadas para conciliar el sueño.

6.- *Patrón cognitivo - perceptivo*: Incluye aspectos sensoriales - cognitivo de la percepción y la educación de los órganos de los sentidos.

7.- *Patrón de autopercepción y concepto de sí mismo*: Resumir lo expresado por el usuario acerca de cómo se ve a sí mismo, imagen corporal, identidad, sentimientos de autoestima por estar conforme por como se ve y/o que es.

8.- *Patrón rol relaciones*: Menciona el patrón de responsabilidades, roles más importantes que el usuario tiene actualmente y el grado de satisfacción o insatisfacción que manifieste expresamente por su papel desempeñado tanto en su hogar como en el trabajo, escuela o grupos de amigos, etc.

9.- *Patrón sexualidad - reproducción*: Incluye la satisfacción - insatisfacción de la sexualidad, en la reproducción, vida sexual, uso de protección en las relaciones sexuales, etapa de menopausia o no, exámenes periódicos (mama, cervicouterino/próstata, etc.)

10.- *Patrón de afrontamiento - tolerancia al estrés*: Hace referencia de las formas de adaptación y como tolera las situaciones de estrés (como soporta cambios en su integridad corporal) los apoyos con que cuenta (familiar, clubes, A.A. etc.) si requiere de medicamentos o consumo de bebidas para tolerarlo.

11.- *Patrón de valores - creencias*: Describe los valores, resultados o creencias incluyendo las espirituales, lo que espera en el futuro de su vida y de su estado de salud. (Gordon, 1996)

### **1.3.- Necesidades básicas del humano de A. Maslow.**

Ciertas necesidades básicas son comunes a todos los individuos y se precisa su satisfacción. Ésta se realiza de conformidad con el grado de prioridad que le corresponda, lo que significa que algunos son más apremiantes que otras. Sin embargo, una vez satisfecha una necesidad básica, la persona busca cubrir necesidades de niveles más altos. (Smetzer S. col, 1997)

Por consiguiente para su manejo en esta investigación se considerarán la jerarquía de necesidades de Maslow donde se clasifican de la siguiente manera:

*Necesidades fisiológicas:* Son las que predominan en la motivación de la conducta humana y dan lugar a los mecanismos que conservan la homeostasia, o sea regulación constante del medio interno del organismo. Incluyen la regulación de las funciones de respiración, nutrición y excreción, así como la conservación del contenido de agua en los tejidos, los ajustes de la temperatura corporal y del funcionamiento de numerosos mecanismos protectores. También abarcan como las necesidades de reposo y sueño, o la de evitar el dolor. Se considera que el sexo es un motivo básico pero no indispensable para la supervivencia.

*Necesidades de seguridad física y psicológica:* Si se satisfacen las necesidades fisiológicas, pasa a primer plano la preocupación, es decir, la seguridad física y psicológica. El adulto normal puede protegerse a sí mismo y es usual que no se sienta en peligro.

*Necesidades de pertenencia y afecto:* Toda persona enferma o sana, desea la compañía y la aceptación de otras. Un enfermo quiere y necesita estar con sus familiares o, en ausencia de éstos, sus amigos de esta suerte, es usual que advierta

cualquier actitud poca amistosa. Las enfermeras sensatas siempre tienen en mente estas necesidades y su importancia en el estado de ánimo del usuario.

*Necesidades de autoestima y respeto de sí mismo:* El hombre es por naturaleza un ser social, que aborrece el aislamiento. Las enfermedades lo alejan del mundo donde acostumbra a vivir y lo transplantan a un ambiente extraño y desconocido en que se siente incompetente y solo. Después de ser un miembro activo en su sociedad, al estar enfermo debe aceptar una posición de dependencia.

Las enfermeras, si están convencidas del concepto del valor de cada persona y la dignidad del hombre, buscan que se satisfaga tal necesidad.

*Necesidad de realización personal:* Son necesidades que tiene la persona de obtener su potencial más elevado y logra las ambiciones que tengan. Maslow considera que cerca del 1% de los adultos logra la realización personal a lo largo de su vida.

Los que se mencionan por consiguiente pertenecen a la de necesidad de realización personal pero para su mejor comprensión se decide separarlos.

- a) Necesidad de satisfacción personal.- Después de estar satisfecha de las necesidades anteriores, puede pasar a primer plano sus impulsos creativos. Es improbable que se vea frustrada esta necesidad durante una hospitalización breve. Sin embargo, los usuarios con enfermedades crónicas deben tener la oportunidad de expresarse en forma creativa y sentirse útil.
- b) La necesidad de conocer y comprender.- Esta es una motivación considerable. Cualquier persona inteligente busca información, la organiza, analiza y trata de entender su significado. En términos generales, los

usuarios desean saber que les espera, y se ven frustrados por explicaciones demasiado breves o vagas.

- c) Necesidades estéticas.- Esta necesidad varía de una persona a otra, pero el ambiente más saludable para cualquier usuario tiene orden y belleza.

Esta clasificación es útil porque ayuda a clasificar los diagnósticos enfermeros y dar prioridad a los más urgentes y poder proporcionar atención de calidad.

#### **1.4.- Generalidades de la enfermedad CÁNCER MAMARIO**

##### **1.4.1.- Ubicación del problema:**

El cáncer mamario es un problema de salud importante en Estados Unidos. Su frecuencia general se incrementó un 54% entre 1950 y 1989. La tasa de frecuencia aumentó constantemente un porcentaje anual hasta 1980, cuando subió en forma repentina un 4 %. En los años de 1970 y 1980, la frecuencia general del cáncer de mama llegó a ser de 21% en toda la población femenina, la cifra alcanzó 49%. Las tasas de mortalidad del cáncer de mama no han variado en los últimos 40 años, lo cual sugiere que el tratamiento actual con cirugía, radioterapia y quimioterapia ha aumentado modestamente la supervivencia general.

Hasta hoy, no hay cura para el cáncer de mama. Como la frecuencia sigue incrementándose, la tasa de mortalidad no varían y no hay cura, las sobrevivientes y quienes luchan por combatir la enfermedad han llamado la atención de la sociedad y los políticos. Los activistas exigen, y han obtenido, fondos federales para un programa nacional contra el cáncer de mama tendiente a encontrar una cura.

Las estadísticas actuales indican que una de cada ocho mujeres corre el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer. Si bien el riesgo no es el mismo en todos los grupos de edades. Por ejemplo, a los treinta y cinco años es de 1 en 662; a los 60, es de 1 en 24. Según la American Cancer Society, en 1995 se diagnosticaron 183,400 casos, con un estimado de 46,240 muertes. La tasa de supervivencia de cinco años en las mujeres diagnosticadas en las primeras etapas es de 93%. Hacia el año 2000, cerca de dos millones de mujeres en el país habrán sido afectadas por el cáncer de mama, más de 460,000 morirán de esta enfermedad en los años de 1990. (Smetzer, S. Col, 1997).

Por otra parte se dan a conocer las defunciones obtenidas en el año de 1998 por cáncer de mama en la República Mexicana en edad de 35 a 44 años se encuentran 615 casos, y de 45 a 64 años se obtienen 1,561 personas siendo esta última la cifra más alta de defunción.

En el mismo año se da a conocer la morbilidad hospitalaria por diagnósticos principales de egresos. Por cáncer mamario la cifra obtenida fue de 24,575 casos. (Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social cuaderno No. 16 INEGI).

#### 1.4.2.- Cáncer mamario.

Es una neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolable de células neoplásicas de la mama que tienden a invadir el tejido circulante y metastizar a puntos distantes del organismo. (Mosby, 1999)

#### 1.4.3.- Agente.

La exposición prolongada a estimulación hormonal, por ejemplo: Puede haber mayor riesgo en mujeres con menarquia precoz, antes de los 12 años de edad y menopausia tardía.

Por otra parte estudios in vitro sugieren que existen una multitud de agentes químicos, capaces de actuar con carcinógenos.

Entre ellos destacan agentes medicamentosos y drogas citotóxicas contra el cáncer, que favorecen la aparición de segundas neoplasias, administración excesivas de estrógenos. Así como también la exposición a radiación externa.

Por consiguiente se dice que la presencia de virus en algunas neoplasias humanas han sido más que relevante y se ha documentado excesivamente.

El virus Epitein-Barr se ha vinculado a la etiología del carcinoma nasofaríngeo y al linfoma de Burkitt; se ha mostrado asociación del virus del herpes simple tipo dos con el carcinoma del cervix y existen datos fuertemente subjetivos de asociación entre el virus del hepatitis B y el desarrollo de hepatocarcinoma. (Manual de actualización para enfermeras hematológicas, laboratorio glaxo)

#### 1.4.4.- Hospedero.

Las personas expuestas a radiaciones con fines diagnósticos y tratamiento o por exposición accidental, tienen una posibilidad a veces mayor que la población en general de adquirir el padecimiento.

Por otra parte la enfermedad se puede presentar a cualquier edad, después de iniciada la menstruación, pero es más frecuente a partir de los 35 años de edad, más

frecuente en el sexo femenino, pero puede aparecer en el sexo masculino. (Lowrance, 1977)

La ocupación tiene alto riesgo en las personas encargadas del servicio de rayos x, radiaciones ionizantes, personas que manejan frecuentemente fertilizantes. Por consiguiente a esto, el estado nutricional es otro factor de riesgo en la ingestión elevada de grasas, obesidad y consumo de alcohol y en mujeres que consumen cantidades moderadas de tabaco.

Asimismo, las mujeres cuyas madres y hermanas han padecido cáncer de mama, aumenta dos o tres veces más la posibilidad de desarrollar cáncer, y si el tumor maligno ocurrió antes de la menopausia, el riesgo aumenta aún más. (Brunner L., 1991)

Dependiendo del grupo étnico, la frecuencia es muy baja en japoneses, pero aumenta en los que emigran a Estados Unidos, porque adoptan la cultura del mismo; por otra parte, se menciona que las mujeres blancas tienen mayor riesgo que las otras razas.

#### 1.4.5.- Ambiente.

Se dice que el cáncer mamario se da en personas que viven en climas fríos, hemisferio occidental. (Reeder Sharon, 1995)

Por otra parte los estudios epidemiológicos indican que la ocurrencia de cáncer mamario varía de manera importante entre las diferentes áreas geográficas y está muy influida por los patrones de emigración.

También se dice que las mujeres orientales que vivan en los países del este, tienen un riesgo más bajo de presentar esta enfermedad, aunque las mujeres orientales

cuyos ancestros emigraron a Hawai o a Estados Unidos tienen la frecuencia más alta de cáncer mamario.

Se menciona que las personas que trabajan en lugares donde se manejan radiaciones para el tratamiento del cáncer pueden presentar esta misma enfermedad, asimismo se demostró que la exposición de las mamas a radiaciones ionizantes es un riesgo muy importante para aumentar el cáncer. Los datos que apoyan esta observación derivan de los estudios de sobrevivientes de los bombardeos en Hiroshima y Nagasaki. (Harrison, 1986)

Por otra parte se dice que las personas que trabajan en lugares donde se manejan colorantes para el cabello y fertilizantes pueden desarrollar esta enfermedad. Aunque aún no se ha demostrado en su papel con la etiología del cáncer mamario. (Harrison, 1986)

#### 1.4.6.- Manifestaciones clínicas.

Los primeros signos son insidiosos, aparece una masa no sensible en la mama, con mayor frecuencia en el cuadrante superior externo; puede ser movable y aislada. No suele haber dolor, excepto en etapas tardías. Un estudio reciente indicó que en un 13% de las pacientes el dolor fue el primer síntoma, por otra parte quizá depresiones u hoyuelos en la piel sobre la masa.

Por consiguiente las manifestaciones específicas suelen ser retracción o hemorragia del pezón, posteriormente el nódulo se fija más a la pared del tórax y puede haber masas auxiliares nodulares, en las últimas etapas hay ulceraciones. (Sholtis, 1991)

Por otra parte la piel toma un aspecto de cáscara de naranja, que es una alteración provocada por hinchazón derivada de la obstrucción de la circulación linfática en la capa de la dermis. (Smeltzer S. Col, 1995)

Menciona también que a medida que el tumor va aumentando de tamaño van apareciendo más signos de su presencia, a veces tan solo la precipitación de sales de calcio en los tejidos circundantes dará lugar a la microcalcificación, es cuando el número y actividad de las células tumorales se incrementan, también aumentan estas microcalcificaciones y pueden aparecer pequeñas tumoraciones. Más adelante si el tumor se hace invasor, aparecerán tumoraciones irregulares, parcialmente adheridas a los tejidos, más o menos grandes y algunas veces acompañadas de ganglios axilares.

<http://www.geocines.com:0080/capecanaverall/launchpad/3445/gineco/ca-mamahtml>

#### 1.4.7.- Diagnóstico.

El diagnóstico del cáncer de mama se basa en los cambios que se producen en la mama ante su aparición. Es evidente que cuando más pequeño sea el tumor más difícil será detectarlo, pero también más efectivo será su tratamiento; por lo tanto, es conveniente detectar con prontitud el cáncer mamario.

#### 1.4.8.- Tratamiento.

El tratamiento puede ser variable y va a depender del tipo de tumor, tamaño y afectaciones a tejidos; los más comunes son:

*Mastectomía.*- Consiste en la extirpación de todo el tejido mamario, incluidos areola y pezón. Generalmente se conservan los músculos pectorales y la mayoría de vasos y nervios axilares.

*Radioterapia.*- La aplicación de radiaciones ionizantes altera las moléculas vitales para la célula provocando su lesión o su muerte. Este es el efecto que utiliza la radioterapia al actuar sobre los tejidos mamarios. Hay que tener en cuenta que esta acción se produce tanto en los tejidos sanos como en los tumorales, respondiendo a la ley de "todo o nada" (<http://www.geocines.com:0080/capecanaverallaunchpad/3445/gineco/camamahtml>).

*Quimioterapia.*- Es uno de los elementos más poderosos disponibles para atacar el cáncer. Los agentes químicos impiden la reproducción celular; sin embargo, durante el proceso también pueden matar células normales, y producir efectos colaterales graves. Ésta a su vez no se puede continuar con radiaciones debido a que se exacerban la toxicidad y efectos colaterales.

Los agentes quimioterapéuticos más utilizados son: Citocan, Metrotexato, Fluracilo, adramicina.

Terapia hormonal.- El principal tratamiento hormonal que se utiliza en la actualidad para tratar el cáncer de mama es el tomoxifen. Otros agentes hormonales como magesrol, dietilestibestrol, floximenteróna, aminogutetimida, se prescriben para suprimir los tumores hormono-dependientes (Brumer, 1995)