

Universidad de Costa Rica  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INTERVENCION DE ENFERMERIA ONCOLÓGICA CON UN ABORDAJE  
DEL AUTOCUIDADO A MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE  
MAMA Y/O CERVIX EN EL HOSPITAL DE LAS MUJERES DR. ADOLFO  
CARIT EVA**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica

Laura Barquero Morales

Hannia Garro Ortiz

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2025

## **Dedicatoria**

A mis padres por enseñarme a confiar en Dios, a perseverar con humildad y a actuar siempre con rectitud. A mi esposo por caminar conmigo en cada desafío brindándome su paciencia, comprensión y su inmenso apoyo. A mis hijos, regalos preciosos de Dios y quienes son la razón de mi esfuerzo. Ustedes son quienes iluminan mi vida y me motivan a continuar con firmeza.

Que este logro les recuerde que los sueños se alcanzan con amor, esfuerzo y perseverancia. En ustedes encuentro la fuerza para crecer y el impulso para no rendirme. Confío en que este logro académico les inspire a mantener una actitud perseverante ante las dificultades y a luchar con determinación por todo lo que anhelan. Con respeto y gratitud de que este ejemplo contribuya a iluminar su propio camino.

Con cariño Hannia Garro Ortiz

A mis amados hijos, que son el motor que me impulsa a continuar cada día, son mi mayor recompensa y deseo que este logro les sirva de ejemplo de que con dedicación, esfuerzo y fe, se puede lograr lo que soñamos, no hay meta inalcanzable.

A mi esposo, que siempre ha estado a mi lado brindándome su paciencia, apoyo y comprensión para poder llevar a término este proceso.

A mi madre por su amor incondicional, su sabiduría y valor que me ha enseñado a perseverar y por siempre haber creído en mí.

Ya la eterna memoria de mi padre, cuya luz y recuerdo guiaron cada paso de este camino.

Laura Barquero Morales

## **Agradecimientos**

En primer lugar, a Dios por concederme la fortaleza y perseverancia para culminar este camino académico.

A mis hijos quienes, con su amor sincero, su paciencia, comprensión y su capacidad de alegrar mis días, me dieron el impulso para continuar aún en los momentos más desafiantes.

A mi esposo por su apoyo incondicional, por acompañarme con amor y paciencia en todo el proceso, gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

A mi compañera de tesis, Laura Barquero, por su dedicación, compromiso y compañerismo constante, que hizo posible la culminación de este proyecto.

A todas aquellas personas que de una u otra manera aportan sus consejos, su ánimo y apoyo.

A cada uno de ustedes, gracias por ser parte esencial de este logro.

Hannia Garro Ortiz

Agradezco primero a Dios por permitirme llegar a esta etapa y darme salud, entendimiento y la capacidad para terminar este proceso.

A lo largo de este camino he sido afortunada de contar con el apoyo de mi esposo, mis hijos y mi madre, gracias inmensas por su amor incondicional, su comprensión en días de mucho trabajo, por todo su apoyo emocional, por sus sacrificios de tiempos no compartidos, porque creyeron en mí y mis sueños.

Mi gratitud para mi compañera de tesis, Hannia, por las sesiones de trabajo, el apoyo moral y las discusiones productivas, gracias por su acompañamiento que hizo más llevadero el camino hasta culminarlo.

Mi agradecimiento para la directora de tesis y el comité asesor por su guía, paciencia, comentarios y todo el tiempo y apoyo dedicado a mejorar los resultados.

A todas las personas participantes de la investigación por sus valiosos aportes y el tiempo que nos brindaron.

Con cariño Laura Barquero Morales.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica”



Mag. Rafael Argüello Castillo  
Representante de la Decana Sistema de Estudios de Posgrado



M.Sc. Marlene Agüero Arce  
Profesor Guía



M.Sc. Kattia Medina Arias  
Lectora



Mag. Sandra Hernández Valle  
Lectora



Mag. Maureen Araya Solís  
Directora del Programa de Posgrados en Ciencias de la Enfermería



Hannia Garro Ortiz  
Sustentante



Laura Barquero Morales  
Sustentante

## Tabla de contenido

<b>Dedicatoria .....</b>	<b>2</b>
<b>Agradecimientos .....</b>	<b>4</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>11</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>12</b>
<b>Lista de tablas.....</b>	<b>14</b>
<b>Lista de figuras.....</b>	<b>15</b>
<b>Lista de abreviaturas .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.Introducción .....</b>	<b>21</b>
<b>1.2. Justificación.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3. Objetivos.....</b>	<b>28</b>
<b>1.3.1. Objetivo General.....</b>	<b>28</b>
<b>1.3.2. Objetivos Específicos .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1. Marco referencial.....</b>	<b>30</b>
<b><u>2.2. Marco teórico .....</u></b>	<b>30</b>
<b>2.2.1. Modelo de Dorothea Orem .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2.2. Teoría del autocuidado .....</b>	<b>32</b>

2.2.3. Metaparadigmas .....	34
2.2.4. Teoría de sistemas de enfermería.....	35
<b>2.3. Marco conceptual.....</b>	<b>37</b>
2.3.1. Cáncer.....	37
2.3.2. Cáncer de mama .....	37
2.3.3. Cáncer de cérvix .....	44
2.3.4. Enfermería oncológica .....	55
<b><u>Enfermería Oncológica en la consulta externa .....</u></b>	<b>58</b>
<b>Funciones principales de la enfermería oncológica en consulta externa .....</b>	<b>58</b>
1. Valoración integral del paciente .....	58
2. Educación al paciente y su familia.....	58
3. Administración y manejo seguro de tratamientos.....	59
4. Coordinación del cuidado .....	59
5. Apoyo emocional y acompañamiento .....	59
<b>Importancia de la enfermería oncológica en consulta externa .....</b>	<b>60</b>
<b>Competencias necesarias .....</b>	<b>60</b>
<b><u>2.4. Marco empírico.....</u></b>	<b>61</b>
<u>2.4.1. Antecedentes internacionales .....</u>	<u>61</u>

2.4.2. Antecedentes nacionales.....	64
2.5. Marco legal .....	65
3.1. Marco metodológico .....	69
3.2. Modalidad del Trabajo Final de Graduación.....	69
3.3. Lugar de la práctica dirigida .....	69
3.4. Población.....	69
3.4.1. Criterios de inclusión .....	70
3.4.2. Criterios de exclusión .....	70
3.5. Proceso de enfermería (PE).....	70
3.5.1. Fase I: Valoración .....	71
3.5.2. Fase II: Diagnóstico.....	74
3.5.3. Fase III: Planificación .....	75
3.5.4. Fase IV: Ejecución.....	76
3.5.5. Fase V: Evaluación .....	77
3.6. Fases de la Práctica Dirigida.....	78
3.7. Consideraciones Éticas .....	80
4. Resultados y Discusión .....	82
4.1. Fase de Preparación y Entrada al Campo .....	82

<b>4.2. Aplicación del proceso de enfermería a usuarias participantes del caso</b>	
<b>clínico .....</b>	<b>85</b>
<b>4.2.1. Usuaría MCH.....</b>	<b>85</b>
<b>4.2.2. Usuaría JSC .....</b>	<b>115</b>
<b>4.2.3. Usuaría FGA .....</b>	<b>136</b>
<b>4.2.4. Usuaría RFS.....</b>	<b>158</b>
<b>4.2.5. Discusión del conglomerado de casos presentados .....</b>	<b>183</b>
<b>5.1. Conclusiones.....</b>	<b>204</b>
<b>5.2. Recomendaciones.....</b>	<b>207</b>
<b>6. Referencias.....</b>	<b>211</b>
<b>7. Anexos.....</b>	<b>216</b>

## Resumen

**Introducción:** Se estima que en 2022 fallecieron 670.000 personas por cáncer de mama, este fue el cáncer más común entre las mujeres de 157 de 185 países examinados en 2022 por la OMS. Las intervenciones eficaces para llegar a un diagnóstico temprano y oportuno, así como el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos integrales, son elementos esenciales para reducir la carga del cáncer de mama y lograr y mantener un funcionamiento y un bienestar óptimos. **Objetivo:** Desarrollar un Programa de cuidado de Enfermería Oncológica, dirigido a usuarias con el diagnóstico de cáncer de mama y/o cérvix, basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. **Metodología:** El programa de enfermería se desarrolló en la consulta de enfermería oncológica brindada en el Hospital Nacional de las Mujeres, basadas en las fases del proceso de enfermería y bajo el respaldo teórico de la propuesta de Orem, además utilizando la taxonomía NANDA-NOC y NIC, adicionando el uso de escalas de medición como la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado y la propia escala tipo Likert perteneciente a la taxonomía citada. **Resultados:** Se establece la necesidad de crear intervenciones basadas en la teorizante de Dorothea Orem, dirigidas a resolver afectaciones principales en sus patrones de nutrición, eliminación, sueño y descanso, control del dolor, además de referir situaciones psicoemocionales derivadas de la vivencia de su proceso oncológico. Se evidencio la necesidad de implementar un modelo de atención de enfermería estandarizado. **Conclusión:** El programa de enfermería oncológica fundamentado en la teoría de Orem y basado en las taxonomías estandarizadas demostró ser eficaz para fortalecer el autocuidado

de los pacientes con cáncer, ya que permitió identificar de manera sistemática los déficits presentes y planificar intervenciones individualizadas orientadas en sistemas compensatorios. **Palabras clave:** Neoplasias de la Mama, Cáncer Uterino, Dolor, Enfermería Oncológica.

## **Abstract**

**Introduction:** It is estimated that in 2022, 670,000 people died from breast cancer. This was the most common cancer among women in 157 of the 185 countries examined in 2022 by the WHO. Effective interventions to achieve early and timely diagnosis, as well as treatment, rehabilitation, and comprehensive palliative care, are essential elements to reduce the burden of breast cancer and to achieve and maintain optimal functioning and well-being. **Objective:** Develop an Oncology Nursing Care Program aimed at patients diagnosed with breast and/or cervical cancer, based on Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory. **Methodology:** The nursing program was developed in the oncology nursing consultation provided at the Women's Hospital, based on the phases of the nursing process and supported by the theoretical framework of Dorothea Orem, also using the NANDA-NOC and NIC taxonomy, in addition to the use of measurement scales such as the Self-Care Agency Appreciation Scale and the Likert-type scale belonging to the aforementioned taxonomy. **Results:** The users participating in the intervention presented main effects on

their nutrition, elimination, sleep and rest patterns, pain control, in addition to reporting psycho-emotional situations derived from the experience of their oncological process.

**Conclusion:** The oncology nursing program based on Orem's theory and standardized taxonomies proved effective in strengthening the self-care of cancer patients, as it allowed for the systematic identification of existing deficits and the planning of individualized interventions focused on compensatory systems. **Key words:** Breast Neoplasms, Uterine Neoplasms, Pain, Oncology Nursing.

**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1</b> .....	93
<b>Tabla 2</b> .....	96
<b>Tabla 3</b> .....	100
<b>Tabla 4</b> .....	101
<b>Tabla 5</b> .....	119
<b>Tabla 6</b> .....	122
<b>Tabla 7</b> .....	126
<b>Tabla 8</b> .....	127
<b>Tabla 9</b> .....	140
<b>Tabla10</b> .....	143
<b>Tabla 11</b> .....	146
<b>Tabla 12</b> .....	147
<b>Tabla 13</b> .....	163
<b>Tabla 14</b> .....	166
<b>Tabla 15</b> .....	170
<b>Tabla 16</b> .....	171

**Lista de Figuras**

<b>Figura 1</b> .....	99
<b>Figura 2</b> .....	125
<b>Figura 3</b> .....	145
<b>Figura 4</b> .....	169

**Lista de abreviaturas**

AAP: antecedentes patológicos personales

ANPP: antecedentes patológicos personales

AQX: antecedentes quirúrgicos

AVD: actividades de la vida diaria

Bx: biopsia

CA: cáncer

CP: cuidados paliativos

DX: diagnóstico

FC: frecuencia cardíaca

FR: frecuencia respiratoria

HOMACE: Hospital Nacional de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

HTA: hipertensión arterial

IMC: índice de masa corporal

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Diagnósticos de enfermería).

NIC: Nursing Interventions Classification (Clasificación de intervenciones de enfermería).

NOC: Nursing Outcomes Classification (Clasificación de resultados de enfermería).

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

PA: presión arterial

PE: proceso de enfermería

RE: receptores estrógenos

RP: receptores progesterona

RM: Resonancia Magnética

TAC: Tomografía Axial Computarizada

SAT O<sub>2</sub>: saturación de oxígeno

T: temperatura.



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Laura Barquero Morales, con cédula de identidad 205180953, en mi condición de autor del TFG titulado Intervención de enfermería oncológica con un abordaje de autocuidado a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y lo cuida en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

  
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Hannic Darro Cortez, con cédula de identidad 1-0848-0490 en mi condición de autor del TFG titulado Intervención de enfermería oncológica con un abordaje de autocuidado a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y/o cérvix en el Hospital de la Mujer Dr. Adolfo Cost Izc.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

Hannic OO

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

# Capítulo I

## **1.1.Introducción**

El cáncer continúa siendo la principal causa de muerte a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) reporta una cifra de 20 millones de personas diagnosticadas con esta patología, de las cuales se presentaron alrededor de 10 millones de decesos.

Esta cifra respalda por sí misma la importancia de un abordaje óptimo de la enfermedad, debido a que las personas con diagnóstico de cáncer muestran alteraciones importantes en su funcionalidad causadas por situaciones inherentes en cualquier parte del proceso, mismas que abarcan desde malestar psicológico, alteración de la imagen corporal, dificultad para la reintegración, actividades de la vida diaria, dolor limitante, polineuropatías, afectaciones cognitivas entre otras.

Con respecto al cáncer de mama sólo en el año 2022 se presentaron 2,3 millones de casos en el mundo, registrándose 670 000 defunciones por esa enfermedad, este tipo de cáncer se presenta a cualquier edad a partir de la pubertad y en todos los países sin distinción. Todas las intervenciones para lograr un diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos integrales, son de vital importancia para promover un adecuado funcionamiento de las personas, generar bienestar y para reducir la carga por incapacidad (OMS, 2024).

Este tipo de cáncer es el más frecuente en mujeres; con importante carga de mortalidad si no es diagnosticado a tiempo y que varía de acuerdo con su estadio, su histología, biología molecular. Es bien conocido que los antecedentes heredo familiares de

primer y segundo grado y genéticos, son un factor relevante para la aparición de dicha patología (Ureña, 2018).

Por su parte, el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo más frecuente en las mujeres a nivel mundial, con una incidencia de 660 000 nuevos casos y 350 000 muertes en el año 2022. Este tiene su origen en una infección persistente por el VPH, quienes están infectadas por este tipo de virus tienen seis veces más probabilidades de padecerlo que las mujeres que no lo están, sin embargo, puede curarse si se diagnostica en un estadio temprano y se trata con prontitud (OMS, 2023).

El trabajo de la persona profesional de enfermería oncológica es indispensable en el desarrollo de prácticas preventivas, como lo es la educación en aspectos relacionados a estilos de vida saludables dentro de ellas el no fumar, vida sexual sana, importancia de la toma de Papanicolaou entre otras, lo que estaría permitiendo detectar a tiempo estas neoplasias. Es importante destacar que una vez que se ha determinado este diagnóstico toma gran relevancia una valoración especializada y un abordaje específico e individualizado, adaptado a las necesidades de cada usuaria.

Brindar una atención temprana a las mujeres con diagnóstico de cáncer tanto antes, durante o después del tratamiento conlleva a grandes beneficios, por ejemplo, lograr reducir los períodos de recuperación, disminuir las complicaciones físicas limitantes y lograr una reintegración pronta, minimizando las consecuencias en la persona y los costos en el sistema de salud. (American Society of Clinical Oncology, 2020).

Si bien es cierto para el manejo del cáncer es posible acceder a diversas opciones: cirugía, radioterapia, terapias sistémicas y el uso de diversa cantidad de medicamentos. Sin embargo, independiente del método de tratamiento que se utilice, los estudios señalan que la mayoría de las mujeres con cáncer de mama o cérvix enfrentan una gigantesca angustia física y psicológica durante el tratamiento, que afecta gravemente su funcionamiento social, su salud psicológica y su calidad de vida. (Daldoul, 2018).

Para ello las intervenciones deben basarse en conocimiento científico generado desde la profesión, en este caso desde la ejecución del proceso de enfermería y amparado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem. Tomando en cuenta todos los elementos expuestos con anterioridad, es que se considera que el profesional especializado en oncología debe proveer a sus usuarios una mayor calidad del cuidado, que integre todas las infinitas posibilidades en las que esta enfermedad no solo afecta a la persona que lo padece, sino que impacta a todo su sistema familiar y la extensión de este, generar consultas de enfermería y programas educativos especializados se convierten en una máxima. Es obligatorio garantizar un proceso seguro de recuperación, un recurso de enfermería accesible, en pocas palabras ser gestores de la atención de salud.

Por tanto, el presente trabajo busca dar continuidad a la consulta de enfermería oncológica en el Hospital Nacional de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, incorporando la perspectiva y el respaldo que ofrecen los aportes científicos mencionados. Para ello, se trabajó con cuatro usuarias con diagnóstico de cáncer entre los meses de mayo a octubre de

2024, a quienes se aplicó el proceso de enfermería lo que permitió definir los parámetros óptimos para la continuidad de la consulta.

## **1.2. Justificación**

A nivel mundial, una de cada seis muertes registradas se debe a algún tipo de cáncer, se estima que para el 2040 más del 70% de las muertes por este tipo de enfermedad ocurrirán en los países de ingresos bajos o medios. Se indica a su vez que la tasa de supervivencia de un cáncer como el de mama cinco años después del diagnóstico es de 80% en países de ingresos altos, en comparación con el 66 % en India y sólo el 40 % en Sudáfrica. La situación es crítica cuando se toma en cuenta que en países de ingresos bajos solo el 37% de ellos cubre tratamientos en el sistema de sanidad pública (Organización de Naciones Unidas, 2022).

A pesar de que en países como Costa Rica este tipo de patologías cuenta con la cobertura de la seguridad social, considerado un aspecto relevante en la prevención y tratamiento oportuno, se proyecta que para el 2050 este país será el segundo país de la OCDE con más casos de cáncer atribuidos al envejecimiento, lo que llevaría a que el país gaste cerca de 119 % más, a nivel per cápita, de lo que actualmente invierte hoy en cáncer (prevención, diagnóstico y tratamiento) y de no atenderse con prontitud, el aumento de casos no solo incrementaría las cifras de mortalidad, sino que también afectaría de manera

desfavorable el ámbito social, económico y de calidad de vida (Universidad de Costa Rica, 2025).

Ante los datos indicados el abordaje de la salud debería enfocarse en la ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los tamizajes continuos y el tratamiento inmediato en las fases tempranas de la enfermedad, de manera tal que se logren evitar estadios incapacitantes y se propicie la reintegración de la mujer a sus ámbitos habituales de acción.

El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades que en tiempo pasado eran altamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación holística al cuidado de la salud, en la cual no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar personal y familiar, donde la usuaria pueda recibir una atención interdisciplinaria favoreciendo su proceso salud – enfermedad y la pronta reintegración social. (Ministerio de Salud, 2017).

Según los datos suministrados por la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, en Costa Rica fallecieron 427 mujeres por cáncer de mama en el año 2020. Este dato confirma que esta enfermedad continúa siendo la principal causa de muerte por cáncer en la población femenina del país. La cifra registrada en el 2020 representó el 16% de todos los fallecimientos por cáncer en mujeres, más de la mitad de estos decesos

ubicados en el grupo de edad de 30 a 69 años, catalogándose como mortalidad prematura (Ministerio de Salud, 2021).

El cáncer es una enfermedad de gran impacto a nivel personal, familiar y social, que afecta, entre otras dimensiones, el ámbito laboral, la calidad de vida y la situación económica de quienes viven la situación. Para el equipo de salud el abordar a una persona con cáncer y su familia es un gran reto, desde contar con los conocimientos necesarios respecto de la patología y las opciones de tratamientos, hasta el desarrollo de habilidades y competencias que permitan dar una atención integral al paciente y su familia. Todo esto motiva a buscar la mejor forma de entregar atención de calidad y que cubra las necesidades de las personas con cáncer (Medina, 2023).

Las consultas de enfermería oncológica juegan un papel importante en el cuidado del usuario con cáncer, debido a que estos enfrentan una nueva etapa en su vida, donde los requisitos de autocuidado universal se encuentran amenazados y se activan los sistemas de enfermería en que se debe compensar esta ayuda, lo cual se puede lograr por medio del uso de teorizantes como la del autocuidado de Dorothea Orem y la taxonomía NANDA, NIC y NOC para lograr una evolución adecuada de la usuaria con el mínimo de complicaciones. La valoración a través de la teoría de autocuidado permite aplicar el proceso de cuidado enfermero de una forma organizada y planificada, siendo más eficientes y eficaces en el uso de los recursos tanto humanos como materiales (Little Little y Vargas Rodríguez, 2020).

En el Hospital Nacional de las Mujeres, Adolfo Carit Eva, existe una población creciente de mujeres portadoras del diagnóstico de Cáncer de mama o de cérvix, las cuales

en su proceso requieren del acompañamiento profesional en todas las etapas de su proceso, la consulta como tal oferta posibilidades de referencia y contrarreferencia de manera tal que el abordaje para ellas y sus familias se desarrolle de una manera integral. En este punto el profesional de enfermería oncológica no solo lleva la batuta en la atención, sino que enlaza y gestiona todos los requerimientos.

En este sentido se establece la necesidad de fortalecer la consulta de enfermería oncológica ya existente, utilizando un programa basado en elementos teóricos definidos por Dorothea Orem, en sus postulados referentes al autocuidado, además del uso del proceso de enfermería y las taxonomías NANDA, NIC y NOC, de manera tal que se le pueda asegurar a las usuarias una atención de calidad con prácticas fundamentadas científicamente.

### **Problema**

Ausencia de una consulta de enfermería oncológica para las mujeres con diagnósticos de cáncer de mama o cérvix que asisten al Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, con base en el proceso de enfermería, las taxonomías NANDA, NIC y NOC, y las teorías de Enfermería.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Desarrollar un Programa de cuidado de enfermería oncológica, dirigido a usuarias con el diagnóstico de cáncer de mama o cérvix, basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, en el Hospital Nacional de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

Identificar las necesidades de autocuidado que tienen las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama o de cérvix, basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Planificar el cuidado integral de enfermería oncológica basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem para las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama o de cérvix.

Implementar las necesidades de cuidado integral de enfermería oncológica basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem para las personas con diagnóstico de cáncer de mama o de cérvix.

Evaluar la satisfacción del cuidado de enfermería oncológica con un abordaje integral con referencias a nutrición, salud mental y psicología, basado en la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem dirigido a las usuarias con cáncer de mama o cérvix.

## **Capítulo II**

## **2.1. Marco referencial**

En este capítulo se abordarán los referentes empíricos, teorías, aspectos legales y éticos, y los conceptos básicos necesarios para el desarrollo de este proyecto.

Se definirá la teorizante de Dorothea Orem en la cual se fundamenta el proyecto. Así mismo en el marco conceptual se definirán conceptos básicos como cáncer, proceso de enfermería, enfermería oncológica.

En el marco empírico se realizó una revisión y análisis de artículos relacionados con el tema de interés basados en literatura científica actualizada.

En el marco jurídico, se revisaron las estrategias nacionales para la atención integral del cáncer establecidas por la Caja Costarricense del Seguro Social.

## **2.2. Marco teórico**

Se realiza una revisión del Modelo de Dorothea Orem y las tres Teorías que lo conforman: la Teoría del Autocuidado, para realizar la etapa de valoración, la Teoría del Déficit de Autocuidado, para realizar la etapa de diagnóstico y la Teoría de los Sistemas de Enfermería, para las etapas de planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería.

Se analizan los paradigmas de enfermería, persona, entorno y salud desarrollados por la teorizante.

### **2.2.1. Modelo de Dorothea Orem**

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias. (Acosta, 2011).

Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. (Acosta, 2011).

Orem, estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

El presente trabajo se fundamentará en las tres teorías propuestas por Orem, ya que ellas nos permitirán establecer las necesidades de autocuidado, deficiencias y de parte de enfermería planear las estrategias de atención que requieran las usuarias.

### **2.2.2. Teoría del autocuidado**

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, son los cuidados o actividades que realiza la persona con el fin de mantener en condiciones adecuadas su salud. Se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

La teoría establece elementos centrales como son los requisitos de autocuidado. Estas son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud (Marcos & Bouza, 2013).

Dorothea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

- **Requisitos de autocuidado universal:** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, madurez y vejez.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud,** que surgen o están vinculados a los estados de salud. (Marcos & Bouza, 2013).

Como parte adicional a los aspectos anteriormente mencionados, Orem define los siguientes conceptos como parte central de su teoría:

- **Demanda terapéutica de autocuidado:** Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

- **Agencia de autocuidado:** Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos

responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

- **Déficit de autocuidado:** Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

### 2.2.3. Metaparadigmas

Un metaparadigma se puede definir como una visión total del mundo que organiza las percepciones de esta disciplina. El metaparadigma es un grupo de conceptos que identifican los fenómenos de interés para la enfermería y con esto se pretende avanzar en el desarrollo del conocimiento (Archila-Hernández y Acuña-Caicedo, 2025).

De acuerdo con Prado et al (2014), Dorotea Orem definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos:

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

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser

humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

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

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Adicional a lo anterior se estructuran los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado. Orem, trabaja con los siguientes conceptos como metaparadigmas, para establecer mayor especificidad en los cuidados de enfermería.

#### **2.2.4. Teoría de sistemas de enfermería**

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de

autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. (Guirao, 2021).

-Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

-Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades. (Naranjo, 2019).

-Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". (Naranjo, 2019).

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona.

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1. Cáncer**

El cáncer es una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo. Es posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano, formado por billones de células. En condiciones normales, las células humanas se forman y se multiplican (mediante un proceso que se llama división celular) para formar células nuevas a medida que el cuerpo las necesita (Naranjo, 2019).

### **2.3.2. Cáncer de mama**

El cáncer de mama es un proceso oncológico en el que células sanas de la glándula mamaria degeneran y se transforman en tumorales, proliferando y multiplicándose posteriormente hasta constituir el tumor. (Pérez G., 2011).

Tipos de cáncer de mama Actualmente, se conocen más aspectos biológicos y genéticos de las células que originan el cáncer de mama. Este conocimiento permite planificar los tratamientos en función de estas características biológicas, que son responsables de los distintos comportamientos de la enfermedad. Según estas particularidades, podemos conocer la mayor o menor tendencia a la recaída, a la diseminación o a la mayor o menor sensibilidad a diferentes tipos de tratamiento (quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia y anticuerpos monoclonales) (Pérez G., 2011).

### 2.3.2.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que inciden en la aparición de esta enfermedad son: (Pérez, Sandoval, & Tapia, 2009).

Edad.

Historia personal de cáncer de mama invasivo (las mujeres que han tenido un cáncer de mama invasivo tienen más riesgo de padecer un cáncer de mama contralateral), carcinoma ductal in situ o carcinoma lobulillar in situ.

Historia personal de enfermedad proliferativa benigna de la mama.

Historia familiar de cáncer de mama en un familiar de primer grado. 5. Portadoras de mutaciones en los genes BRCA 1 y 2.

Densidad mamaria.

Factores reproductivos que aumentan la exposición a los estrógenos endógenos, como la aparición temprana de la primera regla, la menopausia tardía, la nuliparidad.

El uso de terapia hormonal sustitutiva después de la menopausia aumenta el riesgo de cáncer de mama, al igual que lo hace el uso de una combinación de las hormonas estrógeno y progesterona posterior a la menopausia.

La exposición a radiaciones ionizantes, sobre todo durante la pubertad, y las mutaciones hereditarias relacionadas con el cáncer de mama

Alcoholismo.

Obesidad.

### 2.3.2.2. Clasificación (subtipos del cáncer de mama)

Según los perfiles de expresión génica los subtipos de cáncer de mama son los siguientes:

- Luminal: el más frecuente, alrededor del 75-80 % de los tumores de mama. Son tumores que expresan receptores de estrógeno (Alcaide, 2021).

Tienen una alta expresión de genes asociados a las células epiteliales luminales del ducto mamario como la citoqueratina 8 y 18. Dentro de este grupo diferenciamos, dos subtipos con pronóstico diferente:

- Luminal A: RE (+), RP $\geq$ 20, HER2(-), Ki67 $\leq$ 20%. Constituye el 50- 60% de los luminales. Es el subtipo de mejor pronóstico, con menos incidencia de recaídas y mayor índice de supervivencia. Presenta una alta tasa de respuesta a la hormonoterapia, y un beneficio más limitado a la quimioterapia. Por lo que en este grupo se recomienda según las Guías de ESMO6 y NCCN la utilización de plataformas genéticas para establecer qué pacientes se beneficiarían de tratamiento quimioterápico adyuvante en función del riesgo de progresión. La recaída es más frecuente a nivel óseo, presentando menor tasa de recaídas viscerales y sistema nervioso central (SNC). Asimismo, presentan mayor supervivencia en caso de recaída. (Pérez G., 2011).

- Luminal B: RE (+), RP (+/-), HER2(+/-), Ki67>20%. Constituye el 10-20% de los tumores luminales. Presenta una expresión moderada baja de receptores estrogénicos y mayor expresión de genes de proliferación y ciclo celular. Representa el grupo de tumores luminales de peor pronóstico. Se benefician de la Luminal A-like Luminal B- like Triple

negativo Her2 sobreexpresado se benefician de hormonoterapia y en mayor porcentaje de la quimioterapia si comparamos con el grupo anterior. (Ministerio de Salud, 2017) (Alcaide, 2021).

Aunque la recidiva ósea es frecuente, presentan mayor tasa de recidivas viscerales, y la supervivencia desde el diagnóstico de la recaída es inferior.

HER2 positivo: RE (-), RP (-), HER (+). Tienen peor pronóstico si comparamos con los luminales, y son tributarios de tratamiento dirigido antiHER2, que incluye el trastuzumab, trastuzumab combinado con emtasina (T-DM1), pertuzumab, y los inhibidores de la tirosina quinasa como lapatinib y neratinib, entre otros. Tienen alta tasa de respuesta a esquemas de quimioterapia. La localización ósea es la más habitual para la enfermedad diseminada, siendo también más frecuente en este subtipo las recaídas viscerales si comparamos con el grupo anterior. Además, es el grupo que más frecuentemente afecta al SNC en las recaídas (Alcaide, 2021).

Triple negative: Son tumores que expresan RE (-), RP (-), HER2(-). Constituye el 10-15%.

### **2.3.2.3. Estadificación**

El sistema de clasificación TNM se basa en el tamaño del tumor (T) y su extensión a los ganglios linfáticos regionales (N) o a otras partes del cuerpo (M). El estadio, por lo general, no se conoce hasta después de la cirugía en la que se extirpa el tumor y se analiza

el estado de los ganglios axilares. Para facilitar su comprensión, la clasificación se muestra en la siguiente ilustración.

<p><b>Estadio 0 o carcinoma in situ:</b></p> <p><b>Carcinoma lobulillar in situ:</b> lesión en la que hay células anómalas en el revestimiento del lobulillo. Raramente se convierte en cáncer invasor pero aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama tanto en la mama de la lesión como en la contralateral.</p> <p><b>Carcinoma ductal in situ o carcinoma intraductal:</b> lesión en la que hay células anómalas en el revestimiento de un conducto. No es una lesión invasiva pero si se deja evolucionar, puede convertirse en un carcinoma infiltrante o invasor.</p>
<p><b>Estadio I.</b></p> <p>El tumor mide menos de 2 cm y no se ha diseminado fuera de la mama.</p>
<p><b>Estadio II. Incluye cualquiera de los siguientes:</b></p> <p>El tumor mide menos de 2 cm pero ha afectado a ganglios linfáticos de la axila.</p> <p>El tumor mide de 2 a 5 cm (con o sin diseminación ganglionar axilar).</p> <p>El tumor mide más de 5 cm pero no ha afectado a los ganglios linfáticos axilares</p>
<p><b>Estadio III o localmente avanzado. A su vez se divide en:</b></p> <p><b>Estadio IIIA. Incluye los siguientes:</b></p> <p>El tumor mide menos de 5cm y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares de forma palpable o a los ganglios situados detrás del esternón.</p> <p>El tumor mide más de 5 cm y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares o a los ganglios situados detrás del esternón .</p> <p><b>Estadio IIIB.</b></p> <p>Es un tumor de cualquier tamaño que afecta a la pared del tórax o a la piel de mama.</p> <p><b>Estadio IIIC.</b> Es un tumor de cualquier tamaño con:</p> <p>Afectación de más de 10 ganglios axilares.</p> <p>Afectación de ganglios axilares y de ganglios situados detrás del esternón.</p> <p>Afectación de ganglios situados por debajo o por encima de la clavícula.</p>
<p><b>Estadio IV</b></p> <p>El tumor se ha diseminado a otras partes del cuerpo.</p>

*Sistema de clasificación TNM. (Gómez, 2002)*

#### 2.3.2.4. Tratamiento

##### **Cirugía**

La cirugía es la extirpación del tumor y de parte del tejido circundante sano durante una operación. La cirugía también se utiliza para evaluar los ganglios linfáticos cercanos axilares, que se encuentran debajo del brazo. Un cirujano oncólogo es un médico que se especializa en el tratamiento del cáncer mediante la cirugía. (Rivera, 2016)

Los tipos de cirugía incluyen los siguientes:

**Tumorectomía.** Consiste en la extirpación del tumor y de un pequeño margen de tejido sano sin cáncer alrededor del tumor. Queda la mayor parte de la mama. En general después de la cirugía en los casos de cáncer invasivo, se recomienda radioterapia en el tejido mamario restante, especialmente para las personas menores, personas con tumores negativos para receptores hormonales, y personas con tumores más grandes. En el caso de DCIS, la radioterapia después de la cirugía puede ser una opción de acuerdo a la persona, el tumor, y el tipo de cirugía. (CANCER NET, 2021).

**Mastectomía.** Es la extirpación quirúrgica de toda la mama. Existen diversos tipos de mastectomía radical, radical simple y radical modificada.

**Biopsia del ganglio linfático centinela.** En una biopsia del ganglio linfático centinela, el cirujano busca y extirpa una pequeña cantidad de ganglios linfáticos centinela debajo del brazo que reciben el drenaje linfático de la mama. Este procedimiento ayuda a

evitar la extirpación de varios ganglios linfáticos mediante un vaciamiento de los ganglios linfáticos axilares. El procedimiento en los ganglios linfáticos más pequeños ayuda a reducir el riesgo de varios efectos secundarios posibles. Estos son efectos de larga duración que pueden afectar gravemente la calidad de vida de una persona.

Es importante mencionar que el riesgo de linfedema aumenta con la cantidad de ganglios linfáticos y de vasos linfáticos que se extirparon o dañaron durante el tratamiento contra el cáncer.

**Vaciamiento de los ganglios linfáticos axilares.** En el vaciamiento de los ganglios linfáticos axilares, el cirujano extirpa diversos ganglios linfáticos que están debajo del brazo. Luego, un patólogo los examina para detectar la presencia de células cancerosas. La cantidad real de ganglios linfáticos extirpados varía de persona a persona. (Rivera, 2016)

### **2.3.3. Cáncer de cérvix**

El cáncer cervicouterino sigue siendo una causa importante en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial de prevención demostrado. Costa Rica ha logrado avances importantes desde el siglo pasado en la reducción de la incidencia y de la mortalidad por esta causa. Esto gracias a una serie de políticas, programas y planes no solo a nivel del sistema de salud, sino también en otros sectores (Rojas, 2015).

El aparato genital femenino está formado por los ovarios, trompas de Falopio, útero, cuello uterino y vagina. El cérvix es la parte fibromuscular inferior del útero, mide unos 3-4 cm de longitud, aunque varía según la edad y número de partos. Se divide en dos partes. La

más cercana al cuerpo uterino se llama endocérvix cubierto por un epitelio cilíndrico productor de moco y la más cercana a la vagina es el ectocérvix o exocérvix cubierta por un epitelio plano. La mayoría de los tumores se localizan en la unión entre el exocérvix y el endocérvix. (Sánchez, 2020).

El cáncer de cérvix es la 4<sup>o</sup> neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial, se calcula que en 2018 se diagnosticaron unos 570.000 nuevos casos, suponiendo un 6.6% de los cánceres en mujeres y se registraron un total de 311.365 muertes. Las tasas de incidencia más altas se producen en América Central y del Sur, en el África subsahariana y en el sudeste asiático (Sánchez, 2020).

En Costa Rica, el tercer lugar fue ocupado en el primer quinquenio de los noventa por el cáncer invasor del cuello uterino, pero a partir de la segunda mitad de la década de los noventa el tercer lugar de incidencia es ocupado por el cáncer de estómago. (Manual de Normas para el Tratamiento del Cáncer en Costa Rica, 2014)

### **2.3.3.1. Causas y factores de riesgo**

La infección crónica del VPH es la causa fundamental en más del 99% de los casos de cáncer de cérvix. Se consideran factores de riesgo todos aquellos relacionados con la adquisición de la infección. Hay otros cánceres relacionados con la infección crónica por VPH como el cáncer de vulva (46%), vagina (70%), anal (88%), pene (50%) y orofaringe (26-50% dependiendo de la región geográfica). El VPH es asintomática así que muchos de los infectados lo desconocen y por lo tanto lo pueden transmitir. Hasta un 90% de las

infecciones por VPH se eliminan sin tratamiento durante los primeros dos años y sólo aquellas que se permanecen pueden dar lugar a lesiones precancerosas que progresen. (OMS, 2014).

Están descritas más de 130 variedades de VPH de los cuales al menos 14 se consideran como de alto riesgo para el desarrollo de cáncer. Los subtipos 16 y 18 causan aproximadamente el 70% de todos los cánceres. (Sánchez, 2020).

Dentro de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad se encuentran:

Edad temprana de inicio de las relaciones sexuales.

Promiscuidad sexual o parejas de alto riesgo.

Inmunosupresión (trasplantados, pacientes con enfermedades autoinmunes en tratamiento con esteroides, VIH).

Uso de píldora anticonceptiva, porque suele llevar asociado no usar métodos barrera.

Falta de adherencia al programa de cribado poblacional.

Tabaquismo, duplican su riesgo respecto a las no fumadoras.}

Multiparidad y primer embarazo a una edad temprana

Tipo de infección por VPH, debido al potencial oncogénico de cada subtipo (Sánchez, 2020).

### 2.3.3.2 Profilaxis

Se denomina a aquellas medidas aplicadas a personas sanas con intención de evitar la adquisición de la enfermedad.

La vacunación frente al VPH, al evitar la infección persistente y el desarrollo de lesiones preneoplásicas, se considera la mejor estrategia. En junio de 2006 en EEUU y más tarde ese mismo año en Europa se aprobó Gardasil ® la primera vacuna dirigida contra 4 subtipos de VPH (6,11,16 y 18). Está aprobada desde los 9 años y se deben administrar 3 dosis intramusculares a los 0, 2 y 6 meses. Actualmente la vacuna nonavalente Gardasil 9 ® (6, 11,16,18,31,33,45,52 y 58) aprobada en 2014 en Europa y EEUU es la que ha demostrado su eficacia y se tiende a utilizar. (Sánchez, 2020).

Otras medidas de profilaxis primaria incluyen la abstinencia sexual, la monogamia o el uso de preservativos. Es importante destacar que el uso de preservativos reduce el riesgo entre un 60-70%. (Sánchez, 2020).

### 2.3.3.3 Signos y síntomas

En los estadios tempranos la enfermedad es con frecuencia asintomática. Los síntomas precoces incluyen:

- Sangrado genital anómalo (irregular/intermitente).
- Sangrado tras relaciones sexuales (coitorragia) o durante el examen ginecológico.

- Flujo maloliente, es muy inespecífico, pero puede ser indicativo de vaginitis o cervicitis.

Los síntomas más frecuentes en enfermedad avanzada abarcan:

Dolor pélvico o lumbar.

Molestias al orinar (disuria) o tenesmo rectal.

Sangrado ginecológico tras la menopausia.

Dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia).

Sangre en la orina o sangre en las heces.

Pérdida de peso, cansancio y pérdida de apetito.

Edema de una o ambas piernas sin otras causas que lo justifiquen, según

Sánchez (2020).

#### **2.3.3.4 Diagnóstico**

Existen varias pruebas que nos permiten identificar la presencia de daño a nivel cervical, esta es una parte esencial para evitar el avance de la enfermedad y detenerla a tiempo.

1. *Exploración física y ginecológica*

2. *Citología cervical* (Papanicolaou): es el principal método de cribado poblacional.

3. *Prueba de VPH*

4. *Colposcopia*

5. *Biopsia cervical*

6. *Determinaciones analíticas*

7. *Pruebas de imagen:*

- Radiografía de tórax
- Cistoscopia y/o rectosigmoidoscopia
- Urografía
- Ecografía transvaginal
- Tomografía Computarizada (TC)
- Resonancia Magnética
- Tomografía por emisión de positrones (PET) o PET-TC. (Sánchez, 2020).

#### **2.3.3.5. Anatomía patológica**

Haciendo referencia a la anatomía patológica (Sánchez, 2020) denota las siguientes clasificaciones:

*Lesiones Escamosas del Cuello Uterino:*

- Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo grado: Área de células anormales que se forma en la superficie de ciertos órganos. Cuando se observa al microscopio, el aspecto de la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado es ligeramente anormal.
- Lesión Intraepitelial Escamosa de alto: elevado riesgo de progresión y se considera la lesión precursora necesaria para el desarrollo del cáncer de cérvix.

*Lesiones Glandulares del Cuello Uterino:*

- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (ASGUS): puede tener su origen en el cérvix o en el útero. En mujeres jóvenes con sangrado anormal se recomendará biopsia endometrial.
- Lesiones intraepiteliales glandulares (adenocarcinoma in situ): se considera la lesión precursora del adenocarcinoma invasor

*Carcinoma de cuello uterino:*

El carcinoma escamoso constituye el subtipo histológico más frecuente (70-80%). Se reconocen diferentes subtipos histológicos entre los más frecuentes se incluyen el carcinoma escamoso no-queratinizante (70%), queratinizante (25%), basaloide, verrugosa, linfoepitelioma y glassy.

El adenocarcinoma es el segundo subtipo histológico más frecuente (20-25%) se caracteriza por la formación de estructuras glandulares. Su origen suele estar en el endocérvix. Entre los subtipos histológicos más frecuentes se incluyen el adenocarcinoma convencional, mucinoso, villoglandular, de célula clara y serosa.

Existen histologías infrecuentes (<5%) que incluyen al carcinoma neuroendocrino de cérvix, adenosarcoma y leiomiomas entre otros.

### **2.3.3.6 Estadificación**

El estadiaje de un tumor nos permite poder definir con claridad su tamaño, localización, extensión local y a distancia (metástasis).

*Estadificación de cáncer de cérvix FIGO 2018*

*Estadio I: Enfermedad confinada al cérvix uterino.*

*Estadio II: Tumor que invade más allá del cérvix sin llegar al tercio inferior de la vagina o a la pared pélvica.*

*Estadio III: Tumor que invade el tercio inferior de la vagina y/o pared pélvica y/o causa ureterohidronefrosis y/o afecta a ganglios pélvicos y/o paraaórticos.*

*Estadio IV: Tumor que se extiende más allá de la pelvis y/o ha alcanzado la mucosa de la vejiga o del recto (precisa biopsia) (Sánchez, 2020).*

### **2.3.3.7 Factores pronósticos**

Según Sánchez (2020), estos factores permiten identificar a las mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer y si son candidatas o no a recibir tratamiento adyuvante.

1. Estadio tumoral
2. Afectación ganglionar
3. Tamaño del tumor.
4. Profundidad
5. Invasión linfovascular.
6. Subtipo histológico.

### **2.3.3.8 Tratamiento**

El tratamiento del cáncer de cuello de útero depende de varios factores, como el estadio del cáncer, padecimientos crónicos y deseo de mantener la fertilidad. Puede usarse la cirugía (conización), la radiación, la quimioterapia (crioterapia) o una combinación de las tres. (Macmillan, 2021).

### **2.3.3.9 Seguimiento**

Aproximadamente el 30% de las pacientes con cáncer de cérvix sufrirán una recaída tras recibir un tratamiento óptimo. Hasta un 75% de las recidivas ocurren en los 3 años siguientes al diagnóstico. La localización más frecuente es pélvica y a nivel ganglionar paraórtico. El riesgo depende del estadio al diagnóstico. Existen ciertos síntomas ante los cuales la paciente se debe remitir a consulta para valoración ya que son sugestivos de recidiva incluyendo: sangrado vaginal, dolor pélvico o abdominal, síntomas urinarios, rectorragia o hematoquecia y alteraciones de tránsito gastrointestinal. (Sánchez, 2020).

Durante los dos primeros años a las pacientes de alto riesgo se recomienda examen físico y ginecológico cada 3 meses y si son de bajo riesgo de manera semestral se recomienda realizar Radiografía de tórax anual, pero el resto de las pruebas complementarias deben ser en función de la sintomatología. (Sánchez,2020)

### **2.3.4 Cuidado Paliativo (CP)**

El objetivo de los cuidados paliativos (CP) es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. Es primordial el control del dolor y otros síntomas, y la provisión de apoyo psicológico, social y espiritual. (Sanz, 2013, pág. 1670).

Se enfocan en disminuir el sufrimiento que enfrentan los usuarios que padecen de una enfermedad terminal oncológica o no oncológica, brindando tratamiento para sus alteraciones físicas, mejorando el conocimiento de sus necesidades y ofreciendo un servicio de eficiencia con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas.

El abordaje del sufrimiento, planteado como objetivo asistencial, se configura en torno al concepto de dolor total como un modelo de atención integral, en el que el objetivo en la atención paliativa sería la cobertura de las necesidades físicas, psicoemocionales, sociales y espirituales del paciente y de sus cuidadores. (Sanz, 2013, pág. 1670).

El cuidado paliativo es la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la detección temprana y correcta evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas que pueden ser físicos, psicológicos o espirituales (OMS, 2015).

Los principios fundamentales de los Cuidados Paliativos son:

1. Privilegian la vida y contemplan a la muerte como un proceso natural.
2. No intentan precipitar ni retrasar el momento de la muerte.
3. Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención a la persona enferma.
4. Ofrecen a la persona enferma un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte.

5. Ofrecen a la familia un apoyo que ayude a enfrentar el sufrimiento de la persona enferma y de su propio duelo.

6. Emplean un enfoque de equipo para responder a las necesidades de la persona enferma y de su familia, incluyendo al acompañamiento psicológico del duelo si fuera necesario.

7. Pretenden mejorar la calidad de vida y pueden también influir favorablemente sobre el curso de la enfermedad.

8. Pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, paralelamente a otras terapias enfocadas a prolongar la vida (por ejemplo, quimioterapia o radioterapia) y son igualmente compatibles con las pruebas necesarias para diagnosticar y tratar mejor las complicaciones clínicas dolorosas (Viuda, 2020, pág. 2).

Para cuidados paliativos es necesario el trabajo y comunicación interdisciplinar y la coordinación entre los valores de la persona enferma y de su familia. Se deben administrar de forma respetuosa, abierta y sensible a los valores personales, culturales y religiosos, a las creencias y prácticas del paciente, así como a la legislación vigente de cada país (Viuda, 2020, pág. 10).

Una característica fundamental en la situación terminal es el gran impacto emocional que provoca sobre el paciente y la familia. Una buena comunicación que apoye durante el duelo y durante la resistencia emocional a aceptar las consecuencias del pronóstico, es una herramienta terapéutica esencial. Asimismo, se ha observado que

satisfacer las necesidades de atención religiosa y espiritual de pacientes con enfermedad avanzada mejora su calidad de vida. (Viuda, 2020, pág. 11).

Se debe recalcar el cuidado de enfermería el cual adquiere un valor especial, pues el éxito de la atención no reside en la curación, sino en mantener el bienestar y la dignidad de la persona hasta el final de su vida mediante un cuidado excelente. Este cuidado se puede desarrollar tanto en el hospital como en el hogar.

La atención domiciliaria brinda la oportunidad de que estos pacientes permanezcan en su entorno familiar, lugar idóneo para recibir atención. Por ello, es necesario garantizar la coordinación y la continuidad de los cuidados en el ámbito comunitario y domiciliario, siendo su logro responsabilidad de todos los profesionales sanitarios (Viuda, 2020, pág. 12).

#### **2.3.4. Enfermería oncológica**

Para hablar de Enfermería se debe iniciar con Florence Nightingale con sus medidas de higiene y cuidados básicos basados en la observación. Aún hoy con sus aportes y su visión de futuro, sigue guiando a nuevas generaciones de enfermeras profesionales, orientándolas hacia el pensamiento crítico y al uso de la evidencia en las buenas prácticas de enfermería. (Díaz, 2013, pág. 695).

Con el pasar del tiempo, el gremio de enfermeras ha ido recalcando la importancia de brindar servicios de enfermería con Estándares de Calidad altos ya que son los que definen su esencia, el quehacer de enfermería y la gestión del cuidado del paciente y su

familia, con énfasis en el cuidar humanizado, cálido, seguro y basado en los más estrictos estándares técnicos de atención y cobertura. (Díaz, 2013, pág. 695).

La calidad en la atención será siempre un aspecto importante en los cuidados que brinde el personal de enfermería en todas sus áreas de trabajo y principalmente en la Enfermería Oncológica, ya que uno de los aspectos claves en la evolución de la enfermería oncológica es la implicación de la labor de los enfermeros en todo el proceso de la enfermedad mucho más allá de los internamientos o de las complicaciones que ocasionalmente sufren los pacientes. El tratamiento oncológico supone una gran carga para el paciente y su entorno socio familiar e implica cuestiones éticas que también afectarán a los enfermeros. (Montealegre, 2020, pág. 290).

Según la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) la práctica de la enfermería oncológica se define como la prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. (Montealegre, 2020, pág. 290).

La Enfermería Oncológica puede brindar sus servicios en diversos campos como en la atención directa, la educación, la administración y la investigación, mediante la utilización del método científico para identificar y tratar las alteraciones en la salud de las personas, siendo el profesional en salud más cercano a los usuarios.

El usuario (a) oncológico (a) es muy diverso en cuanto a su ámbito personal como por las características de su enfermedad, en la mayoría la atención requerida es

ambulatoria, por lo tanto, la consulta específica de enfermería oncológica es una pieza clave de todo el proceso en la que cobra especial importancia una enfermería especializada que orienta a los pacientes durante todo su itinerario asistencial. (Montealegre, 2020, pág. 290).

La consulta se debe de establecer siguiendo tres principios: de prevención, de promoción de la salud y de educación sanitaria, aplicados al ámbito del paciente oncológico. Es cuando el proceso de atención de enfermería aplica el método científico proporcionando a los pacientes cuidados basados en la evidencia científica encaminados a garantizar su calidad y su continuidad. (Montealegre, 2020, pág. 290).

El objetivo de brindar toda la asistencia al usuario (a) de esta manera es lograr una atención personalizada y protocolizada que permita al paciente afrontar adecuadamente su diagnóstico, prevenir complicaciones, gestionar mejor su autocuidado, minimizar la toxicidad de los tratamientos oncológicos específicos e identificar señales de alarma por las que consultar. (Montealegre, 2020, pág. 290). Los planes de atención se realizan personalizando los cuidados, sugiriendo intervenciones (NIC) y actividades para alcanzar los resultados esperados (NOC) y utilizando indicadores de resultados para poder evaluar los resultados obtenidos.

Además del área asistencial la enfermería oncológica puede desarrollarse en la parte de la investigación donde es crucial impulsar el liderazgo de enfermería en investigación independiente, generando proyectos originales de investigación que permitan aportar nuevo

conocimiento sobre aspectos no abordados desde el ámbito médico o de investigación básica. (Montealegre, 2020, pág. 291).

Es importante la integración de la enfermería oncológica en un grupo multidisciplinar para la atención de este tipo de usuarios (as) para garantizar una atención óptima y de calidad por cada uno de los especialistas.

### **Enfermería Oncológica en la consulta externa**

La enfermería oncológica en la consulta externa desempeña un papel esencial en la atención integral del paciente con cáncer. Su labor se centra en acciones de valoración, educación, seguimiento clínico y apoyo emocional, contribuyendo a mejorar la continuidad del cuidado y la calidad de vida del paciente y su familia.

### **Funciones principales de la enfermería oncológica en consulta externa**

#### **1. Valoración integral del paciente**

- Evaluación del estado físico, emocional y social.
- Identificación temprana de síntomas relacionados con la enfermedad o el tratamiento (dolor, náuseas, fatiga, toxicidades).
- Revisión de signos vitales y parámetros clínicos relevantes.
- Detección y notificación de efectos adversos para intervención oportuna.

#### **2. Educación al paciente y su familia**

- Explicación de los tratamientos oncológicos (quimioterapia, hormonoterapia, terapias dirigidas, inmunoterapia).
- Instrucciones sobre autocuidado: manejo de síntomas, nutrición, hidratación, cuidado de piel y mucosas.
- Enseñanza de signos de alarma que requieren acudir a emergencias.
- Orientación sobre adherencia al tratamiento y acompañamiento emocional.

### **3. Administración y manejo seguro de tratamientos**

- Preparación del paciente para los distintos procedimientos.
- Verificación de prescripciones oncológicas.
- Supervisión del cumplimiento de protocolos de bioseguridad.
- Monitorización del paciente durante y después de la aplicación del tratamiento.

### **4. Coordinación del cuidado**

- Gestión de citas, estudios y referencias interdisciplinarias.
- Comunicación efectiva con oncólogos, farmacéuticos, nutricionistas, psicólogos y otros profesionales.
- Continuidad del cuidado entre consulta externa, hospitalización y domicilio.

### **5. Apoyo emocional y acompañamiento**

- Contención y escucha activa durante el proceso de enfermedad.

- Identificación de necesidades psicosociales.
- Derivación a servicios de apoyo cuando es necesario (psicooncología, trabajo social, grupos de apoyo).

### **Importancia de la enfermería oncológica en consulta externa**

- **Mejora la adherencia al tratamiento** gracias a la educación continua.
- **Detecta de forma temprana complicaciones**, disminuyendo hospitalizaciones.
- **Reduce la ansiedad y el miedo del paciente**, mediante educación y acompañamiento.
- **Contribuye a un cuidado seguro y humanizado** en un entorno ambulatorio.
- **Optimiza el proceso asistencial**, coordinando recursos y evitando retrasos.
- **Favorece la continuidad del cuidado** durante todo el proceso oncológico.

### **Competencias necesarias**

- Conocimientos sólidos en oncología clínica y farmacología.
- Habilidades de comunicación terapéutica y educación al paciente.
- Capacitación en manejo seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Capacidad para trabajo interdisciplinario.
- Sensibilidad y ética profesional ante situaciones de vulnerabilidad.

La enfermería oncológica en la consulta externa es un pilar fundamental para garantizar una atención integral, segura y humanizada al paciente con cáncer. Su rol abarca mucho más que procedimientos: implica educación, acompañamiento, continuidad del cuidado y participación en la toma de decisiones del paciente, impactando positivamente en su calidad de vida.

## **2.4. Marco empírico**

Para el desarrollo de este apartado se realizó una búsqueda de estudios relacionados con el tema a desarrollar, mismo que permitió definir características y relaciones del fenómeno, además que proporcionó una perspectiva sobre el enfoque que tradicionalmente se ha asignado a la temática.

### **2.4.1. Antecedentes internacionales**

En Brasil, Oliveira (2019), realizó una revisión integrativa cuyo objetivo fue comprender cómo las acciones de educación para la salud influyen en el autocuidado durante el tratamiento de quimioterapia para el cáncer de mama. A través de este se observó que el rol de la enfermera en la educación para la salud y las estrategias adoptadas promueven el fortalecimiento de las acciones de autocuidado y el automanejo de las reacciones adversas por parte de la paciente, lo que permite mejorar la calidad de vida después de la quimioterapia.

A su vez determina que invertir en programas educativos para mujeres que reciben este tipo de tratamiento se vuelve importante porque permite un mayor impacto en la prevención de complicaciones derivadas de las reacciones adversas, mejora el autocuidado y reduce los costos de tratamientos adicionales.

Mendes y Pedro (2020), desarrollaron un estudio de caso basado en la teoría de enfermería de Orem, indicando las alteraciones más comunes en usuarias con cáncer de mama. Los déficits de autocuidado universal identificados fueron inducidos por la enfermedad y constituyeron eventos adversos causados por los tratamientos, por tanto, también se consideraron déficits de desviación de la salud que requieren autocuidado terapéutico.

Los más comunes documentados fueron los siguientes: respiración eficaz inadecuada relacionada con la tos, proceso de eliminación inadecuado relacionado con el estreñimiento, integridad cutánea inadecuada relacionada con la administración de doxorubicina por vía periférica, modificación de la imagen corporal relacionada con la alopecia, actividad física inadecuada relacionada con la fatiga, equilibrio psicológico y emocional inadecuado relacionado con una enfermedad potencialmente mortal y la posible alteración de la capacidad parental, e interacción social inadecuada relacionada con el aislamiento social debido a la fatiga.

A su vez los autores indican que las intervenciones de enfermería basadas en las propuestas de Orem tienen como objetivo ayudar a las pacientes a aumentar sus recursos de

autocuidado y fomentar la toma de decisiones, permitiendo una mayor participación en el proceso de adaptación y manejo de los problemas de salud.

Por otra parte, en Cuba, Hernández et al (2020), analizaron las evidencias disponibles en la literatura sobre las particularidades de las guías de autocuidado y las consultas de enfermería para las pacientes con cáncer de mamas mastectomizadas, indicaron que los elementos imprescindibles para este grupo de población son: que sea de fácil acceso y que esté disponible en las consultas.

Por su parte en la consulta de enfermería se debe desarrollar: valoración inicial de la paciente, medidas antropométricas, valorar el estado general, vigilancia de la piel, cuidados de soporte durante la radioterapia por cáncer de mama, aspectos físicos, aspectos emocionales, convivencia con los otros dentro de la familia, cuidados y autocuidados durante la realización de la mastectomía, complicaciones, ejercicios de rehabilitación, autoexamen de mamas, alimentación, tratamiento del linfedema, imagen corporal, sexualidad, vestimenta, prevención de infecciones, embarazo, linfedema, higiene y cuidados del brazo afectado, y reconstrucción / prótesis de mama.

Finalmente, Medina Araya & Bustamante Troncoso (2023), desarrollaron en Chile un programa integral de apoyo personas con cáncer de mama sometidas a quimioterapia basadas en sus necesidades de autocuidado, posterior a la aplicación de dicho programa concluyeron que la aplicación de este tipo de abordajes posibilita a las personas con cáncer: potenciar las habilidades de autocuidado, mejorar la tolerancia al tratamiento, hacer entrega de cuidado experto e individualizado, planificado de acuerdo a las necesidades de

cada persona, promoviendo la recuperación de la autonomía y el bienestar, disminuir el riesgo de complicaciones derivadas de la quimioterapia, incrementar las habilidades/destrezas de las personas y sus familias para manejar las consecuencias del tratamiento de quimioterapia.

#### **2.4.2. Antecedentes nacionales**

A nivel nacional en el 2013, Sanabria propuso determinar los conocimientos, prácticas y percepciones que tienen las mujeres para realizarse la citología vaginal o PAP en el Equipo Básico de Atención Integral en Salud como medio de prevención para las patologías del cuello uterino. Se destaca la falta de conocimiento por las mujeres de la realización del PAP como un medio de tamizaje para la prevención y detección oportuna del Cáncer de Cuello.

Se evidencia la necesidad de estrategias que permitan el conocimiento por parte de la población femenina de todas las herramientas disponibles para asegurarles una mejor calidad de vida, lo cual, por medio de un abordaje oportuno y la educación desde la infancia, se puede lograr.

Little Little y Vargas Rodríguez (2020), desarrollan una consulta de enfermería oncológica especializada en la Unidad de Quimioterapia del Hospital Calderón Guardia indicando que el compromiso del profesional en enfermería en la consulta de enfermería oncológica es desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que promuevan un alto nivel de competencia en esta área del cuidado. También debe contar con algunas características especiales tales como dominio de la comunicación, capacidad de empatía,

honestidad y coherencia, no emitir juicios de valores y transmitir y alimentar la esperanza como cualidades que sustenten la interrelación profesional durante todo el proceso de enfermería. En la consulta de enfermería se puede abordar a los individuos con cáncer previo al tratamiento de quimioterapia con el objeto de brindarle confianza y un mejor autocuidado.

Continuando con la temática, Mondol (2023) desarrolla un programa de enfermería en el cuidado de adultos con cáncer gástrico, a través de la ejecución de este basado en la aplicación de los patrones funcionales y la taxonomía NANDA, NIC y NOC, concluye que la planificación de intervenciones de enfermería con enfoque de educación para la salud es una estrategia eficaz para empoderar y hacer partícipe a la persona en su proceso de salud enfermedad. Al comprender mejor su condición y la importancia de ciertos comportamientos, toman un papel más activo y toman decisiones informadas para su bienestar. Indica a su vez que el programa mejoró la vivencia del proceso salud-enfermedad.

Adicionalmente, documenta la importancia de la tele-enfermería, utilizada durante este abordaje, demostrando con ello las posibilidades de ofrecer un cuidado de manera innovadora y efectiva.

## **2.5. Marco legal**

Como su nombre lo indica corresponde al conjunto de leyes o reglamentos que existen con respecto al tema de interés en la investigación. Se incluyen algunos artículos

legales que guardan relación con el trabajo y que regulan la atención de las mujeres con cáncer de mama y cérvix.

### **Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016**

En este plan del Ministerio de Salud de la República de Costa Rica: se establecen los lineamientos de política que guían a las instituciones públicas y privadas, en todos aquellos procesos de la lucha contra el cáncer. A partir de este plan surge el Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS, en cumplimiento al Transitorio III de la Ley 8718, publicado en el Alcance 9 de La Gaceta del 18 de febrero del 2009. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012, pág. 2)

El jueves 6 de septiembre 3 del 2007, según decreto 33650-S, se establece una serie de normas dirigidas a la atención y prevención del cáncer cérvico uterino, entre ellas:

Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino, I – II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología” Este define la modalidad de abordaje en consulta de las mujeres con cáncer de cuello de útero en el establecimiento de salud, hace referencia a la atención en el tercer nivel de atención.

En lo referente a la presente investigación se estará abordando la preconsulta y la consulta oncológica de enfermería.

### **Preconsulta**

En los centros de salud públicos, el personal de enfermería es el responsable de brindar información y orientación a las usuarias según sus necesidades e inquietudes en materia de cáncer de cuello de útero, toma de colposcopia y citología cérvico vaginal, la información debe ser oportuna, veraz y confiable.

### **Consulta**

Durante la consulta el personal de salud debe otorgar una atención respetuosa, competente que dignifique y eduque a la usuaria, sin distinciones de edad, etnia, orientación sexual, religión, clase social, nacionalidad y condición de aseguramiento (asegurada o no), incluye todas las consultas posteriores de seguimiento.

Las mujeres con enfermedad maligna o premaligna de cuello de útero tendrán derecho a la seguridad social. (Ministerio de Salud, 2007).

En la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, se decreta en el Artículo 1º para efectos de aplicación obligatoria en establecimientos de salud, públicos y privados, el “Manual de Normas para el Tratamiento de Cáncer en Costa Rica”, en el cual se detalla el diagnóstico, clasificación, manejo y seguimiento de los diferentes cánceres, entre ellos el cáncer de mama.

## **Capítulo III**

### **3.1. Marco metodológico**

Posterior al establecimiento de los aspectos teóricos y conceptuales seleccionados como ejes centrales de este trabajo, se describen todos los elementos metodológicos que permitieron dar respuesta a los objetivos planteados de manera inicial, basados en las fases establecidas del proceso de enfermería y el uso de taxonomías NANDA, NIC y NOC.

### **3.2. Modalidad del Trabajo Final de Graduación**

El Trabajo Final de Investigación Aplicada consiste en la aplicación del conocimiento teórico adquirido por el estudiante de su área de especialidad en instituciones públicas o privadas que la escuela respectiva apruebe. Este debe ser congruente con el nivel y el título al que aspiran, presentarlo mediante un informe escrito y defenderlo públicamente (Universidad de Costa Rica, 2021).

### **3.3. Lugar de la práctica dirigida**

Esta práctica dirigida se desarrolló en el Hospital de las Mujeres, con la autorización de la Dirección Médica hospitalaria, específicamente dentro de la consulta programada de enfermería oncológica, misma que se ejecuta de manera presencial.

### **3.4. Población**

La población participante estuvo conformada por cuatro usuarias con enfermedad oncológica (cáncer de cérvix o de mama), que de forma ordinaria son atendidas en la consulta de enfermería, espacio en el cual fueron captadas. Una vez que se le expusieron de manera individual los objetivos de la práctica dirigida aceptaron participar de forma voluntaria, acto seguido se procedió a firmar el consentimiento informado (Anexo 1).

### **3.4.1. Criterios de inclusión**

Usuaris con diagnóstico de cáncer de mama o cérvix en cualquier estadio.

Usuaris con referencia a la consulta de enfermería de centros públicos o privados.

Usuaris con lugares de residencia que corresponden al área de atracción del HOMACE.

### **3.4.2. Criterios de exclusión**

Usuaris que no pudieran participar de la consulta de enfermería de manera presencial o asistir a mínimo cuatro sesiones.

Usuaris cuya área de adscripción no pertenecen a la red de HOMACE.

### **3.5. Proceso de enfermería (PE)**

El proceso de enfermería consiste en un modelo de pensamiento crítico, que propicia un nivel de cuidados competentes, genera soluciones a problemas y engloba todas las acciones relevantes que ejecutan las personas profesionales en enfermería oncológica, este proceso establece una plataforma de razonamiento clínico que permite la organización del cuidado de calidad, va más allá que una mera guía para la planificación. Las habilidades y capacidades que enfermería debe poseer al aplicar el Proceso de Enfermería se pueden dividir en tres categorías: cognitiva (pensamiento, razonamiento), psicomotora (hacer) y afectiva (sentimientos, valores) (Ramírez, 2016).

El Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las

etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación (Reina, 2017).

Además, permite identificar y tratar la respuesta de la persona usuaria a los problemas reales o potenciales de la salud. Es decir que, mediante la intervención con las personas, el contexto en que viven, sus datos de salud y fundamentado en el método científico obtiene la información necesaria para identificar sus respuestas humanas y a partir de ese momento realizar una serie de pasos o fases que concluyen con una evaluación y registro de los resultados (Reina, 2017).

Tomando en cuenta las cinco fases del PE (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación), basado en la visión de Dorothea Orem y mediante la utilización de la taxonomía NANDA, NOC Y NIC se establecieron de manera general los aspectos de abordaje para esta práctica dirigida

### **3.5.1. Fase I: Valoración**

Se define como la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona ..., el examen físico ..., además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historia clínica, los laboratorios y pruebas diagnósticas. (Reina, 2017).

En esta primera etapa de valoración, se abordó a las usuarias de manera inicial durante el período de consulta asignado, realizando los siguientes aspectos:

Recolección de la información basada en los siguientes puntos (Adaptación basado en la propuesta de Marcos & Tizón, 2013)

***Aspectos generales:*** descriptivos de la persona, patrón de vida.

***Estado general de salud y factores del sistema de cuidados de salud:***

Condiciones identificadas por el médico

Condiciones identificadas por la enfermera

Exploración física y evaluación antropométrica

***Valoración de las capacidades de la persona:*** *Capacidades* cognitivas y posibilidad de ejecutar acciones).

***Requisitos de autocuidado universal:***

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Mantenimiento de un aporte adecuado de agua.

Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.

Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y los excrementos.

Mantenimiento del equilibrio entre actividad/reposo.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana.

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

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

***Requisitos de autocuidado de desarrollo:***

Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo

Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano.

***Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:***

Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas a acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana.

Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

Llevar a cabo efectivamente las medidas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.

Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesidad de formas específicas de cuidados de salud.

Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal

### **Aplicación de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA)**

**(Anexo 2).**

#### **3.5.2. Fase II: Diagnóstico**

Consiste en la identificación de los problemas de salud basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería. (Reina, 2017).

Para cumplir con los objetivos del proceso planteado, una vez obtenida la información pertinente a cada participante, se analizó la información recopilada en la primera cita para establecer la identificación de los déficits suscitados.

Se procedió posteriormente al establecimiento de etiquetas diagnósticas. Se utilizó la red de razonamiento lógica propuesta por el modelo AREA (Análisis de los Resultados del Estado Actual) para priorizar el diagnóstico, que es una herramienta que facilita el razonamiento clínico en forma de red. El diagnóstico prioritario se constituyó como el de mayor número de conexiones. (Kuiper et al, 2017). De esta forma la etiqueta diagnóstica NANDA se complementó con los factores relacionados y las características definitorias (Parra et al, 2017).

### 3.5.3. Fase III: Planificación

Esta etapa consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería (Reina, 2017).

Cuando la persona profesional en enfermería oncológica realiza la planificación de los cuidados, tras una valoración individualizada y detallada, se identifican los diagnósticos NANDA basados en problemas, de riesgo, de disposición o síndromes y se establecen prioridades, según las necesidades de la persona. Con base en ello, se planifican los resultados esperados (NOC) y sus indicadores a corto y largo plazo, los cuales se alcanzarán mediante intervenciones (NIC) específicas y actividades desarrolladas de manera secuencial. (NANDA, 2021). Cabe señalar que, para el acceso a la plataforma NANDA, se contó con la colaboración de un colega del lugar de trabajo, quien cursaba la Maestría en Enfermería Oncológica y Hematológica durante el período en que se realizó este análisis y facilitó su licencia de ingreso.

Para proporcionar acciones personales se deben comprender los enlaces entre NANDA-NIC-NOC, siendo el vínculo entre NANDA y resultados NOC el que sugiere la relación entre el problema y el estado que se espera mejorar con una intervención. Por otro lado, los vínculos entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC sugieren las relaciones existentes entre el problema y las acciones que resolverán o disminuirán el estado sintomático en el que se encuentra la persona. (Johnson et al, 2012).

En la segunda cita, se discutió con la participante los déficit de autocuidado y las necesidades identificadas mediante la aplicación de la red de razonamiento, se propuso las intervenciones (NIC) que se pueden realizar y se discutió si es factible que las pusieran en práctica y si estaba de acuerdo en realizarlas.

#### **3.5.4. Fase IV: Ejecución**

Para Reina (2017), esta etapa es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro.

Esta fase incluye la implementación de las intervenciones de enfermería dirigidas a la solución del problema de la persona y la satisfacción de las necesidades de cuidado de salud. (Taylor, 2016).

En una tercera cita, se valoró junto con la participante la aplicación de las intervenciones brindadas, de manera que en el caso de que no se pudo resolver la necesidad o presentó alguna dificultad para poner en práctica las intervenciones brindadas, estas se modificaron o se brindó una intervención alternativa. Cuando se identificó que la intervención estaba logrando su objetivo de satisfacer la necesidad, se motivó a continuar con su aplicación para mejorar los resultados que se habían obtenido hasta el momento.

### **3.5.5. Fase V: Evaluación**

La quinta y última etapa entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. (Reina, 2017).

El enfoque en el resultado actual, el esperado y el obtenido desarrollados en esta generación, establece una pauta para seguir los cambios en el estado de salud del paciente de manera objetiva o, en su defecto el mantenimiento de este después de cierto periodo. La ausencia de cambio en estos resultados brinda al PE de esta generación, la pauta para abordar de distinta manera el problema que impregna al profesional de nuevos saberes en su disciplina con cada cambio. Actualmente enfermería al enfocarse en los resultados favorece el desarrollo de conocimientos propios y asegura la evolución de estándares de cuidados a medida que sus habilidades cognoscitivas aumentan (González-Castillo y Monroy-Rojas, 2016).

Se evaluó con la participante los resultados obtenidos (NOC) con la aplicación o modificación de las intervenciones brindadas, se valoró que tan satisfecha se sentía con los cambios realizados y se motivó a continuar con estas medidas, de forma que permaneciera obteniendo buenos resultados, cambios positivos y más llevaderos en su estilo de vida durante este proceso de tratamiento. Se valoró si estaban en capacidad para el egreso de la consulta o si requirieron de nuevas modificaciones en el plan para la obtención de mejores resultados.

### **3.6. Fases de la Práctica Dirigida**

#### **Entrada al Campo.**

La solicitud de participación de las personas se realizó dentro de la cita programada de consulta de enfermería para usuarias con enfermedad oncológica, posterior a la aprobación del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de Costa Rica para iniciar la ejecución del proceso.

Una vez que se verificó que las usuarias cumplieran los criterios de inclusión establecidos, se les indicó la finalidad del proceso, se realizó la lectura del consentimiento informado atendiendo de forma óptima las dudas tanto de la usuaria como de los familiares involucrados.

#### **Fase de valoración y diagnóstico del PE**

En este punto se realizó la valoración inicial con la obtención de datos de la usuaria, esto ya definido a la luz de la teoría seleccionada.

Una vez realizada la recolección de datos se analizó la información con detenimiento, definiendo etiquetas diagnósticas, utilizando la red de razonamiento lógico, en general las taxonomías a disposición y las necesidades percibidas por las usuarias para definir los diagnósticos a trabajar.

#### **Fase de planificación**

La planificación se orientó en los elementos establecidos en el apartado anterior, de manera tal que se definieron las prioridades de abordaje, la planificación de objetivos a

corto y mediano plazo, además de las actividades orientadas a la consecución de dichos objetivos y los indicadores de medición objetiva.

### **Fase de ejecución**

Esta fase se definió en 4 sesiones, con diferencia de un mes cada una (dentro de la consulta de enfermería a mujeres con padecimiento oncológico) en la que estableció en cada caso el plan de intervenciones requeridas, abordando en su mayoría de manera educativa los déficits de conocimiento y de autocuidado presentes.

Es importante indicar, que el HOMACE cuenta con atención interdisciplinaria para estas usuarias por lo que los aspectos que requerían un abordaje más amplio e interdisciplinario (nutrición, consulta de dolor y cuidados paliativos, terapia física, unidad de curaciones, salud mental, trabajo social) fueron posibles de abordar a través de referencia a los profesionales que eran requeridos. En todos los casos la enfermería no solo brinda el abordaje inicial, sino que da seguimiento al proceso.

### **Fase de evaluación**

La efectividad del proceso se evaluó de manera objetiva a través de los indicadores propuestos por la taxonomía indicada y la escala de ASA utilizada, a su vez siempre los referentes cualitativos van a ser considerados para el profesional de enfermería como un punto de gran valor y que permite también determinar de manera válida la certeza que está teniendo la intervención.

### 3.7. Consideraciones Éticas

Se considera relevante denotar que la participación de las usuarias como parte de esta práctica dirigida fue completamente voluntaria, sin ningún tipo de coacción, las usuarias tenían completa libertad de dimitir en el momento que considerara pertinente sin ningún tipo de afectación del proceso realizado en el HOMACE. Para la aceptación de la intervención se utilizó el consentimiento informado.

Esta intervención a su vez se basó en los siguientes principios bioéticos:

**Autonomía:** La obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. (Vargas, 2021).

**Beneficencia:** siempre hacer el bien, actuar en beneficio de cada paciente. Curar el daño y promover el bienestar, hacer todo lo necesario para que sus pacientes estén sanos, estén bien (Zerón, 2019).

**No maleficencia:** *primum non nocere*. Nunca hacer daño, sólo se debe realizar para lo que uno está capacitado (Zerón, 2019).

**Principio de justicia:** El cuarto principio bioético es el de justicia, el cual consiste en "el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Todos los bienes primarios sociales - libertad y oportunidades, ingresos y riquezas, y los fundamentos de la propia estima- tienen

que distribuirse de modo Igual a menos que, unan una distribución desigual de uno de estos bienes o de todos ellos resulte ventajosa para los menos favorecidos (Vargas, 2021).

## **Capítulo IV**

#### **4. Resultados y Discusión**

En este apartado se analizan las intervenciones realizadas con las usuarias en todas las fases de la práctica dirigida planteada, es importante recordar que este se ejecuta a la luz de la teoría de autocuidado de Dorothea Orem y el uso de las taxonomías propias de enfermería, además de la estructura que confiere el respaldo del proceso de atención de enfermería.

##### **4.1. Fase de Preparación y Entrada al Campo**

La intervención planteada se desarrolló en los meses de mayo a octubre de 2024, como se mencionó con anterioridad la captación se realizó dentro de la consulta de enfermería de la usuaria con padecimiento oncológico.

Esta consulta se desarrolla desde hace muchos años en el Hospital Nacional de las Mujeres DR. Adolfo Carit Eva, pero como parte de los beneficios de esta investigación se estaría propiciando su continuidad, pero con soporte teórico y científico tanto de la

teorizante seleccionada como del uso de conocimiento científico y de las mejores prácticas a través de las taxonomías ya definidas.

La consulta de manera habitual se conforma de cuatro sesiones con un mes de separación entre ellas, su duración es de una hora (como mínimo), en el caso de esta práctica dirigida se amplió la cantidad de tiempo requerido para que la usuaria pudiera explorar todas sus necesidades no resueltas y evacuar la cantidad de dudas que ella o su familia tuviesen.

Habitualmente la consulta en HOMACE brindada por enfermería para la usuaria con padecimiento oncológico se secciona de la siguiente manera:

Sesión 1: Control de signos vitales y medidas antropométricas, examen físico, recolección de datos de interés de la usuaria, revisión del expediente clínico, establecimiento de conocimiento base de la usuaria de la usuaria sobre su situación de salud, aplicación de escalas según selección. Educación inicial sobre el proceso según caso particular.

Sesión 2: Revisión de los requerimientos de atención de la usuaria en un plan individualizado y aprobado por ella, sesión educativa sobre tratamientos específicos (tipo de cáncer, estadio, quimioterapia, radioterapia, cirugía), cuidados requeridos, entrega de material educativo, referencias a profesionales para abordaje interdisciplinario.

Sesión 3: Continuidad de las sesiones educativas según las necesidades definidas.

Sesión 4: revisión de cuidados que requieren reajuste, satisfacción con el cumplimiento de metas establecidas, evaluación acorde a escalas, preparación para el alta o en su defecto definición de requerimientos ampliados.

En caso necesario que en esta última sesión se identifiquen aspectos importantes no resueltos, se amplían en citas subsecuentes tanto como sea necesario, a su vez según las exigencias del caso se hacen todas las referencias necesarias a las diferentes unidades especializadas dentro del hospital.

Una vez obtenida la autorización de participación de las usuarias con los criterios de elegibilidad, se procedió a aplicar el proceso de enfermería como tal en cada participante. Se abordaron cuatro usuarias, dos de ellas con cáncer de cérvix, dos con cáncer de mama, en diferentes estadios y requisitos educativos, todo esto con el fin de ejemplificar la modalidad de abordaje y la importancia de brindar un cuidado individual, adaptado a cada situación vivida.

Para brindar mayor orden y tener una visión adecuada de los casos se presentará cada uno de ellos con su respectivo proceso y posteriormente se analizarán los elementos encontrados en conjunto, con el fin de enriquecer la comparativa.

Es importante aclarar que, con el fin de abordar a las usuarias mediante los elementos establecidos en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC, se realizó una comparación de las alteraciones identificadas en los requisitos universales propuestos por Dorothea Orem, con el propósito de otorgarle una mayor estructura y coherencia, en relación con las conexiones establecidas.

## 4.2. Aplicación del proceso de enfermería a usuarias participantes del caso clínico

### 4.2.1. Usuaria MCH

#### *Factores condicionantes básicos*

**Descriptivos de la persona:** Usuaria de 76 años, vecina de Alajuelita, ama de casa, católica, con primaria completa, vive con su esposo, hija y nieto. Habita en un primer piso, en la segunda planta vive una hermana con entrada independiente. Suele cuidar a su nieto toda la semana. Dedicar su tiempo a las labores domésticas.

**Patrón de vida:** El patrón de vida de MCH es rutinario, refiere levantarse todos los días a las 4:00 am para preparar el desayuno de su esposo y el almuerzo que él y su hija llevan al trabajo.

Suele desayunar un vaso de café negro sin azúcar y a media mañana se toma otro acompañado de una fruta. Acostumbra a comer a la misma hora todos los días excepto los fines de semana, que come más tarde. Refiere pérdida importante del apetito desde el diagnóstico de cáncer, pero sobre todo en los últimos días por la noticia de su metástasis, indica que se debe forzar a comer para realizar una o dos comidas al día, sin embargo, no le produce demasiado placer, no posee alergias ni restricciones de ningún alimento.

Con respecto al consumo de líquido, igualmente considera que el consumo es poco debido a que posee "pocas ganas", alrededor de medio o un litro es lo habitual, este ha sido un patrón regular en su vida.

Solía dormir y descansar bien de 7-8 horas diarias, indica que ese hábito se ha interrumpido desde hace aproximadamente unos meses ya que refiere poco alivio del dolor, al momento de la entrevista, indica que utiliza ibuprofeno y paracetamol, mismos que toma uno u otro, generalmente ya cuando el dolor es muy severo, con muy poco alivio posterior al uso, esto hace que le cueste conciliar el sueño y sienta cansancio con frecuencia.

Generalmente se mantiene muy activa con el oficio de la casa, pero manifiesta la presencia de dolor, cansancio, mayor necesidad de estar acostada y la última semana ha sentido “que le falta el aire” al ponerse a realizar actividades.

Antes cuidaba de su nieto de 5 años, pero después de la reaparición de la enfermedad llega una señora a apoyar con el cuidado, esto le preocupa ya que sabe que su hija no posee los recursos para estar realizando este pago. Menciona preocupación que por su padecimiento del pulmón la lleve a morir muy rápido y dejar a su familia, ya que su hija necesita mucha ayuda.

Situación económica: depende de su esposo e hija.

Servicios con los que cuenta su vivienda: electricidad, agua potable, drenaje, servicio de cable, iluminación natural, ventilación.

Servicios públicos en su comunidad: alumbrado público, drenaje y alcantarillado, seguridad pública, recolección de basura, parques y jardines.

### ***Estado general de salud y factores del sistema de cuidados de salud***

#### **Condiciones identificadas por el médico**

- ANPP: niega
- Alergias: niega
- APP: DM en tratamiento con metformina
- HTA en tratamiento con enalapril y amlodipino.
- AQX: una cesárea, cáncer de mama.
- Diagnóstico actual: cáncer de mama Her 2 negativo, metastásico a pulmón.

23 febrero 2019 mamografía BIRADS 4

23 febrero 2019 biopsia cáncer de mama derecha: masa de aproximadamente 4 cm.

PT2N1M1, CA HER2 negativo, múltiples calcificaciones. RE +++, RP +++, BX axilar +++

- En sesión de mamas se definió el siguiente abordaje: quimioterapia neoadyuvante, Mastectomía Radical Modificada, radioterapia y hormonoterapia.
- Cirugía: 17 de setiembre 2019 de Mastectomía radical modificada, egresa con dos drenos que se suspenden sin complicaciones a la semana de postoperada. Proceso de cicatrización adecuado. Utiliza prótesis externa desde entonces sin complicaciones, refiere sentirse cómoda con esta. Realizó sesiones tanto de radioterapia como quimioterapia. Con respecto a la hormonoterapia inició su ingesta desde el 2019.

Su enfermedad se mantuvo bajo control durante los años subsiguientes con los tratamientos establecidos con controles anuales de mamografía y US que reflejaban adecuada evolución, en el control practicado a inicios del 2024 se detecta una masa a nivel del cuello, por lo que es realizada una biopsia excisional, con resultado positivo para cáncer

metastásico, se efectuaron exámenes de diagnóstico complementarios como TAC y RM evidenciando una importante metástasis a pulmón. Ante estos hallazgos se envía a manejo paliativo.

### **Condiciones identificadas por la enfermera**

Usuaría acompañada de su esposo e hija, durante la dinámica aparenta una adecuada relación de apoyo, presenta llanto fácil y labilidad al referir su historia.

Es importante destacar la necesidad de un abordaje integral orientado al control del dolor, la provisión de confort y el manejo de la alteración del sueño. Así mismo, se requiere valorar la presencia de disnea y establecer recomendaciones adecuadas respecto al consumo de líquidos, considerando su condición pulmonar actual. Además, se sugiere la referencia a nutrición, cuidados paliativos y enfermería en salud mental, con el fin de que se valore su estado emocional y se brinde el apoyo especializado correspondiente.

### **Exploración física y evaluación antropométrica**

- Peso: 72 kg.
- Talla: 159
- IMC = 24
- Glicemia por micrométodo: 94 mg/ dl
- PA: 135/80 mm Hg
- FC: 85x
- FR: 16x
- Sat O<sub>2</sub>: 94%,

- T°: 36 °C

Como hallazgos durante la valoración física se observan a nivel de cuello y tórax cicatrices producto de la biopsia, sin ningún tipo de alteración.

No reporta disnea al momento de la valoración, la saturación de oxígeno se mantiene dentro de rangos adecuados.

En este momento refirió dolor moderado, punzante, en valoración 5 de escala 0-10, sin irradiación.

Muestra deshidratación leve, reflejada en la mucosa oral, la presencia de piel seca. Utiliza prótesis orales, sin referencia de dificultad para su manejo. A su vez, presenta dificultades para la deambulación, apoyada en un bastón, debido a la referencia de desgaste de rodillas.

***Valoración de las capacidades de la persona:***

No se encontraron alteraciones cognitivas, ya que la usuaria mantiene una conversación lineal, refleja un pensamiento consecuente, logra narrar hechos con concordancia y seguir instrucciones sin inconvenientes.

***Requisitos de autocuidado universal***

**Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:** refiere cuadros de disnea ocasionales, su saturación de oxígeno estaba dentro de rangos adecuados.

**Mantenimiento de un aporte adecuado de agua:** poco aporte de este, se refleja deshidratación leve, en este punto se considera importante evaluar dicha condición por su situación pulmonar.

**Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos:** indica inapetencia, a pesar de que consume todo tipo de alimentos. Hizo énfasis en que se obliga a comer al menos dos veces al día.

**Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y los excrementos:** no reportó alteración para ningún proceso de eliminación, no utiliza dispositivos asociados, refleja defecar a diario sin esfuerzo y miccionar entre 4-6 veces en el día.

**Mantenimiento del equilibrio entre actividad/reposo:** refirió dificultad para ejecutar habilidades mediado por la presencia de disnea y dolor, aunque es capaz de hacer todas las actividades de la vida diaria por su cuenta.

**Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana:** refirió una disminución considerable por su situación de salud, pero se mantiene en contacto por otros medios como vía telefónica con sus amigos y familiares.

**Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:** la usuaria se mantiene consciente y orientada, con sus capacidades cognitivas íntegras, a pesar del uso del bastón puede proveerse sus propios cuidados.

**Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal:** a pesar de sentirse acompañada por las personas más cercanas en este proceso y desde el inicio, refiere decaimiento de manera frecuente, ya que

el proceso "ha sido muy duro y largo" se denota la presencia de llanto con facilidad, ya que indica su preocupación es dejar a sus familiares solos.

***Requisitos de autocuidado de desarrollo:***

**Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo:** la usuaria en general ha logrado sobrellevar sus procesos de salud y enfermedad a través del tiempo, ajustando a las necesidades del momento, con adecuada disposición para mantener su bienestar.

**Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano:** MCH ha sido capaz hasta el momento de la entrevista de afrontar en todas sus esferas el deterioro de su estado de salud y los requerimientos en el aprendizaje de su autocuidado desde su diagnóstico.

***Requisitos de autocuidado de desviación de la salud***

**Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas a acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología:** la usuaria mantiene una red con los profesionales de HOMACE que le permite la prestación de servicios de salud requeridos, de manera certera en los próximos meses estos solamente se estarían acrecentando según la evolución de la patología.

**Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo:** es importante abordar su situación emocional con el fin de promover que se mantenga con la mayor anuencia posible a prestar atención a las necesidades de cuidado que irá experimentando y a las modalidades que pueden propiciar una mayor sensación de bienestar y contrarrestar el disconfort.

**Llevar a cabo efectivamente las medidas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades:** la usuaria ya ha demostrado su capacidad en todo el proceso oncológico de ejecutar acciones acordes a su régimen terapéutico y se mantuvo anente a atender su situación de salud en todo momento.

**Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo:** la usuaria logra identificar aquellos aspectos que le generan deterioro y que debe atender.

**Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesidad de formas específicas de cuidados de salud:** MCH ha presentado adaptabilidad a la afectación de su imagen corporal, por ejemplo, con el uso de prótesis, sin embargo, es probable que con su condición paliativa requiera ser abordada en este punto, en algún momento del proceso.

**Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal:** como se ha denotado con anterioridad la usuaria ha demostrado adaptabilidad a su situación previa y receptividad a la integración de actividades de autocuidado.

***Tabla 1. Aplicación de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) MCH***

	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Casi Siempre	4 Siempre	Puntaje inicial	Puntaje Final
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud		x			2	3
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas			x		3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.		x			2	3

4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.			x		3	3
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud			x		3	4
6.Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.			x		3	4
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.			x		3	4
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.		x			2	2
9.Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios			x		3	3
10.Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser		x			2	3
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo			x		3	2
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre		x			2	2
13.Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado		x			2	3
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido		x			2	3

explicaciones sobre lo que no entiendo.						
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.		x			2	3
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud			x		3	4
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios		x			2	3
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro		x			2	3
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud		x			2	3
20. Debido a mis preocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme		x			2	1
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.		x			2	3
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.		x			2	3
23. Puedo sacar tiempo para mí			x		3	4
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarse soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.			x		3	4

Validado en Costa Rica por MSC Viriam Leiva



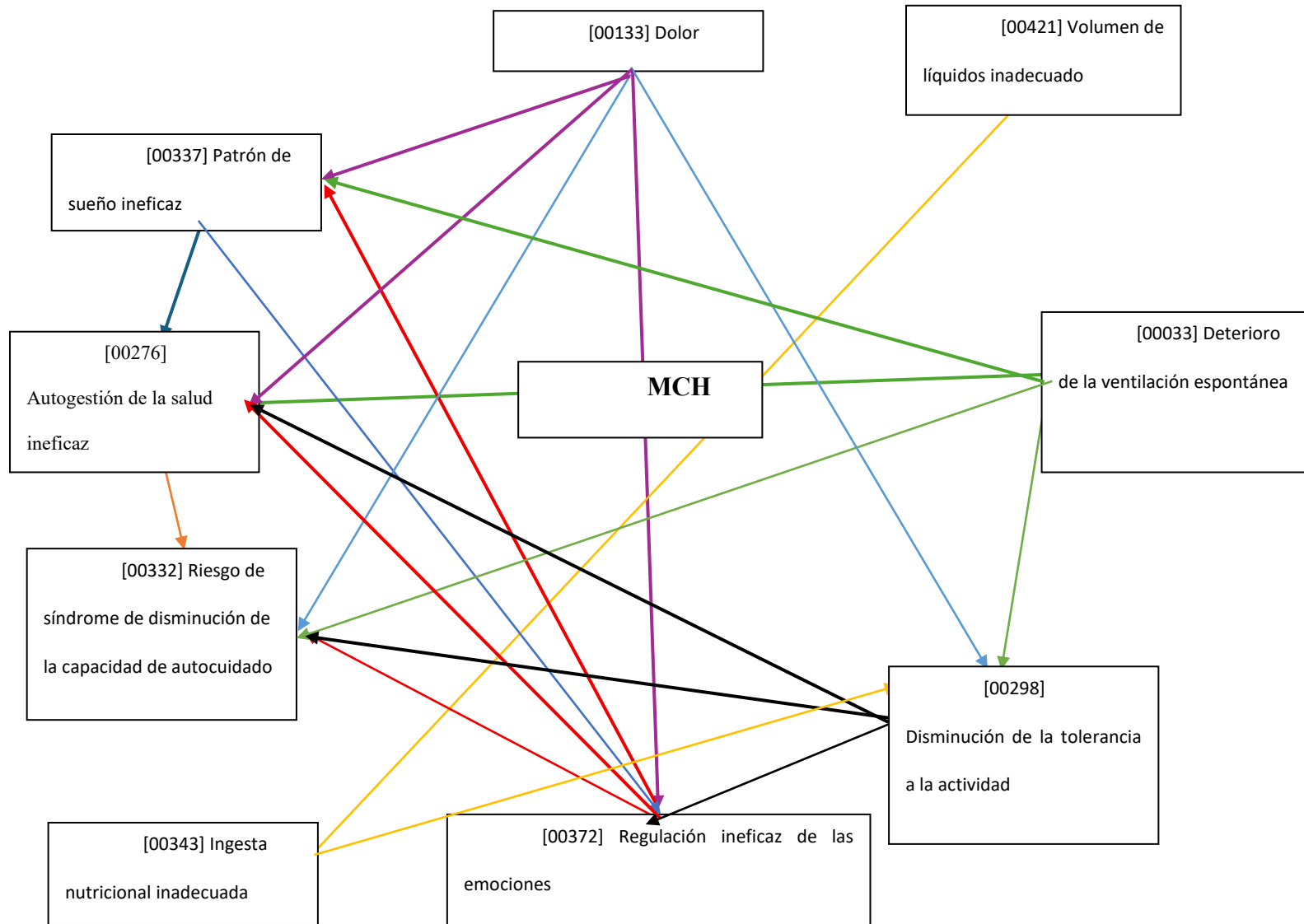
**Tabla 2. Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA, MCH**

<b>Respuesta Humana</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica NANDA</b>	<b>Definición</b>	<b>Características Definitorias (CD), Factores Relacionados (FRE), Factores de Riesgos (FRI), Condiciones Asociadas (CA) o Población en Riesgo (PR)</b>
<b>Patrón 1: Percepción-manejo de la salud</b>			
Referencia de dolor constante, insomnio, falta de apetito que compromete el régimen de alimentación	[00276] Autogestión de la salud ineficaz	Manejo insatisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica.	Exacerbación de los síntomas de la enfermedad (CD) Presenta secuelas de la enfermedad (CD) Conocimiento inadecuado del régimen terapéutico (FR) Barreras percibidas hacia el régimen terapéutico (FR) Personas con responsabilidades de proveedor de cuidados (PR) Adultos mayores (PR)
<b>Patrón 2: Nutricional-metabólico</b>			
Indica inapetencia y obligarse a comer	[00343] Ingesta nutricional inadecuada	Consumo insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	Ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas (CD) Apetito inadecuado (FR) Adultos mayores (PR) Neoplasias (CA)

Deshidratación leve, referencia de poco consumo	[00421] Volumen de líquidos inadecuado	Disminución del líquido intracelular y/o extracelular, sin incluir la sangre.	Alteración en la turgencia de la piel (CD) Piel seca (CD) Conocimiento inadecuado de las necesidades de líquidos (FR) Adultos mayores (PR)
<b>Patrón 4: Actividad - ejercicio</b>			
Refiere disnea	[00033] Deterioro de la ventilación espontánea	Incapacidad para iniciar y/o mantener una respiración independiente que sea adecuada para mantener la vida.	Disnea (CD) Enfermedades de las vías respiratorias (CA)
Indica cansancio con las actividades	[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad	Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.	Fatiga (CD) Dolor (FR) Adultos mayores (PR) Neoplasias (CA)
Inevitable deterioro futuro para el autocuidado por su situación paliativa inicial	[00332] Riesgo de síndrome de disminución de la capacidad de autocuidado	Susceptible al deterioro en el desempeño independiente de múltiples actividades de la vida diaria.	(FR) Deterioro del confort físico Dolor (FR) Adultos mayores (PR) Comorbilidad significativa (CA)
<b>Patrón 5: Sueño/ Reposo</b>			

Refiere dificultad para conciliar el sueño ante el disconfort y dolor	[00337] Patrón de sueño ineficaz	Dificultad para experimentar la suspensión natural y periódica de la conciencia relativa, lo que perjudica el funcionamiento.	Insomnio (CD) Fatiga (CD) Dolor (FR) Conocimiento inadecuado de la importancia de las conductas de higiene del sueño (FR) Adultos mayores (PR)
<b>Patrón 6: Cognitivo-perceptivo</b>			
Dolor severo	[00133] Dolor crónico	Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o parecida a la asociada a un daño tisular real o potencial, con una duración superior a 3 meses.	Capacidad alterada para continuar actividades (CD) Fatiga (CD) Alteración del ritmo circadiano (CD) Informe verbal de dolor (CD) Neoplasias (CA)
<b>Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés</b>			
Labilidad emocional	[00372] Regulación ineficaz de las emociones.		Llanto (CD) Fatiga (FR) Conocimiento inadecuado sobre el proceso de la enfermedad (FR) Conocimiento inadecuado acerca del control de los síntomas (FR)

Figura 1. Red de razonamiento lógico MCH



*Tabla 3. Relaciones de etiquetas diagnósticas MCH*

<b>Etiqueta diagnóstica</b>	<b>Relaciones que salen</b>	<b>Relaciones que entran</b>	<b>Total de relaciones</b>
[00276] Autogestión de la salud ineficaz	1	5	<u>6</u>
[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad	3	3	<u>6</u>
[00337] Patrón de sueño ineficaz	3	2	<u>5</u>
[00133] Dolor crónico	5	0	<u>5</u>
[00372] Regulación ineficaz de las emociones.	3	2	<u>5</u>
[00332] Riesgo de síndrome de disminución de la capacidad de autocuidado	0	4	4
[00033] Deterioro de la ventilación espontánea	4	0	4
[00343] Ingesta nutricional inadecuada	2	0	2
[00421] Volumen de líquidos inadecuado	0	1	1

**Tabla 4. Proceso de enfermería: diagnósticos. Usuaria MCH**

1.Diagnóstico NANDA	[00276] Autogestión de la salud ineficaz	Definición: Manejo insatisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica.
<b>Planificación de Intervenciones</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
	[5510] Educación para la salud	<p>Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual            Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.            Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.            Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.            Utilizar la mejor información disponible (p. ej., investigación de alta calidad), comprensible, adaptada a las necesidades lingüísticas y culturales, utilizando técnicas de asesoramiento            instruir sobre el manejo de la medicación            Proporcionar conocimientos relacionados con las recaídas            Implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares</p>
	[5520] Facilitación del aprendizaje	<p>Proporcionar un entorno propicio para el aprendizaje y libre de distracciones.            utilizar un lenguaje sencillo, palabras y frases cortas, y evitar la jerga médica.            Repetir la información importante.            Proporcionar oportunidades para practicar, según proceda.            Proporcionar retroalimentación frecuente sobre el progreso del aprendizaje.            Dar tiempo para plantear preguntas e inquietudes.</p>

Responder a las preguntas de forma clara y concisa.

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<b>Evaluación</b> [1803] Conocimiento: manejo de la enfermedad	[180302] Características de la enfermedad específica	Inicial:2 Diana:5 Tiempo: 1 mes Final: 4	Escala 20 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso
	[180305] Efectos fisiológicos de la enfermedad	Inicial:2 Diana:5 Tiempo: 1 mes Final: 4	
	[180313] Efectos psicosociales de la enfermedad sobre el paciente	Inicial:2 Diana:5 Tiempo: 1 mes Final: 4	
	[180307] Evolución habitual del proceso de la enfermedad	Inicial:2 Diana:5 Tiempo: 1 mes Final: 4	
	[180318] Opciones de tratamiento	Inicial:2	

	<p>[180320] Medicación disponible para el manejo de la enfermedad</p> <p>[180322] Estrategias para manejar los signos y síntomas</p> <p>[180316] Disponibilidad de grupos de apoyo</p>	<p>Diana:5 Tiempo: 1 mes Final: 4</p> <p>Inicial:2 Diana:5 Tiempo: 1 mes Final: 4</p> <p>Inicial:2 Diana:5 Tiempo: 1 mes Final: 4</p> <p>Inicial:2 Diana:5 Tiempo: 1 mes Final: 4</p>	
--	--	---	--

<p><b>2. Diagnóstico</b> <b>NANDA</b></p>	<p><b>[00133] Dolor crónico</b> Definición: Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o parecida a la asociada a un daño tisular real o potencial, con una duración superior a 3 meses</p>					
	<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="537 586 798 613">NIC</th> <th data-bbox="798 586 1881 613">ACTIVIDADES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="537 678 798 764"> <p>[2380] Manejo de la medicación</p> </td> <td data-bbox="798 651 1881 922"> <p>Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo. Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Monitorizar la respuesta a los cambios en el régimen de medicación Determinar los factores que impiden a la persona tomar los fármacos tal como se han prescrito Proporcionar información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos. Revisar las estrategias para manejar el régimen de medicación.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="537 1076 798 1162"> <p>[1415] Manejo del dolor: crónico</p> </td> <td data-bbox="798 954 1881 1287"> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita comodidad y funcionar apropiadamente e intentar mantenerlo en un nivel igual o inferior. Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente. Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas (p. ej. relajación, musicoterapia) y opciones farmacológicas como medidas de control del dolor. Incorporar a la familia como medio de alivio del dolor, cuando sea posible. Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando sea apropiado.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	NIC	ACTIVIDADES	<p>[2380] Manejo de la medicación</p>	<p>Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo. Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Monitorizar la respuesta a los cambios en el régimen de medicación Determinar los factores que impiden a la persona tomar los fármacos tal como se han prescrito Proporcionar información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos. Revisar las estrategias para manejar el régimen de medicación.</p>	<p>[1415] Manejo del dolor: crónico</p>
NIC	ACTIVIDADES					
<p>[2380] Manejo de la medicación</p>	<p>Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo. Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Monitorizar la respuesta a los cambios en el régimen de medicación Determinar los factores que impiden a la persona tomar los fármacos tal como se han prescrito Proporcionar información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos. Revisar las estrategias para manejar el régimen de medicación.</p>					
<p>[1415] Manejo del dolor: crónico</p>	<p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita comodidad y funcionar apropiadamente e intentar mantenerlo en un nivel igual o inferior. Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente. Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas (p. ej. relajación, musicoterapia) y opciones farmacológicas como medidas de control del dolor. Incorporar a la familia como medio de alivio del dolor, cuando sea posible. Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando sea apropiado.</p>					
<p><b>Planificación de Intervenciones</b></p>						

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<p style="text-align: center;"><b>Evaluación</b></p> <p style="text-align: center;">[1605] Control del dolor</p>	<p style="text-align: center;">[160514] Describe los factores que contribuyen al dolor</p>	<p style="text-align: center;">Inicial:2 Diana 4 Tiempo: 2 meses Final: 2</p>	<p style="text-align: center;">Escala 13</p>
	<p style="text-align: center;">[160521] Monitoriza los efectos terapéuticos de los analgésicos</p>	<p style="text-align: center;">Inicial:1 Diana 4 Tiempo: 2 meses Final: 4</p>	<p style="text-align: center;">1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>
	<p style="text-align: center;">[160505] Utiliza el analgésico recomendado</p>	<p style="text-align: center;">Inicial:3 Diana 4 Tiempo: 2 meses Final: 5</p>	
	<p style="text-align: center;">[160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas</p>	<p style="text-align: center;">Inicial:1 Diana 4 Tiempo: 2 meses Final: 3</p>	
	<p style="text-align: center;">[210201] Intensidad del dolor referido</p>	<p style="text-align: center;">Inicial:2 Diana 4 Tiempo: 2 meses Final: 4</p>	<p style="text-align: center;">Escala 14</p> <p style="text-align: center;">1. Grave</p>
<p style="text-align: center;">[2102] Nivel del dolor</p>			

			2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
--	--	--	---

<b>3. Diagnóstico</b>	<b>[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad</b> Definición: Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.
<b>NANDA</b>	

	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Planificación de Intervenciones</b>	[0180] Manejo de la energía	Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda. Monitorizar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. Consultar con el dietista posibles modos de aumentar la ingesta de alimentos con alto contenido energético Observar/registra el esquema y número de horas de sueño del paciente. Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía. Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga. Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales Monitorizar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados Enseñar al paciente y a los allegados aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<p style="text-align: center;"><b>Evaluación</b></p> <p>[0005] Tolerancia de la actividad</p>	<p>[000501] Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad</p>	<p>Inicial:4 Diana: 5 Tiempo: 4 semanas Final: 5</p>	<p>Escala 01 1. Gravemente comprometido</p>
	<p>[000508] Facilidad para respirar en respuesta a la actividad</p>	<p>Inicial:2 Diana: 3 Tiempo: 4 semanas Final: 3</p>	<p>2. Sustancialmente comprometido</p>
	<p>[000519] Tolerancia a la caminata</p>	<p>Inicial:4 Diana: 5 Tiempo: 4 semanas Final: 4</p>	<p>3. Moderadamente comprometido</p>
	<p>[000518] Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria</p>	<p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 4</p>	<p>4. Levemente comprometido</p>
	<p>[000209] Organiza actividades para conservar la energía</p>	<p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 4</p>	<p>5. No comprometido</p>

<p>[0002] Conservación de la energía</p>	<p>[000201] Equilibra la actividad y el descanso</p> <p>[000205] Adapta el estilo de vida al nivel de energía</p> <p>[000206] Mantiene una nutrición adecuada</p>	<p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 4</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 4</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 4</p>	<p>Escala 13</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>
--	---	--	---

<p><b>4. Diagnóstico</b> <b>NANDA</b></p>	<p><b>[00372] Regulación ineficaz de las emociones</b> Definición: Incapacidad para controlar los sentimientos, lo que afecta a los pensamientos, las acciones y las interacciones, dando lugar a respuestas y expresiones inadecuadas en situaciones sociales.</p>					
	<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="537 513 798 537"><b>NIC</b></th> <th data-bbox="798 513 1776 537"><b>ACTIVIDADES</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="537 607 798 691"> <p>[5330] Manejo del estado de ánimo</p> </td> <td data-bbox="798 574 1776 938"> <p>Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales). Comprobar la capacidad de autocuidado Monitorizar el estado físico (peso corporal e hidratación). Ayudar a mantener un ciclo normal de sueño y vigilia Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. Ayudar a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional. ayudar a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar. Ayudar en la identificación de recursos disponibles, puntos fuertes y capacidades personales Ayudar a anticiparse y a afrontar los cambios de la vida</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="537 1062 798 1118"> <p>[5230] Mejora del afrontamiento</p> </td> <td data-bbox="798 971 1776 1333"> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. Proporcionar un ambiente de aceptación. Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. Estimular la implicación familiar, según corresponda. Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<p>[5330] Manejo del estado de ánimo</p>	<p>Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales). Comprobar la capacidad de autocuidado Monitorizar el estado físico (peso corporal e hidratación). Ayudar a mantener un ciclo normal de sueño y vigilia Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. Ayudar a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional. ayudar a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar. Ayudar en la identificación de recursos disponibles, puntos fuertes y capacidades personales Ayudar a anticiparse y a afrontar los cambios de la vida</p>	<p>[5230] Mejora del afrontamiento</p>
<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>					
<p>[5330] Manejo del estado de ánimo</p>	<p>Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales). Comprobar la capacidad de autocuidado Monitorizar el estado físico (peso corporal e hidratación). Ayudar a mantener un ciclo normal de sueño y vigilia Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. Ayudar a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional. ayudar a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar. Ayudar en la identificación de recursos disponibles, puntos fuertes y capacidades personales Ayudar a anticiparse y a afrontar los cambios de la vida</p>					
<p>[5230] Mejora del afrontamiento</p>	<p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. Proporcionar un ambiente de aceptación. Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. Estimular la implicación familiar, según corresponda. Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p>					

**Planificación de Intervenciones**

	<b>NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>PUNTUACION</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Evaluación</b>	<p>[1302] Afrontamiento</p>	<p>[130205] Manifiesta la aceptación de la situación</p> <p>[130212] Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces</p> <p>[130217] Refiere disminución de los sentimientos negativos</p> <p>[120402] Muestra un estado de ánimo estable</p>	<p>Inicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final:4</p> <p>Inicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 4</p> <p>nicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 4</p>	<p>Escala 13</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>
	<p>[1204] Equilibrio emocional</p>	<p>Inicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 4</p>	<p>Escala 13</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	

<b>5. Diagnóstico</b> <b>NANDA</b>	vida.	<b>[00033] Deterioro de la ventilación espontánea</b> <b>Definición:</b> Incapacidad para iniciar y/o mantener una respiración independiente que sea adecuada para mantener la vida.
<b>Planificación de Intervenciones</b>	<b>NIC</b>  [3350] Monitorización respiratoria          [0180] Manejo de la energía	<b>ACTIVIDADES</b>  Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos Realizar una monitorización intermitente frecuente del estado respiratorio en pacientes de riesgo  Monitorizar los informes radiológicos. Monitorizar las secreciones respiratorias del paciente. Monitorizar la capacidad del paciente para toser eficazmente.  <u>Ya desarrollado en el diagnóstico: [00298] Disminución de la tolerancia a la actividad</u>

<p><b>6. Diagnóstico</b> <b>NANDA</b></p>	<p><b>[00343] Ingesta nutricional inadecuada</b> <b>Definición:</b></p>			
<p><b>Planificación de Intervenciones</b></p>	<p><b>NIC</b></p> <p>[1100] Manejo de la nutrición</p> <p>[4120] Manejo de líquidos</p>	<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.                  Determinar las preferencias alimentarias del paciente.                  Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales                  Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.                  Derivar al paciente a los servicios necesarios.</p> <p>Determinar el estado hídrico basal (es decir, sobrecarga, deshidratación, normovolemia)                  Monitorizar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, presión arterial ortostática, turgencia cutánea), según proceda.                  Monitorizar los signos vitales y el estado hemodinámico.                  Monitorizar el estado nutricional.                  Dar instrucciones sobre la ingesta o restricción de líquidos y la ingesta dietética para mantener un equilibrio hídrico                  Dar instrucciones sobre los signos y síntomas de los desequilibrios hídricos.</p>		
<p><b>Evaluación</b></p>	<p><b>NOC</b></p> <p>[101401] Deseo de comer</p>	<p><b>INDICADOR</b></p> <p>Inicial:2                  Diana: 4                  Tiempo: 2 meses                  Final: 3</p> <p>Inicial:2</p>	<p><b>PUNTUACION</b></p>	<p><b>ESCALA</b></p> <p>Escala 01                  1. Gravemente comprometido                  2. Sustancialmente comprometido                  3. Moderadamente comprometido                  4. Levemente comprometido</p>

	[101406] Ingesta de alimentos	Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 3	5. No comprometido
	[101408] Ingesta de líquidos	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo:2 meses Final: 3	

#### 4.2.2. Usuaría JSC

##### *Factores condicionantes básicos*

**Descriptivos de la persona:** mujer de 37 años, vecina de Zapote, casada desde hace 20 años. Docente de secundaria, tiene una hija de 14 años. Vive en casa propia, de dos plantas dentro de un condominio, indica posee todas las comodidades y a nivel económico son cuidadosos, por lo que tienen ahorros para situaciones como estas.

**Patrón de vida:** generalmente se despierta a las 6 am, si está muy agotada se queda en la cama, si es un día que se siente bien, hace el desayuno, comparte con su familia antes que se vayan de la casa, realiza algunas labores permitidas, su mamá llega aproximadamente tres veces durante la semana a colaborarle con las actividades del hogar y para acompañarla a las citas.

Indica que los tratamientos “le han caído bastante pesado”, por ello ha bajado mucho de peso, le quitan el apetito y en ocasiones algunos medicamentos le han generado muchas náuseas y vómitos. Consume todos los tipos de alimentos, presenta intolerancia a la lactosa, consume suficientes líquidos en tanto no esté afectada por esas condiciones.

En general duerme bien, aproximadamente ocho horas, en ocasiones cuando presenta efectos adversos siente fatiga y el descanso es poco reparador.

Reporta patrón urinario e intestinal sin alteraciones.

Previo a la cirugía y los tratamientos realizaba ejercicio físico casi a diario, en este momento indica no puede realizar ninguno por la condición del postoperatorio y a su vez por la dehiscencia de la herida quirúrgica.

***Estado general de salud y factores del sistema de cuidados de salud***

**Condiciones identificadas por el médico**

- Diagnóstico médico: Carcinoma infiltrante micropapilar de mama izquierda, subtipo Luminal B – HER2 positivo con Adenopatía izquierda
- Plan de intervención: quimioterapia neoadyuvante + cirugía conservadora + radioterapia + tratamiento control.
- La paciente recibió quimioterapia con Docetaxel + Carboplatino 6 sesiones, sin embargo, no logró efecto terapéutico esperado, presentó disminución del apetito, sensibilidad en manos. Utilizaba peluca. Continuó el tratamiento con inmunoterapia: Trastuzumab.
- Se cambió plan de cirugía, porque la quimioterapia no logró el efecto deseado, por una Mastectomía radical modificada izquierda con Biopsia de ganglio centinela.
- Implante mamario debajo del músculo pectoral, el plan era reconstrucción durante la cirugía en el HCG, pero no se pudo realizar, por lo que es operada en HOMACE, usuaria enterada de la posibilidad de dañar implante mamario.
- Operada el 9 de setiembre del 2024, Mastectomía radical modificada izquierda, con conservación del implante mamario
- Biopsia post cirugía positiva en margen profundo y piel, no resecables. Ganglios 1/9 positivos.

- Oncomédica suspende trastuzumab e inicia TDM1 por un año, refiere náuseas y vómitos frecuentes.
- Recibió radioterapia en 23 sesiones.

### **Condiciones identificadas por la enfermera**

Control de apetito, náuseas y vómitos, con IMC limítrofe (inferior)

Manejo del linfedema

Prevenir la infección del sitio quirúrgico y manejo de la cicatrización

Dificultades actuales de afrontamiento.

### **Exploración física y evaluación antropométrica**

- Peso 50 kg
- Talla 165
- IMC: 18
- PA: 118/55 mmgh
- FC: 78 lx'
- FR: 17x
- T: 36,7 C

Hallazgos del examen físico: usuaria actualmente usando peluca, no presenta alteraciones en mucosa oral, cabeza y cuello íntegros. Tórax se observa en el área de la herida quirúrgica dehiscencia de aproximadamente 3 cm, humedad, maceración de tejido circundante, no salida de secreción fétida ni signos de infección. Llama la atención que en

área axilar izquierda se observa eritema, calor local, edema, dificultad para movilizar la extremidad.

No presenta alteraciones en abdomen, aparato genitourinario y miembros inferiores.

*Valoración de las capacidades de la persona:* usuaria con todas sus capacidades volitivas.

***Requisitos de autocuidado universal***

**Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:** no reporta alteraciones.

**Mantenimiento de un aporte adecuado de agua:** indica adecuada ingesta.

**Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos:** presencia de inapetencia, náuseas y vómitos.

**Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y los excrementos:** no reporta alteraciones.

**Mantenimiento del equilibrio entre actividad/reposo:** afectado por la fatiga, el poco consumo calórico y el malestar general de los efectos adversos a tratamientos.

**Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana:** refiere adecuada red de apoyo familiar y de sus amigos más cercanos.

**Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:** usuaria generalmente con cumplimiento adecuado de sus regímenes terapéuticos, inmunizaciones, citas de PAP.

**Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal:** en este momento con poca integración social por la

situación de salud, a pesar de ello indica que procura mantenerse en contacto con sus amigos y familiares más cercanos.

### ***Requisitos de autocuidado de desarrollo***

La usuaria indica que ha seguido al pie de la letra las indicaciones que le han referido respecto a su proceso, sin embargo, siente que el fallo de la quimioterapia, así como la situación de su herida quirúrgica post tratamiento, le ha desgastado considerablemente, hasta el punto de que ha llegado a sentir desesperanza y pérdida del control de su condición.

Por otra parte, le desespera un poco no lograr reincorporarse al trabajo en el corto plazo, ya que le hace mucha falta sentirse productiva. Además de reanudar actividades recreativas como las caminatas a cerros, montañas, cataratas, que disfrutaba casi todos los fines de semana.

### ***Requisitos de autocuidado de desviación de la salud***

La usuaria en este momento con adecuada red de atención de la salud, se mantiene abordaje con la profesional de enfermería a cargo de la consulta oncológica, atención en la unidad de curaciones para el manejo de la dehiscencia y prevención de infecciones, a su vez se envía a manejo nutricional para continuidad y control de su pérdida de peso y dificultad para la alimentación, finalmente se traslada también a la unidad de terapia física y medicina para el control de linfedema.

La usuaria es enfática en recalcar que a pesar de que ha vivido muchísimas cosas y ha sido realmente resiliente y positiva, en este momento se siente sobrepasada por su

pérdida de control en la recuperación y la continuidad de terapias que se han tenido que modificar por la poca respuesta. Está consciente de tener muchas herramientas a mano y apoyo, pero le es inevitable desanimarse.

**Tabla 5. Aplicación de la Escala de Agencia de Apreciación de Autocuidado (ASA) JSC**

	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Casi Siempre	4 Siempre	Puntaje inicial	Puntaje Final
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud			X		3	4
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas			X		3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				X	4	4
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				X	4	4
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud			X		3	4
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.		X			2	2
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar			X		3	4

mi salud que las que tengo ahora.						
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.		x			2	2
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios			x		3	4
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser			x		3	4
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo		x			2	2
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre				x	4	4
13. Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado			x		3	4
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				x	4	4
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				x	4	4
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud			x		3	4
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina					3	4

cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios			X			
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro			X		3	3
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud			X		3	4
20. Debido a mis preocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme		X			2	1
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.			X		3	4
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				X	4	4
23. Puedo sacar tiempo para mí			X		3	3
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.			X		3	4

Validado en Costa Rica por MSC Viriam Leiv

**Tabla 6. Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA, JSC**

<b>Respuesta Humana</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica NANDA</b>	<b>Definición</b>	<b>Características Definitivas (CD), Factores Relacionados (FRE), Factores de Riesgos (FRI), Condiciones Asociadas (CA) o Población en Riesgo (PR)</b>
<b>Patrón 1: Percepción-manejo de la salud</b>			
	[00004] Riesgo de infección	Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos	Deterioro de la integridad cutánea (FR) Malnutrición (FR) Procedimiento invasivo (CA)
<b>Patrón 2: Nutricional-metabólico</b>			
	[00046] Deterioro de la integridad cutánea	Daño de la epidermis y/o de la dermis.	Piel macerada (CD) Nivel inadecuado de humedad de la piel (FR) Malnutrición (FR) Neoplasia (CA) Personas en el período perioperatorio (PR)
	[00384] Autogestión de las náuseas ineficaz	Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento,	Incremento de la salivación (CD)

	consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a una sensación desagradable en el estómago, que puede o no provocar vómitos.	Discomfort abdominal (CD) Ganas de vomitar (CD) Malnutrición (CD) Neoplasias (CA)
[00343] Ingesta nutricional inadecuada	Consumo insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	Ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas (CD) Apetito inadecuado (FR) Neoplasias (CA)

**Patrón 4: Actividad ejercicio**

[00278] Autogestión del linfedema ineficaz	Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, las consecuencias y los cambios en el estilo de vida asociados al edema relacionado con la obstrucción o los trastornos de los vasos o ganglios linfáticos.	Rango reducido de movimiento de la extremidad afectada (CD) Edema de la extremidad afectada (CD) Sensación de pesadez en la extremidad afectada (CD) Dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo (FR) Quimioterapia (CA)
[00465] Deterioro de la recuperación quirúrgica	Alteraciones fisiológicas o psicológicas perioperatorias que prolongan el periodo de recuperación para alcanzar y/o mejorar el estado de salud funcional preoperatorio.	Cicatrización interrumpida de la herida quirúrgica (CD) Dificultad para reanudar las actividades (CD) Fatiga (CD) Apetito inadecuado (CD)

Deterioro de la movilidad física (FR)  
 Malnutrición (FR)  
 Procedimientos quirúrgicos extensos (CA)

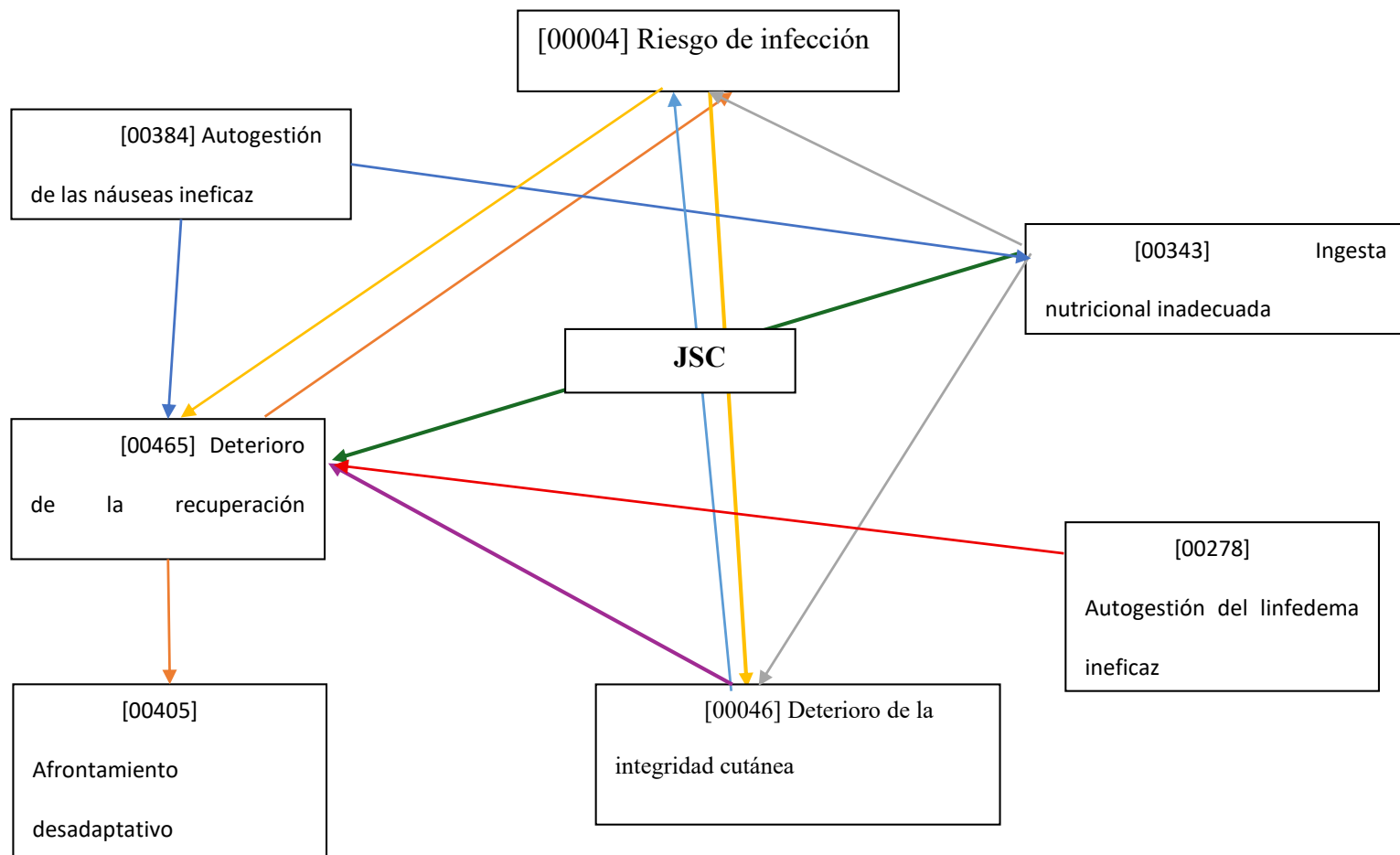
**Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés**

[00405] Afrontamiento desadaptativo

Esfuerzos cognitivos y/o conductuales contraproducentes para manejar una situación estresante o desagradable.

Frustración (CD)  
 Fatiga (CD)  
 Sensación de control inadecuada (FR)  
 Conocimiento inadecuado de los recursos (FR)  
 Personas que atraviesan una crisis situacional (PR)

*Figura 2. Red de razonamiento lógico JSC*



*Tabla 7. Relaciones de etiquetas diagnósticas JSC*

<b>Etiqueta diagnóstica</b>	<b>Relaciones que salen</b>	<b>Relaciones que entran</b>	<b>Total de relaciones</b>
[00004] Riesgo de infección	2	3	<u>5</u>
[00046] Deterioro de la integridad cutánea	2	2	<u>4</u>
[00384] Autogestión de las náuseas ineficaz	2	0	2
[00465] Deterioro de la recuperación quirúrgica	2	5	<u>7</u>
[00405] Afrontamiento desadaptativo	0	1	1
[00343] Ingesta nutricional inadecuada	3	1	<u>4</u>
[00278] Autogestión del linfedema ineficaz	1	0	1

**Tabla 8. Proceso de enfermería: diagnósticos 1 JSC**

<b>1. Diagnóstico NANDA</b>	<b>[00465] Deterioro de la recuperación quirúrgica</b>
<b>Definición:</b> Alteraciones fisiológicas o psicológicas perioperatorias que prolongan el periodo de recuperación para alcanzar y/o mejorar el estado de salud funcional preoperatorio.	
<b>Planificación de Intervenciones</b>	<b>NIC</b>
	<b>ACTIVIDADES</b>
[3440] Cuidados del sitio de incisión	<p>Utilizar higiene de manos y técnica aséptica          Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia, evisceración o drenaje.          Monitorizar el proceso de curación y los signos y síntomas de infección en el sitio de la incisión.          Mantener la posición del tubo de drenaje, según esté indicado.          Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.          Facilitar que la persona vea la incisión.          Enseñar a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.</p>
[1450] Manejo de las náuseas	<p>Valorar la gravedad y la intensidad de los síntomas          Evaluar los factores precipitantes y atenuantes          Evaluar experiencias pasadas con las náuseas          Administrar antieméticos eficaces para prevenir las náuseas siempre que sea posible          Administrar los medicamentos por la vía apropiada considerando la condición y las necesidades          Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido, estimulación visual desagradable).          Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas.</p>

Emplear un abordaje multimodal que incorpore métodos de manejo farmacológicos y no farmacológicos.  
 Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas, si no está contraindicado.  
 Enseñar a realizar una alimentación rica en hidratos de carbono y pobre en lípidos, según proceda.  
 Administrar una dieta con alimentos líquidos fríos, transparentes, inodoros e incoloros, según proceda.

[1100] Manejo de la nutrición

Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.  
 instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales  
 Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.  
 Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.  
 Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias  
 Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad  
 Derivar al paciente a los servicios necesarios.

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<p><b>Evaluación</b></p> <p><b>[2304]</b></p> <p><b>Recuperación</b></p>	<p>[230417] Integridad tisular</p> <p>[230419] Curación de la herida</p>	<p>Inicial:3                      Diana: 5                      Tiempo: 2 meses                      Final:4</p> <p>Inicial:3                      Diana: 5                      Tiempo: 2 meses                      Final:4</p>	<p>Escala 02</p> <p>1. Desviación grave del rango normal</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal</p>

<p><b>quirúrgica: convalecencia</b></p>	<p>[230429] Reanudación de las actividades normales</p> <p>[230437] Dehiscencia de la herida</p> <p>[230440] Náuseas</p> <p>[230415] Ingesta de alimentos</p>	<p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 4</p> <p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 2 meses Final: 4</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 Meses Final: 4</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 Meses Final: 4</p>	<p>4. Desviación leve del rango normal</p> <p>5. Sin desviación del rango normal</p>
---	---	---	--

<p><b>Planificación de Intervenciones</b></p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>[6550] Protección contra las infecciones</b></p>	<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>Verificar el nivel de riesgo                  Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con la adquisición y transmisión de agentes infecciosos.                  Monitorizar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.                  Monitorizar la vulnerabilidad a las infecciones (p. ej., menor capacidad de autocuidados, heridas abiertas, cirugía reciente).                  Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y los huéspedes inmunodeprimidos                  Mantener la asepsia para la persona de riesgo.                  Inspeccionar el estado de cualquier incisión o herida quirúrgica a intervalos regulares.                  Obtener muestras para cultivo, si es necesario.                  Fomentar un reposo, una ingesta nutricional y una ingesta de líquidos suficientes.                  Monitorizar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.                  Enseñar los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.                  Enseñar a evitar infecciones.                  Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.</p>
---	--	--

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
	<p>[192426] Identifica los factores de riesgo de infección</p>	<p>Inicial:3                      Diana: 5                      Tiempo: 1 mes                      Final: 5</p> <p>Inicial:3                      Diana: 5</p>	<p>Escala 13</p> <p>1. Nunca demostrado                      2. Raramente demostrado                      3. A veces demostrado                      4. Frecuentemente demostrado                      5. Siempre demostrado</p>

<p><b>Evaluación</b></p> <p><b>[1924] Control del riesgo: proceso infeccioso</b></p>	<p>[192401] Reconoce los factores personales de riesgo de infección</p> <p>[192402] Reconoce las consecuencias asociadas a la infección</p> <p>[192404] Identifica el riesgo de infección en las actividades cotidianas</p> <p>[192409] Monitoriza el entorno para detectar factores asociados al riesgo de infección</p>	<p>Tiempo: 1 mes Final: 5</p> <p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5</p> <p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5</p> <p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5</p>	
--	---	--	--

<b>2. Diagnóstico NANDA</b>	<b>[00405] Afrontamiento desadaptativo</b> Esfuerzos cognitivos y/o conductuales contraproducentes para manejar una situación estresante o desagradable.
-----------------------------	---

	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Planificación de Intervenciones</b>	<b>[5230] Mejora del afrontamiento</b>	<p>Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.</p> <p>Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.</p> <p>Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.</p> <p>Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.</p> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</p> <p>Proporcionar un ambiente de aceptación.</p> <p>Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.</p> <p>Explorar los éxitos anteriores del paciente.</p> <p>Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).</p>

<b>NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>PUNTUACION</b>	<b>ESCALA</b>
<b>[1302] Afrontamiento</b>	[130203] Manifiesta sensación de control	Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5	Escala 13  1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado

<b>Evaluación</b>	<p>[130225] Identifica estrategias de afrontamiento centradas en el problema</p>	<p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5</p>	5. Siempre demostrado
	<p>[130205] Manifiesta la aceptación de la situación</p>	<p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5</p>	
	<p>[130207] Modifica el estilo de vida para reducir el estrés</p>	<p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5</p>	

**3. Diagnóstico NANDA**

**[00278] Autogestión del linfedema ineficaz**  
 Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, las consecuencias y los cambios en el estilo de vida asociados al edema relacionado con la obstrucción o los trastornos de los vasos o ganglios linfáticos.

**NIC**

[6600] Manejo de la radioterapia

**ACTIVIDADES**

Favorecer actividades para modificar los factores de riesgo identificados.  
 Monitorizar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente.

**Planificación  
de Intervenciones**

**\*Único NIC  
que tiene\***

Evitar el uso de esparadrapos y demás sustancias irritantes para la piel.  
 Proporcionar cuidados especiales de la piel en los pliegues tisulares, que sean proclives a la infección (p. ej., nalgas, periné e inglés).  
 Comentar la necesidad de cuidados de la piel, como mantenimiento de marcas de tinta, evitar el jabón y otras pomadas, así como protección durante el bronceado o aplicación de calor.

	NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<p><b>Evaluación</b></p>	<p>[2117] Severidad del linfedema</p>	<p>[211701] Edema en la zona afectada</p> <p>[211709] Movilidad limitada</p> <p>[211708] Función física limitada</p>	<p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 2 meses Final: 5</p> <p>Inicial:4 Diana: 5 Tiempo: 2 meses Final: 5</p> <p>Inicial:4 Diana: 5 Tiempo: 2 meses Final: 5</p>	<p>Escala 14</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>

### 4.2.3. Usuaría FGA

#### *Factores condicionante básicos*

**Descriptivos de la persona:** usuaria de 44 años, vecina de San Sebastián, evangélica, con secundaria completa. Es oficial de policía, convive con su esposo, sin embargo, se mantienen separados desde hace algunos años, refiere adecuada relación con él y le ha apoyado en su proceso de enfermedad, tienen dos hijos de 22 y 20 años que viven con ellos.

**Patrón de vida:** refiere levantarse todos los días a las 5 am, en su casa todos trabajan por lo que colaboran alistándose la alimentación del día, momentáneamente se mantiene incapacitada, realiza labores en la casa, pero evita cualquier tipo de sobreesfuerzo por temor a tener una complicación de la cirugía, indica que ha estado con un cuadro de dolor muy importante que no cede a pesar del uso de medicamentos (acetaminofén e ibuprofeno), por lo que en ocasiones permanece acostada gran parte del día, sin lograr realizar ninguna actividad.

Posterior al procedimiento presentó retención urinaria que no se revirtió con reeducación vesical, por lo que se sospecha de alguna patología obstructiva, debió egresar con sonda Foley y ser referida a urología para estudiar la situación.

Indica que, de todo el proceso, la situación de egresar del hospital con la sonda ha sido completamente “desmoralizante” en palabras de la usuaria, ya que se siente “mal y extraña” utilizando el dispositivo, además siente que le ha quitado independencia en

muchas cosas y jamás se imaginaría saliendo a trabajar con eso. No ha salido de la casa prácticamente porque no siente comodidad de andar con esa sonda y la bolsa de orina.

Alrededor de una semana posterior al procedimiento, tuvo que consultar en urgencias por cuadro de dolor pélvico severo que cedió ante la aplicación de analgésicos intravenosos.

No refiere dificultades para la alimentación, realiza 3 tiempos de comida, indica adecuada hidratación como un hábito de costumbre en su caso, consume al menos 2 litros diarios.

Indica que duerme bien, que solamente en casos en los que el dolor es muy severo se le dificulta la conciliación.

### ***Estado general de salud y factores del sistema de cuidados de salud***

#### **Condiciones identificadas por el médico**

- APP: Hipertensión arterial en tratamiento con irbesartán + amlodipino y Hepatitis crónica en control con gastroenterología.
- Cervicopatías previas displasia severa hace 2 años no tratada.
- Alergias: niega
- AQX: salpingectomía bilateral hace 24 años
- Dx médico: Adenocarcinoma invasor endocérvix estadio IB1, grado I, no invasión linfovascular. Patrón de Silva B, VPH 16+
- Plan de intervención: Cirugía Histerectomía Radical + linfadenectomía pélvica bilateral + Salpingooforectomía bilateral.

- Operada 28/06/24 de Histerectomía total abdominal + salpingooforectomía + linfadenectomía pélvica bilateral. No invasión linfovascular. Presentó retención urinaria post cirugía y no se logra retiro de sonda Foley, por lo que se refiere a urología para estudiar si obedece a alguna condición obstructiva relacionada con el Cáncer.
- Biopsia: márgenes libres de lesión, ganglios pélvicos derechos 0/7 e izquierdos 0/3

### **Condiciones identificadas por la enfermera**

Manejo de la imagen corporal

Cuidados de la sonda Foley

Se envía referencia para control del dolor con médicos especialistas y a terapia física para manejo de la rehabilitación.

### **Exploración física y evaluación antropométrica**

Uso de sonda Foley de dos vías como dispositivo conectado a bolsa colectora (no utiliza bolsa de pie, orina se observa clara, no fétida).

Herida quirúrgica suprapúbica ya sin puntos de sutura, se observa adecuado proceso de cicatrización.

A la palpación en este momento sin dolor abdominal, a nivel pélvico indica dolor leve localizado, valoración 3/10, de tipo quemante.

- Peso: 60 kg
- Talla: 165 cm

- IMC: 23.8
- PA: 115/83 mm Hg
- FC 61x
- Sat O2: 95%
- FR: 16 x
- T: 36,3 C

*Valoración de las capacidades de la persona:* no se encontraron alteraciones cognitivas.

***Requisitos de autocuidado universal***

**Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:** sin alteración

**Mantenimiento de un aporte adecuado de agua:** sin alteración

**Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos:** Sin alteración

**Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y los excrementos:**

refiere defeca una vez al día, micción a través de la sonda como se reporta en el examen físico.

**Mantenimiento del equilibrio entre actividad/reposo:** refiere siempre ha sido muy activa, por su profesión continuamente mantenía entrenamiento en el gimnasio, además de realizar continuamente actividades al aire libre, en su labor se mantiene de pie.

**Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana:** indica adecuada red de apoyo familiar y de amigos, manteniendo contacto con todos estos de manera continua.

**Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:**

usuaria tradicionalmente con adecuado apego al régimen terapéutico, cumplimiento de controles preventivos, con adecuado conocimiento de su situación de salud actual.

***Requisitos de autocuidado de desarrollo:***

La usuaria ha logrado atender sus requerimientos en términos de autocuidado, ha sido capaz de lograr un manejo de los elementos técnicos de su estado de la salud y de la atención de su régimen terapéutico, sin embargo, en este momento presenta afectación de su imagen corporal y presencia de dolor que está deteriorando otras áreas de su vida.

***Requisitos de autocuidado de desviación de la salud***

La señora refiere que su mayor preocupación es "verse con la sonda", indicando que ha sido compleja la condición de egresar con ese dispositivo o dimensionar que podría quedarse con este para toda su vida.

En este momento es capaz de realizar todas sus actividades de autocuidado, es de su conocimiento los servicios a los que puede acceder en el Hospital Nacional de las Mujeres, ha seguido las indicaciones de las prescripciones para el manejo post operatorio.

Un asunto que también le genera gran preocupación es el tipo de trabajo que realiza y si con su cirugía actual va a poder seguir desempeñando las mismas funciones.

**Tabla 9. Aplicación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) FGA**

	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Casi Siempre	4 Siempre	Puntaje inicial	Puntaje Final
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud			x		3	4
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas			x		3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.			x		3	3
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.			x		3	3
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud			x		3	4
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.		x			2	2
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.			x		3	4
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.		x			2	2
9. Para mantener el peso que me corresponde hago					3	3

cambios en mis hábitos alimenticios			X			
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser			X		3	3
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo			X		3	2
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre			X		3	3
13. Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado		X			2	3
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.			X		3	4
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.			X		3	4
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud			X		3	4
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios			X		3	3
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi			X		3	4

familia y yo no corramos peligro						
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud			X		3	3
20. Debido a mis preocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme		X			2	2
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.			X		3	4
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.			X		3	3
23. Puedo sacar tiempo para mí			X		3	3
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.			X		3	3

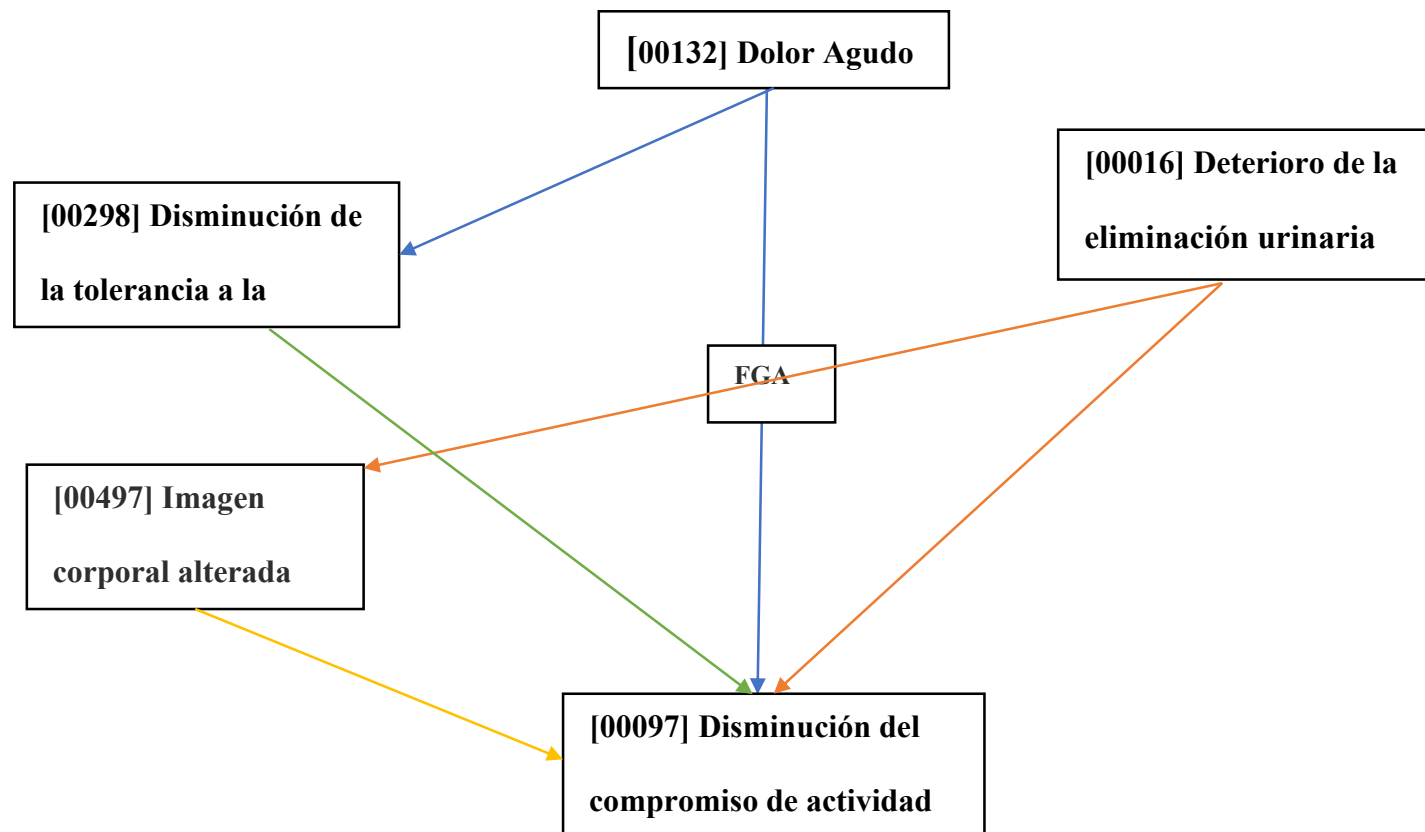
Validado en Costa Rica por MSC Viriam Leiva

**Tabla 10. Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA FGA**

<b>Respuesta Humana</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica NANDA</b>	<b>Definición</b>	<b>Características Definitorias (CD), Factores Relacionados (FRE), Factores de Riesgos (FRI), Condiciones Asociadas (CA) o Población en Riesgo (PR)</b>
<b>Patrón 3: Eliminación</b>			
<b>Retención urinaria</b>	<b>[00016] Deterioro de la eliminación urinaria</b>	Incapacidad para excretar eficazmente los líquidos y desechos almacenados en la vejiga a través de la uretra.	Retención urinaria (CD) Obstrucción del tracto urinario (CA)
<b>Patrón 4: Actividad-ejercicio</b>			
<b>Presencia de dolor severo que limita su actividad</b>	<b>[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad</b>	Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.	Temor al dolor (FR) Dolor (FR) Neoplasias (CA)
<b>Actividades alteradas por presencia de dolor y la afectación de salir con la sonda (bolsa de orina)</b>	<b>[00097] Disminución del compromiso de actividad recreativa</b>	Disminución de la estimulación, interés o participación en actividades recreativas o de esparcimiento.	(CD) (CD) Alteración del estado anímico Inconforme con la situación
<b>Patrón: 6 Cognitivo-perceptivo</b>			

<p><b>Métodos aplicados hasta el momento han sido inefectivos</b> <b>Limita las AVD</b></p>	<p><b>[00132] Dolor agudo</b></p>	<p>Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o parecida a la asociada a un daño tisular real o potencial, con una duración inferior a 3 meses.</p>	<p>Informe verbal de dolor (CD)  Informe indirecto sobre cambios de actividad (CD)</p>
<p><b>Patrón: 7 Auto percepción-autoconcepto</b></p>			
<p><b>Difícil adaptación al verse con la sonda colocada y la bolsa colectora</b></p>	<p><b>[00497] Imagen corporal alterada</b></p>	<p>Imagen mental negativa del yo físico.</p>	<p>Disminución de la interacción social (CD) Preocupación por la sexualidad (CD) Preocupación por el cambio (CD) Conciencia corporal negativa (FR) Sobrevivientes de cáncer (PR) Procedimientos quirúrgicos (CA)</p>

*Figura 3. Red de razonamiento lógico FGA*



*Tabla 11. Relaciones de etiquetas diagnósticas FGA*

<b>Etiqueta diagnóstica</b>	<b>Relaciones que salen</b>	<b>Relaciones que entran</b>	<b>Total de relaciones</b>
[00016] Deterioro de la eliminación urinaria	1	0	<u>1</u>
[00497] Imagen corporal alterada			
[00132] Dolor agudo	2	0	2
[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad	1	1	<u>2</u>
[00097] Disminución del compromiso de actividad recreativa	3	1	<u>4</u>

**Tabla 12. Proceso de enfermería: diagnósticos. FGA**

<b>1. Diagnóstico NANDA</b>	<b>[00097] Disminución del compromiso de actividad recreativa</b>	Disminución de la estimulación, interés o participación en actividades recreativas o de esparcimiento.		
<b>Planificación de Intervenciones</b>	<b>[0180] Manejo de la energía</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	
			<p>Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.                  Corregir los déficits del estado fisiológico                  Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.                  Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y la automonitorización/regulación de la actividad.                  Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.                  Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.                  Recomendar la actividad física</p>	
	<b>[4390] Terapia con el entorno</b>		<p>Identificar los factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente.                  Controlar los factores ambientales para maximizar el comportamiento adaptativo y minimizar el comportamiento inadaptado.                  Reconocer y reforzar nuevos comportamientos adaptables.                  Apoyar las actividades grupales formales e informales para fomentar el compartir.</p>	
<b>Evaluación</b>	[1604] Participación en actividades de ocio	<b>NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>PUNTUACION</b>
				Escala 13 1. Nunca demostrado

	<p>[160411] Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico.</p> <p>[160414] Participa en actividades sociales con otras personas</p> <p>[160407] Identifica opciones recreativa</p>	<p>Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 4</p> <p>Inicial:1 Diana: 3 Tiempo: 4 semanas Final: 3</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 5</p>	<p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>
--	--	--	--

<b>2. Diagnóstico NANDA</b>	<b>[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad</b> Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.
<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>[0180] Manejo de la energía</b>	<p>Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.  Corregir los déficits del estado fisiológico  Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.  Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y la automonitorización/regulación de la actividad.  Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.  Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.  Recomendar la actividad física</p>
<b>Planificación de Intervenciones</b>	<p>Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.  Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda.  Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.  Ayudar al paciente a explorar el significado personal de la actividad habitual (p. ej., trabajo) y/o actividades recreativas favoritas.  Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas.  Ayudarle a programar períodos específicos de actividades en la rutina diaria.  Identificar estrategias para fomentar la participación del paciente en actividades deseadas.  Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud</p>
<b>[4310] Terapia de actividad</b>	

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<b>Evaluación</b> [0002] Conservación de la energía	[000209] Organiza actividades para conservar la energía	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 4	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
	[000201] Equilibra la actividad y el descanso	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 4	
	[000205] Adapta el estilo de vida al nivel de energía	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 5	
	[000205] Adapta el estilo de vida al nivel de energía	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 4 semanas Final: 5	



<p><b>Evaluación</b></p> <p><b>[1605] Control del dolor</b></p>	<p>[160802] Monitoriza la persistencia de los síntomas</p> <p>[160816] Monitoriza el funcionamiento físico</p> <p>[160817] Monitoriza el funcionamiento psicológico</p> <p>[160807] Utiliza medidas para aliviar los síntomas</p> <p>[160518] Establece objetivos de alivio del dolor con el profesional sanitario</p> <p>[160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas</p> <p>[160505] Utiliza el analgésico recomendado</p>	<p>Tiempo: 2 meses Final 5</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final 5</p> <p>Inicial:1 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final 4</p> <p>Inicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final 4</p> <p>Inicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final 5</p> <p>Inicial: Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final 3</p> <p>Inicial:1</p>	<p>Escala 13</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>
---	---	--	---

	[160521] Monitoriza los efectos terapéuticos de los analgésicos	Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final 4	
--	---	--	--

<b>4. Diagnóstico</b>	<b>[00497] Imagen corporal alterada</b>
<b>NANDA</b>	Imagen mental negativa del yo físico.

	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Planificación de Intervenciones</b>	[5220] Mejora de la imagen corporal	<p>Determinar las expectativas de imagen corporal</p> <p>Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea una parálisis social disfuncional</p> <p>Ayudar a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.</p> <p>Ayudar a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.</p> <p>Comentar la influencia de las cogniciones</p> <p>Determinar las percepciones que tienen la persona y la familia de la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.</p> <p>Comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.</p> <p>Enseñar a monitorizar y reestructurar los pensamientos</p> <p>Identificar las barreras para realizar una conducta específica y planificar formas de superarlas.</p> <p>Proporcionar información sobre recursos de ayuda alternativos</p> <p>Ayudar a identificar acciones que mejoren su aspecto.</p>

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<p data-bbox="478 607 695 675">[1200] Imagen corporal</p> <p data-bbox="296 727 422 751"><b>Evaluación</b></p>	<p data-bbox="789 574 1113 662">[120013] Adaptación a cambios corporales por lesión</p> <p data-bbox="789 760 1100 878">[120026] Habla con los demás de sus preocupaciones sobre la función corporal</p>	<p data-bbox="1232 574 1415 693">Inicial: 1 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 3</p>	<p data-bbox="1568 483 1671 508">Escala 11</p> <ol data-bbox="1568 545 1860 693" style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca positivo</li> <li>2. Raramente positivo</li> <li>3. A veces positivo</li> <li>4. Frecuentemente positivo</li> <li>5. Siempre positivo</li> </ol>

<b>5. Diagnóstico NANDA</b>	<b>[00016] Deterioro de la eliminación urinaria</b> Incapacidad para excretar eficazmente los líquidos y desechos almacenados en la vejiga a través de la uretra.
<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>[0620] Cuidados de la retención urinaria</b>	Vigilar el uso de un catéter uretral permanente, según sea necesario. Determinar la necesidad del uso de un catéter permanente, ya que las complicaciones aumentan cuanto más tiempo esté colocado. Prestar atención a las complicaciones del cateterismo (p. ej., infección, obstrucción, efectos psicológicos). Remitir al especialista en continencia urinaria, según corresponda.
<b>[1876] Cuidados del drenaje: urinario</b>	Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones. Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. Utilizar bolsas o sistemas de medición de la orina con dispositivos de vaciado situados en el fondo del dispositivo. Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario. Cambiar el aparato de drenaje urinario con regularidad, según lo indique el protocolo. Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados. <b>Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter.</b>
<b>Planificación de Intervenciones</b>	Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con la adquisición y transmisión de agentes infecciosos. Monitorizar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Monitorizar la vulnerabilidad a las infecciones (p. ej., menor capacidad de autocuidados, heridas abiertas, cirugía reciente). Fomentar un reposo, una ingesta nutricional y una ingesta de líquidos suficientes. Enseñar los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<b>Evaluación</b> <b>[1608] Control de síntomas</b>	[160816] Monitoriza el funcionamiento físico	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final:4	<b>Escala 13</b>  1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
	[160817] Monitoriza el funcionamiento psicológico	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 3	
	[160807] Utiliza medidas para aliviar los síntomas	Inicial:1 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 4	

#### 4.2.4. Usuaría RFS

##### *Factores condicionantes básicos*

**Descriptivos de la persona:** usuaria de 62 años, vecina de Aserrí, ama de casa, viuda, cuenta con primaria incompleta, vive con un hijo de 26 años.

Posee casa propia y pensión de aproximadamente 150 mil colones, heredada de su esposo. La casa tiene las necesidades básicas, en este momento con algún deterioro en techos y pinturas, pero indica que el dinero no le alcanza para las reparaciones. Su hijo con secundaria incompleta trabajaba en una carnicería, sin embargo, fue despedido hace dos meses.

**Patrón de vida:** previo al diagnóstico ella trabajaba de manera ocasional en una soda cercana a la casa donde la llamaban por días para realizar labores en la cocina. Debido a la situación actual estos días posteriores a la cirugía, se mantiene en la casa, se levanta a las siete-ocho de la mañana. Realiza aproximadamente de cuatro a cinco comidas diarias, comenta que es consciente que no lleva a cabo un adecuado horario de alimentación acorde con sus padecimientos, no tiene alergias a medicamentos.

Consume de uno a tres litros de agua al día, micciona alrededor de nueve-siete ocasiones sin dificultad, indica un patrón de una-dos deposiciones diarias sin presentar inconvenientes

Nunca ha realizado ningún tipo de ejercicio, la actividad física que documenta se relaciona con el trabajo ocasional como cocinera en una soda. Refiere que no siente motivación para realizar ejercicio físico.

Indica malestar en sus rodillas al caminar, pero realiza todas las actividades por sí misma.

Con respecto al sueño, comenta que presenta una interrupción importante durante la noche, a pesar de mantenerse en la cama alrededor de nueve horas, considera que es debido a que padece de ansiedad y presenta preocupación constante por su situación de salud y económica que le hace sobrepensar con frecuencia. Considera que su estrés por la condición actual se refleja en ansiedad por estar comiendo continuamente. Indica que previo al procedimiento fumaba, tiene ya 6 meses sin consumo, pero los deseos de retomarlo son muchos.

Refiere adecuado manejo del dolor y es capaz de desarrollar todas las actividades de autocuidado por sus propios medios.

### ***Estado general de salud y factores del sistema de cuidados de salud***

#### **Condiciones identificadas por el médico**

- APP: Diabetes Mellitus tratamiento con Insulina NPH 40-00-30U, Hipertensión arterial tratamiento con irbesartán + atenolol, Asma controlada, Fibromialgia, Osteopenia, Vértigo, Dislipidemia tratamiento con rosuvastatina, Trastorno de ansiedad tratamiento venlafaxina.
- Alergias: penicilina
- AQX: antecedente de Cáncer de Mama en el 2009, recibió cirugía, quimioterapia y radioterapia.

- Diagnóstico médico: Carcinoma epidermoide microinvasor, FIGO IA1. No invasión linfovascular. VPH 16-18 negativos, 58 positivo.
- Plan de intervención: operada de histerectomía + salpingooforectomía bilatera el 12/05/24
- Biopsia post cirugía: Carcinoma invasor moderadamente diferenciado, lesión intraepitelial escamosa de alto grado NIC III. No invasión linfovascular. Márgenes libres de lesión.
- Valorada en sesión médica con resultado de TAC, no presenta enfermedad metastásica toracoabdominal, deciden observación, control en consulta externa de ginecología.

### **Condiciones identificadas por la enfermera**

Cuadro de obesidad importante (referencia a nutrición)

Nula práctica de ejercicio físico (referencia a terapia física)

Condición económica limitante

Red de apoyo disminuida (referencia a trabajo social)

Referencia al EBAIS por situación bucodental

Educación en el manejo de la infección de sitio quirúrgico, referir al área de curaciones para el control de este.

Referencia a salud mental por su situación emocional, control de estado de ansiedad.

**Exploración física y evaluación antropométrica**

- PA: 145/86 mm hg
- FC:95X
- Sat O2: 96%
- T: 36,9 C
- Peso: 95 kg
- Glicemia por mm: 250 mg/dl
- Talla: 156 cm
- IMC: 38,27

Como hallazgos a la valoración física usuaria con pérdida importante de piezas dentales, sin prótesis colocada.

Presenta un panículo adiposo muy importante que cubre por completo la herida quirúrgica suprapúbica, presenta calor local, edema y eritema, no salida de secreción purulenta en este momento, pero de manera importante se observa humedad sobre el área, refiere ya inició antibioticoterapia con cefalexina que le indicaron en el área de emergencias ante infección del sitio quirúrgico, cultivo positivo por *Staphylococcus lugdunensis*.

***Valoración de las capacidades de la persona:*** se observa que la usuaria comprende y cumple indicaciones, responde adecuadamente a lo que se le pregunta.

Sabe leer y escribir. Se considera relevante adaptar la mayor cantidad posible de aprendizajes o mensajes que se desean comunicar a la escolaridad de la usuaria y la capacidad de comprensión de las situaciones expuestas.

***Requisitos de autocuidado universal***

**Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:** no presenta alteración.

**Mantenimiento de un aporte adecuado de agua:** no presenta alteración.

**Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos:** obesidad relevante que debe ser abordada, inicialmente en la consulta y con referencia al servicio de nutrición. Glicemia descompensada, alimentación mayormente centrada en el consumo de carbohidratos.

**Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y los excrementos:** no se reportan alteraciones.

**Mantenimiento del equilibrio entre actividad/reposo:** usuaria con pobre ejercicio y actividad física durante el día, reporta que se le indicó de manera clara que debía deambular de manera frecuente en el post operatorio, sin embargo, al inicio presentó dolor por lo que se mantuvo mayormente sentada o acostada.

**Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana:** indica que su mayor relación la mantiene con su hijo y una vecina, tiene pocos amigos y toda su familia vive fuera de San José.

**Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:**

con poca capacidad de respuesta a las demandas de salud que se le han presentado a través del tiempo, refiere que sus controles de salud eran infrecuentes y sus visitas al médico tampoco se realizaban con frecuencia.

***Requisitos de autocuidado de desarrollo***

Usuaría con afectación económica, red de apoyo limitada, poco desarrollo de herramientas para afrontar las demandas de cuidado de la salud, a pesar de que físicamente puede ejecutarlas, afectando esto de manera general todas las esferas de su vida.

***Requisitos de autocuidado de desviación de la salud***

Mostró deficiente capacidad para responder a sus necesidades de salud, poco control de su enfermedad crónica, incumplimiento de las recomendaciones postoperatorias. A su vez se observa poca consciencia de la afectación que ha tenido en su salud la adopción de estilos de vida no saludables.

Con condiciones familiares que no favorecen el acompañamiento en términos de salud, la usuaria indica que su hijo le acompaña algunas citas, pero que ha tenido pocas intervenciones en su proceso.

La consulta es un gran recurso para poder iniciar un seguimiento en pro de la optimización de los estadios de salud de la usuaria e instaurar un seguimiento continuo. Definitivamente debe recibir una atención individualizada y en la que se tenga la seguridad de estar transmitiendo los mensajes correctos.

**Tabla 13. Aplicación de la Escala de Apreciación de agencia de autocuidado RFS**

	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Casi Siempre	4 Siempre	Puntaje inicial	Puntaje Final
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud		X			2	3
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas	X				1	3
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.			X		3	3
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.			X		3	3
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	X				1	3
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	X				1	3
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	X				1	4
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.		X			2	2
9. Para mantener el peso que me corresponde hago	X				1	3

cambios en mis hábitos alimenticios						
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	X				1	2
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo				X	4	2
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre		X			2	2
13. Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado		X			2	3
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.			X		3	3
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.			X		3	3
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud	X				1	3
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios	X				1	3
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi		X			2	2

familia y yo no corramos peligro						
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud	X				1	3
20. Debido a mis preocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	X				1	2
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	X				1	4
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.		X			2	3
23. Puedo sacar tiempo para mí		X			2	3
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.		X			2	3

Validado en Costa Rica por MSC Viriam Leiva

**Tabla 14. Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA RFS**

Respuesta Humana	Etiqueta Diagnóstica NANDA	Definición	Características Definitorias (CD), Factores Relacionados (FRE), Factores de Riesgos (FRI), Condiciones Asociadas (CA) o Población en Riesgo (PR)
<b>Patrón 1: Percepción-manejo de la salud</b>			
Usaria con obesidad importante, diabetes descompensada, infección de sitio quirúrgico.	[00276] Autogestión de la salud ineficaz	Manejo insatisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica.	<p>Fracaso para emprender acciones para reducir los factores de riesgo (CD)</p> <p>Falta de atención a los signos y síntomas de la enfermedad (CD)</p> <p>Demandas competitivas (FR)</p> <p>Dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo (FR)</p> <p>Barreras percibidas hacia el régimen terapéutico (FR)</p> <p>Personas con un bajo nivel educativo (PR)</p> <p>Personas con precariedad económica (PR)</p>
<b>Patrón 2: Nutricional-metabólico</b>			
Pocas estrategias de manejo para el control de la Obesidad	[00398] Autogestión del sobrepeso ineficaz	Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a la	<p>Índice de masa corporal &gt; 25 kg/m (CD)</p> <p>Dificultad para mantener la actividad física habitual (CD)</p>

acumulación de grasa excesiva para la edad y el sexo.

Aumento de la glucosa plasmática en ayunas (CD)  
Atracones (CD)

Acceso inadecuado a información precisa sobre la gestión del peso (FR)

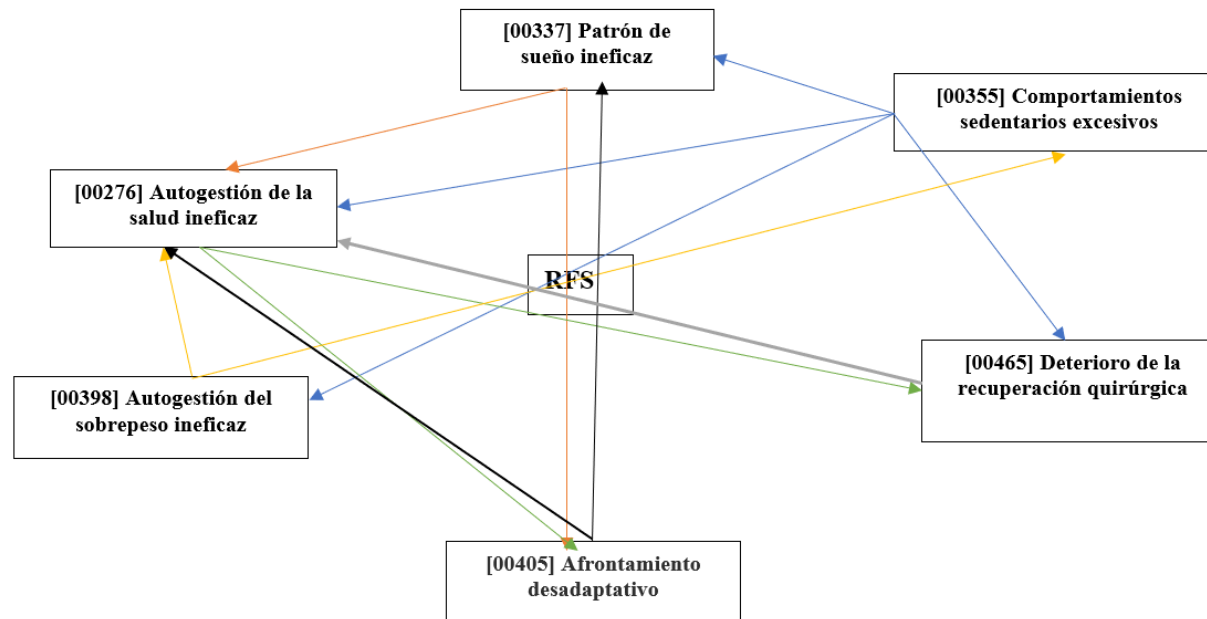
Conocimiento inadecuado por parte del cuidador(a) de las estrategias de control del peso (FR)

Compromiso inadecuado con el nivel de actividad física recomendado. (FR)

<b>Patrón 4: Actividad-ejercicio</b>			
<p><b>Niega actividad física, refiere le falta motivación</b></p>	<p>[00355] Comportamientos sedentarios excesivos</p>	<p>Patrón de actividad insatisfactorio durante las horas de vigilia que tiene un gasto energético bajo.</p>	<p>Prefiere poca actividad física (CD)  Conocimiento inadecuado de los beneficios asociados a la actividad física (CD)  Conocimiento inadecuado de los beneficios asociados a la actividad física (FR)</p>

<p><b>Infección de sitio quirúrgico</b></p>	<p>[00465] Deterioro de la recuperación quirúrgica</p>	<p>Alteraciones fisiológicas o psicológicas perioperatorias que prolongan el periodo de recuperación para alcanzar y/o mejorar el estado de salud funcional preoperatorio.</p>	<p>Actitud negativa hacia la actividad física (FR)</p>
<p><b>Patrón 5: Sueño/ Reposo</b></p>			
<p><b>Sobrepensa sobre su situación económica y de salud</b></p>	<p>[00337] Patrón de sueño ineficaz</p>	<p>Dificultad para experimentar la suspensión natural y periódica de la conciencia relativa, lo que perjudica el funcionamiento.</p>	<p>Insomnio (CD) Fatiga (CD) Conocimiento inadecuado de la importancia de las conductas de higiene del sueño (FR) Adultos mayores (PR)</p>

Figura4. Red de razonamiento lógico RFS



*Tabla 15. Relaciones de etiquetas diagnósticas RFS*

<b>Etiqueta diagnóstica</b>	<b>Relaciones que salen</b>	<b>Relaciones que entran</b>	<b>Total de relaciones</b>
[00276] Autogestión de la salud ineficaz	5	2	<u>7</u>
[00398] Autogestión del sobrepeso ineficaz	2	1	3
[00355] Comportamientos sedentarios excesivos	4	1	<u>5</u>
[00465] Deterioro de la recuperación quirúrgica	1	2	3
[00337] Patrón de sueño ineficaz	2	2	<u>4</u>
[00405] Afrontamiento desadaptativo	2	2	<u>4</u>

**Tabla 16. Proceso de enfermería: diagnósticos. RFS**

<b>1. Diagnóstico NANDA</b>	<b>[00276] Autogestión de la salud ineficaz</b>	Definición: Manejo insatisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica.
<b>Planificación de Intervenciones</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
	[5510] Educación para la salud	<p>Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa. Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida. Utilizar la mejor información disponible (p. ej., investigación de alta calidad), comprensible, adaptada a las necesidades lingüísticas y culturales, utilizando técnicas de asesoramiento instruir sobre el manejo de la medicación Proporcionar conocimientos relacionados con las recaídas Implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares</p>
	[5520] Facilitación del aprendizaje	<p>Proporcionar un entorno propicio para el aprendizaje y libre de distracciones. utilizar un lenguaje sencillo, palabras y frases cortas, y evitar la jerga médica. Repetir la información importante. Proporcionar oportunidades para practicar, según proceda. Proporcionar retroalimentación frecuente sobre el progreso del aprendizaje. Dar tiempo para plantear preguntas e inquietudes.</p>

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<b>Evaluación</b>  [1803] Conocimiento: manejo de la enfermedad	[180302] Características de la enfermedad específica	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo 4 semanas. Final:	Escala 20 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso
	[180305] Efectos fisiológicos de la enfermedad	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo 4 semanas. Final:	
	[180313] Efectos psicosociales de la enfermedad sobre el paciente	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo 4 semanas. Final:	
	[180307] Evolución habitual del proceso de la enfermedad	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo 4 semanas. Final:	
	[180318] Opciones de tratamiento	Inicial:2 Diana: 4 Tiempo 4 semanas. Final:	
	[180320] Medicación disponible para el manejo de la enfermedad	Inicial:2	

	<p>[180322] Estrategias para manejar los signos y síntomas</p> <p>[180316] Disponibilidad de grupos de apoyo</p>	<p>Diana: 4 Tiempo 4 semanas. Final:</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo 4 semanas. Final:</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo 4 semanas. Final:</p>	
--	--	--	--

**2. Diagnóstico NANDA**                      **[00337] Patrón de sueño ineficaz**  
 Definición: Dificultad para experimentar la suspensión natural y periódica de la conciencia relativa, lo que perjudica el funcionamiento.

	NIC	ACTIVIDADES		
<b>Planificación de Intervenciones</b>	[1850] Mejora del sueño	Determinar el patrón de sueño y actividad. Monitorizar el patrón de sueño y observar las circunstancias físicas (vías aéreas obstruidas, dolor o molestias) y psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales a la hora de irse a la cama Indicar que se limite el uso de dispositivos electrónicos ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. Considerar combinaciones de dispositivos, medidas de confort y mejoras no farmacológicas para mejorar el sueño. Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño. Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor(es) de la fase REM (p. ej., melatonina) Comentar técnicas para favorecer el sueño.		
<b>Evaluación</b>	NOC  [0003] Descanso	<b>INDICADOR</b>  [000303] Calidad del descanso  [000304] Descansado físicamente	<b>PUNTUACION</b>  Inicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 3  Inicial:3 Diana: 4	<b>ESCALA</b>  Escala 01 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido

	<p>[000305] Descansado mentalmente</p> <p>[000309] Recuperación de la energía tras el descanso</p>	<p>Tiempo: 2 meses Final: 3</p> <p>Inicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 3</p> <p>Inicial:3 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 3</p>	<p>4. Levemente comprometido 5. No comprometido</p>
--	--	---	---

---

<b>3. Diagnóstico NANDA</b>	<b>[00405] Afrontamiento desadaptativo</b> Esfuerzos cognitivos y/o conductuales contraproducentes para manejar una situación estresante o desagradable.
-----------------------------	---

**NIC**

**ACTIVIDADES**

**Planificación de Intervenciones**

**[5230] Mejora del afrontamiento**

- . Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- . Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- . Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- . Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- . Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- . Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- . Proporcionar un ambiente de aceptación.

Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.  
 Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.

Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.

Explorar los éxitos anteriores del paciente.

Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<p style="text-align: center;"><b>[1302]</b> <b>Afrontamiento</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Evaluación</b></p>	<p style="text-align: center;">[130203] Manifiesta sensación de control</p>	<p style="text-align: center;">Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 4</p>	<p style="text-align: center;">Escaa 13</p> <p style="text-align: center;">1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>
	<p style="text-align: center;">[130225] Identifica estrategias de afrontamiento centradas en el problema</p>	<p style="text-align: center;">Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 3</p>	
	<p style="text-align: center;">[130205] Manifiesta la aceptación de la situación</p>	<p style="text-align: center;">Inicial:2 Diana: 4 Tiempo: 2 meses Final: 4</p>	
		<p style="text-align: center;">Inicial:3 Diana: 4</p>	

	[130207] Modifica el estilo de vida para reducir el estrés	Tiempo: 2 meses Final: 4	
--	--	-----------------------------	--

**4. Diagnóstico NANDA**

**[00465] Deterioro de la recuperación quirúrgica**

**Definición:** Alteraciones fisiológicas o psicológicas perioperatorias que prolongan el periodo de recuperación para alcanzar y/o mejorar el estado de salud funcional preoperatorio.

**NIC**

**ACTIVIDADES**

[3440] Cuidados del sitio de incisión

Utilizar higiene de manos y técnica aséptica  
 Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia, evisceración o drenaje.  
 Monitorizar el proceso de curación y los signos y síntomas de infección en el sitio de la incisión.  
 Mantener la posición del tubo de drenaje, según esté indicado.  
 Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.  
 Facilitar que la persona vea la incisión.  
 Enseñar a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.

**Planificación de Intervenciones**

<b>NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>PUNTUACION</b>	<b>ESCALA</b>
[2304] Recuperación quirúrgica: convalecencia	[230417] Integridad tisular	Inicial:3 Diana: 5	Escala 2 1. Desviación grave del rango normal

Evaluación	<p>[230419] Curación de la herida</p> <p>[230429] Reanudación de las actividades normales</p> <p>[230437] Dehiscencia de la herida</p>	<p>Tiempo: 2 meses Final: 5</p> <p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 2 meses Final: 5</p> <p>Inicial:2 Diana: 4 Tiempo:2 meses Final: 4</p> <p>Inicial:3 Diana: 5 Tiempo: 2 meses Final: 5</p>	<p>2. Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal</p> <p>4. Desviación leve del rango normal</p> <p>5. Sin desviación del rango normal</p>
------------	--	---	--

<b>5. Diagnóstico NANDA</b>	<b>[00398] Autogestión del sobrepeso ineficaz</b>	Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a la acumulación de grasa excesiva para la edad y el sexo.
<b>Planificación de Intervenciones</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
	[1100] Manejo de la nutrición	<p>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.</p> <p>Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias</p> <p>Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.</p> <p>Ayudar al paciente a acceder a programas nutricionales específicos</p> <p>Derivar al paciente a los servicios necesarios.</p>
	[0200] Favorecimiento del ejercicio	<p>Evaluar las creencias y deseos de salud sobre el ejercicio físico.</p> <p>Investigar experiencias anteriores.</p> <p>Explorar los obstáculos para el ejercicio.</p> <p>Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.</p> <p>Ayudar a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.</p> <p>Ayudar a integrar el programa de ejercicios en la rutina semanal.</p> <p>Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad de este.</p> <p>Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</p>

NOC	INDICADOR	PUNTUACION	ESCALA
<p data-bbox="478 516 758 602">[1632] Conducta de adherencia: actividad prescrita</p> <p data-bbox="291 695 422 719"><b>Evaluación</b></p> <p data-bbox="478 1094 758 1180">[1841] Conocimiento: manejo del peso</p>	<p data-bbox="800 516 1100 602">[163202] Identifica los beneficios esperados de la actividad física</p>	<p data-bbox="1220 516 1381 630">Inicial:2 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5</p>	<p data-bbox="1556 456 1885 630">Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>
	<p data-bbox="800 638 1100 751">[163203] Identifica las barreras para implementar la actividad física prescrita</p>	<p data-bbox="1220 699 1381 813">Inicial:2 Diana: 5 Tiempo: 1 mes Final: 5</p>	
	<p data-bbox="800 824 1100 906">[163220] Integra la actividad prescrita en la rutina diaria</p>	<p data-bbox="1220 854 1402 967">Inicial:1 Diana: 3 Tiempo: 2 meses Final: 3</p>	
	<p data-bbox="800 1036 1100 1092">[184105] Relación entre dieta, ejercicio y peso</p>	<p data-bbox="1220 1065 1381 1179">Inicial:1 Diana: 3 Tiempo: 1 mes Final: 4</p>	<p data-bbox="1556 911 1850 1089">Escala 20 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso</p>
	<p data-bbox="800 1190 1100 1271">[184106] Riesgos para la salud relacionados con el sobrepeso</p>	<p data-bbox="1220 1190 1381 1336">Inicial:1  Diana: 3 Tiempo: 1 mes Final: 4</p>	
	<p data-bbox="800 1344 1100 1393">[184109] Prácticas nutricionales saludables</p>		

		Inicial: 1 Diana: 3 Tiempo: 1 mes Final: 4	
--	--	---	--

#### **4.2.5. Discusión del conglomerado de casos presentados**

El diagnóstico de cáncer de mama tiene un gran impacto emocional, psicológico y social en las mujeres. Todas las dimensiones de la vida se ven afectadas y surgen temores relacionados con el pronóstico y la supervivencia. Los cuidados de enfermería centrados en la persona buscan contribuir a la consecución de sus propios objetivos de salud, para ello Dorothea Orem propone que todas las personas son capaces de aprender y propiciar autocuidado, con la guía de los profesionales de enfermería que aplican sistemas de compensación acorde con los déficits encontrados (Mendes y Pedro, 2020).

A través de los años, en la consulta de enfermería de la paciente oncológica del Hospital Nacional de las Mujeres, el abordaje ha estado orientado como un recurso primordial, que valora, identifica, guía, enseña y refiere a otros profesionales, de forma tal que la mujer con cáncer pueda sentirse acompañada en el proceso y se aborden sus necesidades tanto físicas como psicológicas, al respecto doña MCH en su cuarta cita refirió “estoy muy agradecida con sus consejos porque hicieron que el proceso haya sido más fácil de llevar”.

JSC “muchas gracias por todo el apoyo y su guía, de verdad que uno no se siente solo, sabe que puede contar con alguien por cualquier duda”, comentó al finalizar las consultas.

Para Mendes y Pedro (2020), desde el primer contacto con los usuarios con cáncer se debe brindar la información y soporte más adecuado para preparar a la persona por lo que probablemente sucederá. Este conocimiento previo le permite activar sus componentes

internos de autocuidado para afrontar la situación y le da la sensación de tener el control, predisponiendo al individuo emocional y psicológicamente a participar en el proceso de aprendizaje.

RFS en la primera consulta refirió “qué bueno que el hospital tiene esto, porque uno siempre tiene muchas dudas y no sabe a dónde ir a preguntar”.

Aunado a lo anterior, para Schneider et al (2015), la percepción de ayuda y apoyo en los diferentes estadios tiene un impacto positivo durante el proceso de cáncer, promueve la disminución del estrés, mejora la calidad de vida y previene riesgos mayores.

En todos los casos presentados se logró a través de la consulta establecer una relación terapéutica en la que la enfermera fungió como un recurso valioso para gestionar las necesidades de autocuidado que presentaba la persona, con una capacidad relevante de establecer planes especializados para cada caso y obteniendo la satisfacción de las señoras.

Orem indica, que las personas tienen la responsabilidad de llevar a cabo acciones para mantener su salud y bienestar. Para ella, cuidar de sí mismo inicia con la toma de conciencia, debe existir el deseo de estar bien y de continuar con el plan. Las personas con mayor conocimiento y habilidades de autocuidado tienden a tomar decisiones más informadas sobre su salud (Campos et al, 2025).

Las pacientes atendidas eran ambulatorias, lo que indica que no se encontraban hospitalizadas en ese momento, todas presentaban capacidades de ejecutar el mayor porcentaje de actividades de autocuidado por sus propios medios, la primera usuaria aunque presentaba un cuadro metastásico mantenía la autonomía en su cuidado, por su parte RFS

aunque tenía la capacidad para realizar medidas de autocuidado orientadas a la prevención, por falta de motivación no las ponía en práctica, comentó “ es que nunca me ha gustado hacer ejercicios y menos caminar y con los horarios en la soda, me cuesta ir a sacar citas, para ambas y las demás señoras por sus capacidades el sistema de compensación se centró en el apoyo educativo. Naranjo et al (2017), indican que para Dorothea Orem la enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.

Para aplicar el modelo de Dorothea Orem deben tenerse presente las siguientes pautas: 1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado. 2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente. 3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería. 4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud. 5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente (Prado et al, 2014).

Precisamente los programas educativos buscan empoderar a las personas y sus familias no solo para agenciar el autocuidado desde elementos meramente técnicos, sino que también los prepara para la capacidad de generar decisiones que sean beneficiosos para su situación de salud y les confiere conocimiento que les permiten identificar cuándo

reportar oportunamente situaciones de alarma. En el caso de RFS para su mejor comprensión y esperando lograr obtener mejoras en su estilo de vida, en cada consulta se repasaban las intervenciones brindadas de manera sencilla y que estuvieran a su alcance, además se recalca la importancia de ponerlas en práctica para mejorar su salud.

Como ya se denotó, la enfermedad oncológica desencadena una cantidad considerable de “déficit” cuyos efectos no son aislados, sino que en conjunto propician un detrimento en un mayor número de funciones tanto fisiológicas como psicológicas, sus efectos son tan importante que aún usuarias con herramientas efectivas de afrontamiento y resilientes en su proceso pueden enfrentar períodos poco adaptativos ante el nivel de cuidados que implica esta patología, una muestra de lo anotado es JSC, posterior a recibir el esquema completo de quimioterapia y que le dieran la noticia que no se logró obtener el resultado esperado por lo que el plan de cirugía cambió a una mastectomía radical con el resultado de biopsia, donde se le comunica que salió positiva en el margen profundo y en piel y que ambas no son resecables, en la tercer consulta comentó “siento que he sido muy positiva en todo lo que he pasado del proceso, he seguido todas las indicaciones que me han dado los médicos y aquí y el que le den estas noticias no es lo que uno espera, es difícil de aceptar, siento que he sido resiliente, pero llega un punto donde uno ya no puede más, gracias al apoyo de la familia y amigos uno sigue adelante, pero por dentro se lleva la cruz, ya estamos en esto hay que seguir la lucha y esperando en Dios que con la radioterapia se elimine todo y poder volver a la rutina de siempre”. La señora cuenta con control en psicología y la respectiva referencia a salud mental.

La intervención del profesional en enfermería oncológica permite a la usuaria no solo obtener los elementos necesarios para reaccionar positivamente y mejorar su situación actual, sino anticiparse a posibles complicaciones para que la persona pueda responder a esas demandas con éxito e incluso prevenirlas.

Para Dorothea Orem, los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería (Naranjo et al, 2017).

Para iniciar con la descripción específica de los hallazgos, el dolor se denotó como un agente recurrente que logró una afectación importante en el estilo y la calidad de vida de las usuarias, por ello se considera que, el manejo de este debe ser uno de los ejes primordiales que abarquen los programas dentro de las consultas de enfermería oncológica.

La señora FGA informó “me dicen que ya puedo ir haciendo vida normal, pero este dolor necio, que no se me quita con nada, ya he tomado de todo, hasta remedios naturales y nada, bueno logró que se me alivie por un ratito y luego otra vez, ya no sé qué más hacer, me gustaba ir al gimnasio y ya con esa molestia y andar con la sonda, mejor no voy”.

De acuerdo con Mejía Terrazas y López Muñoz (2020), el cáncer es de los diagnósticos que los usuarios más temen escuchar, no solo por la posible letalidad que encierra este tipo de enfermedad sino por la asociación con el dolor que se puede tornar

inevitable. Por ello la afectación no solo se centra en la persona que lo padece sino en sus familias y entorno. Una gran parte de las mujeres diagnosticadas logran sobrevivir, sin embargo, la gran mayoría experimentan dolor, ya que es uno de los efectos adversos más frecuentes que ocurren como parte del proceso de la enfermedad o bien como un efecto colateral de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos (cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal), MCH mencionó algo relacionado con lo anterior “hay días que amanezco que todo me duele, no sé si es por lo de la metástasis o la pastilla esa de hormonas que me mandan”.

Garrido (2013), indica que la prevalencia de dolor es de 39.3% después del tratamiento curativo, 55% durante el tratamiento y 66.4% en estadios avanzados o terminales de la enfermedad, el dolor post-quirúrgico crónico se ha reportado en 25-60% de las supervivientes y se ha correlacionado con la disección ganglionar axilar. El 58% de las pacientes ha reportado neuropatía periférica asociada a quimioterapia de largo plazo. El uso de tratamiento hormonal, incluidos inhibidores de aromatasas, se ha asociado con dolor musculoesquelético persistente en aproximadamente 47% de los casos. También se ha reportado artralgia posterior a quimioterapia y síndrome del manguito rotador. En dos de los casos valorados, uno de mama y otro de cérvix, el dolor es un aspecto en común posterior a la cirugía o debido al tratamiento, lo que afecta su estilo de vida o retomar las rutinas previas a iniciar todo el proceso.

El dolor crónico secundario a la cirugía puede ser nociceptivo o neuropático. El dolor nociceptivo usualmente se resuelve cuando el tejido dañado se recupera, mientras que

el dolor neuropático puede persistir indefinidamente (Mejía Terrazas y López Muñoz (2020).

A nivel celular, las células tumorales liberan prostaglandinas, citoquinas y factores de crecimiento que atraen células inflamatorias y activan nociceptores, si el tumor es de rápido crecimiento, se comprimen nervios o bien son lesionados por hipoperfusión o por proteólisis directa. En el caso de las metástasis óseas, el dolor se genera por liberación de prostaglandinas, bradiquinina, sustancia P e histamina junto con la ocupación del espacio por el tumor y la presión ejercida sobre el periostio (Garrido, 2013).

El dolor no es simplemente un síntoma físico, sino que altera todas las dimensiones que conforman la persona, ya que afecta la actividad personal, social y el sueño, además propicia incapacidad laboral y la posibilidad de ejecutar actividades de la vida diaria, afectando toda la dinámica. En los casos clínicos presentados fue posible visibilizar el dolor durante el proceso lo que limitaba las actividades de las usuarias, desde levantarse de la cama como el caso de MCH, hasta ejecutar acciones de mayor complejidad como el ejercicio físico y la integración en actividades laborales de FGA.

Ante ello, es claro que el dolor debe estar dentro de la revisión de las vivencias diarias de las usuarias durante la consulta de enfermería oncológica y debe ser de abordaje obligatorio como parte de los programas de atención, adicionando aspectos de manejo farmacológico y no farmacológico, a su vez desde un panorama interdisciplinario y bajo la consigna que puede requerir la aplicación de medidas diversas en diferentes momentos del proceso. En el Hospital de las Mujeres se integran las especialidades médicas de manejo del

dolor, enfermería en salud mental, psicología, psiquiatría y terapia física, esto posibilita que tengan acceso a una atención integral y de calidad.

Finalmente, en el caso del manejo del dolor en el usuario oncológico, para Garrido (2013) es vital la identificación de barreras para un adecuado manejo como: creencias previas de los usuarios y sus familiares sobre los medicamentos y el manejo en general; exhaustiva y adecuada valoración del personal de salud sobre la presencia del dolor y cómo afecta la calidad de vida.

A su vez el autor (Garrido, 2013), propone la aplicación de modelos como el “Escalonado” definido por la OMS para el manejo del dolor que implica: uso por vía oral siempre que sea posible, aplicación a la hora exacta para evitar periodos sin actividad, para el individuo (implica manejo individualizado), atendiendo a los detalles (monitorización continua), y escalonado que significa: el Escalón 1 involucra el uso de no-opioides, escalón 2 involucra agregar un opioide débil si el dolor persiste, el escalón 3 sustituye el opioide débil por uno que permita manejar un dolor moderado a severo. En algunos casos, y en cualquier Escalón, se usan medicamentos coadyuvantes.

En el caso de las usuarias atendidas en HOMACE durante este trabajo, el manejo del dolor fue relevante, por lo cual el autocuidado y el manejo interdisciplinario permitió mejorar el bienestar físico y psicológico.

Se logró evidenciar en la valoración final que se dio mejoría, no solo en este patrón sino de forma adicional en otros afectados como el sueño – descanso y la ejecución de actividades.

Referente al elemento nutricional, Basantes Chango y Bonilla Veloz (2023), indican que la desnutrición en pacientes con cáncer es un proceso complejo en el que muchos factores afectan la ingesta de alimentos. La prevalencia de desnutrición varía entre el 15-20% en el momento del diagnóstico del tumor y puede aumentar hasta el 80-90% en estadios avanzados de la enfermedad, según el tipo de cáncer, la edad y el estadio de desarrollo. Se considera un síndrome multifactorial caracterizado por la pérdida de masa muscular esquelética que no se puede revertir por completo con el apoyo nutricional tradicional y que resulta en un deterioro funcional progresivo. Los pacientes que desarrollan altos niveles de desnutrición durante el curso de su enfermedad pueden tener los peores resultados.

Si bien, la reducción del peso en estos pacientes estaría dada por la pérdida de tejido adiposo en forma mayoritaria, la disminución de la masa muscular es el factor que incide en la morbimortalidad. Existen múltiples factores que conllevan a este estado dentro de los cuales destacan: anorexia, activación del sistema de respuesta inflamatorio sistémico, alteración en el metabolismo de nutrientes y en el gasto energético de reposo. Estos factores se traducen en una reducción de peso que puede manifestarse previo a la detección de la patología, y servir además como elemento de sospecha diagnóstica cuando ya se ha instalado la enfermedad (Valenzuela et al, 2012).

JSC comentó durante el proceso de quimioterapia “con la primer quimioterapia me daba hambre, pero cuando ya tenía la comida o me echaba un bocado, sentía las náuseas y

ya no me daban más ganas de comer, entonces mejor no comía o me comía otra cosa que me gustara como frutas, siento que eso hizo que bajara de peso”.

En el proceso de atención de enfermería, la nutrición se vio afectada en tres de las señoras, tomando relevancia como uno de los aspectos de mayor requerimiento de manejo en personas con cáncer, ya sea debido a la inapetencia, la presencia de náuseas y vómitos derivadas de los tratamientos habituales o como en el último caso la usuaria RFS, con un exceso de peso y un control glucémico deteriorado, que afecta negativamente los procesos de recuperación y de cicatrización. En estos casos tan importantes, la atención se centra en un IMC en límites inferiores como superiores, como se ha mencionado con anterioridad la enfermera de la consulta de oncología aborda de manera inicial y monitoriza en todo el proceso la evolución nutricional como un evento vital para la recuperación y el bienestar físico, sin dejar de lado la referencia y atención individualizada requerida por el profesional en nutrición.

El cáncer y los tratamientos contra el cáncer afectan el gusto, el olfato, el apetito y la capacidad de comer suficiente o de absorber los nutrientes de los alimentos. Los tratamientos contra el cáncer provocan efectos secundarios agudos y crónicos, que tienen un impacto significativo en el estado general de los pacientes, reduciendo la ingesta y favoreciendo la pérdida de peso. Por tanto, los pacientes con cáncer tienen un mayor riesgo de desnutrición en comparación con otras patologías (Basantes Chango y Bonilla Veloz, 2023). MCH refirió “es que hay días que no me da hambre y me da miedo comer y que después me vomite, entonces pienso, voy a comer cuando sienta un poco de hambre,

cuando me doy cuenta ya es tarde y no he comido nada, lo que he hecho es comer un poquito, aunque no sienta mucho apetito”.

La importancia de estos abordajes no solo radica en la atención de uno de los aspectos en la gestión de las usuarias con cáncer, sino que un requerimiento va a afectar indudablemente a los otros, por ejemplo, una inadecuada nutrición afecta los procesos de recuperación, el fortalecimiento musculoesquelético, la disponibilidad de energía para propiciar la actividad y el ejercicio, y así sucesivamente.

Otro de los requisitos esenciales en el abordaje de las usuarias con cáncer es la gestión del sueño. El sueño es un proceso fisiológico y comportamental esencial para el funcionamiento adecuado del organismo, las alteraciones en este se pueden asociar cuadros de fatiga, alteraciones de humor y reducción de la tolerancia al dolor. Las personas afectadas por problemas oncológicos están especialmente sujetas a enfrentar disturbios de sueño, ya que presentan mayor dificultad para conciliar el sueño y permanecer durmiendo, más que otros pacientes clínicos o quirúrgicos, debido a los síntomas asociados a la enfermedad o a la terapia agresiva, durante el tratamiento neoplásico (Scimago Institutions Ranking, 2006). Se puede evidenciar esto con lo indicado por FGA “es que yo me acuesto, me quedo viendo el televisor un rato, lo apago para ver si me duermo y doy vueltas y vueltas y nada, más si estoy con dolor o porque me estorba la sonda, entonces me pongo a ver el teléfono y me dan las dos o tres de la mañana, a veces me duermo supongo que por cansancio, pero hay días que no duermo nada”.

Los tratamientos contra el cáncer pueden ejercer efectos directos sobre el sueño, el problema que más se reporta en pacientes que están bajo tratamiento de quimioterapia es el de mantener el sueño, en un 63.3%, con despertares asociados a ansiedad, miedo relacionado al diagnóstico, tratamientos y el futuro del paciente, así como efectos propios de los tratamientos como: dolor postquirúrgico, fatiga, náusea, bochornos, y agitación inducida por uso de esteroides. Entre un tercio, hasta la mitad de las personas van a presentar trastorno del sueño en algún momento, llegando al 96% en estadios avanzados del cáncer (Uclés Villalobos y Hernández Ugarte, 2021).

Las usuarias participantes hicieron referencia a algún trastorno en cuanto al sueño, o sensación de descanso, asociando sintomatología como dolor, efectos adversos a los tratamientos como posibles causales, además de fatiga, despertar recurrente visualizando escenarios adversos derivados de las condiciones asociadas al cáncer.

JSC “yo me acuesto normal y me duermo, pero me despierto a cada rato, no se porque, si es por estrés por lo que estoy pasando, entonces si duermo, pero hay días que amanezco cansada”.

RFS “es que yo soy ansiosa, me mandan tratamiento y primero con la noticia no podía dormir pensando lo que podía pasar, la psicóloga me ha visto y había logrado dormir un poco más, pero después con lo de la cirugía y ahora que no estoy trabajando ni mi hijo tampoco, eso me tiene pensando, entonces no duermo bien”

Para Scimago Institutions Ranking (2006), las afectaciones principales del sueño se producen por las siguientes razones: Despertar varias veces durante la noche es el tipo más común de insomnio identificado por pacientes afectadas por neoplasias, sobre todo en los casos de alteraciones urodinámicas, tales como reducción de la capacidad de almacenamiento y de vaciamiento vesical e incontinencia urinaria, después del tratamiento quirúrgico (histerectomía) y radioterápico. Otro de los casos recurrentes es la presencia de dolor durante la noche puede provocar despertares nocturnos, a pesar de que la dificultad para dormir nuevamente puede estar relacionado al modo como el individuo hace frente a estos inconvenientes.

Otros factores de riesgo relacionados con el insomnio incluyen la presencia de fatiga, estado de ánimo bajo o variable, las preocupaciones y la cirugía de cáncer reciente. En pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se puede encontrar la presencia obstructiva del sueño, apnea central del sueño con uso de medicamentos narcóticos, síndrome de piernas inquietas en aquellos con cáncer de colon debido a deficiencia de hierro, parasomnias asociadas con tumores del tálamo, narcolepsia con tumores que afectan al hipotálamo y desarrollo de insomnio (Uclés Villalobos y Hernández Ugarte, 2021).

A partir de todos estos puntos planteados queda clara la importancia de la evaluación de la calidad del sueño en las usuarias que padecen cáncer como un aspecto de rutina, de manera que incluya las horas de sueño, sensación de fatiga-descanso real, aspectos que propician el despertar continuo, las rutinas establecidas y aquellos factores que colaboran con una adecuada higiene del sueño, en HOMACE y como parte de la

atención integral de estas usuarias se cuenta con la colaboración de la enfermera de salud mental, la cual por medio de referencia brinda la atención requerida a las usuarias con este tipo de alteraciones.

Desde la perspectiva de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, el sueño es un componente clave para el mantenimiento de la salud y el bienestar de las mujeres. Orem sostiene que el autocuidado implica el conocimiento y la práctica de actividades que promuevan la salud y prevengan enfermedades. En este contexto, un sueño adecuado no solo es crucial para la salud física, sino que también tiene un impacto significativo en el bienestar mental y emocional. Las investigaciones indican que la privación del sueño está asociada con un aumento en los niveles de inflamación y alteraciones hormonales, factores que pueden facilitar la progresión de enfermedades como el cáncer (Campos et al, 2025).

RFS refirió en su última consulta “los consejos que me han dado aquí y la otra enfermera la de salud mental son buenos, pero es que por mi ansiedad siempre he tenido problemas para dormir, no es algo de ahora, duermo como siempre”.

FGA informó “he aplicado las técnicas que me dieron en salud mental y seguido los consejos que me dieron aquí (consulta) y ha mejorado un poco el dolor, paso un poco más aliviada y si he podido dormir un par de horas más o por lo menos más tiempo seguido”.

Siguiendo la línea de requisitos universales del autocuidado, la actividad física también es uno de los aspectos que conforman la esfera de necesidades para establecer un balance físico y mental en el ser humano, siendo aún en la presencia de patología un punto alto.

Para Ramírez et al (2017), los beneficios de la actividad física para pacientes oncológicos son tanto fisiológicos como psicológicos. El ejercicio físico en pacientes con patología mamaria es factible y seguro de realizar durante los tratamientos antineoplásicos sistémicos. El entrenamiento de resistencia supervisado es efectivo en el control de la fatiga y mejoría de la calidad de vida durante el tratamiento de quimioterapia, sin aumentar el riesgo de linfedema, mantiene el rendimiento cardiovascular, facilita la reincorporación precoz a la actividad laboral, aumenta la sobrevida y se asocia a menor incidencia de náuseas, vómitos y dolor, comparado con un grupo sin ejercicio. Un ejemplo de ello es FGA “yo siempre he tenido la costumbre de ir al gimnasio, con la quimioterapia no iba al gimnasio, pero hacía ejercicios en la casa los días que me sentía bien y siento que eso me ayudó a no tener tantos efectos feos por la quimio, operada solo hice los que me recomendaban, pero ya que estoy bien y la herida ha sanado, lo que quiero es regresar al gimnasio y recuperar mi rutina, sé que ya no tengo que hacer los mismos esfuerzos que antes”.

Tomé (2010), confirma dicha situación indicando que la práctica de ejercicio físico a corto (carácter terapéutico) y medio-largo plazo (práctica de actividad física en su vida cotidiana) es recomendable para mejorar la calidad de vida y la movilidad del hombro afectado en las mujeres operadas de cáncer de mama, tuvo efectos positivos sobre la abducción, tanto en el brazo afectado por el carcinoma como en el no afectado, en el tratamiento con radioterapia.

La fisioterapia ocupa un lugar importante, tanto para prevenir complicaciones como para tratar las que se presenten y mantener las mejoras conseguidas.

FGA por su tipo de trabajo tenía la costumbre de realizar rutinas en el gimnasio, debido a la cirugía y utilización de sonda Foley no ha vuelto, comentó “me hace falta ir al gimnasio, lo extraño, me preocupa que no pueda volver, por lo menos los ejercicios que me han enseñado me ayudan y siento que me mantienen activa”.

En el Hospital Nacional de las Mujeres todas las usuarias que son sometidas a cirugías oncológicas son derivadas al profesional en terapia física, con el fin de evitar efectos adversos post quirúrgicos o posteriores a los tratamientos. Por ello se deben controlar los efectos que impiden la ejecución de dichas actividades, por ejemplo, la fatiga, las afectaciones en el trastorno del sueño y los efectos adversos a los tratamientos.

Una de las usuarias MCH presentó linfedema. El linfedema asociada al cáncer de mama es una de las complicaciones más subestimadas y debilitantes del tratamiento de esta entidad. Ocurre como resultado de la interrupción del flujo linfático en asociación a otros factores. La incidencia varía dependiendo del tipo tratamiento recibido, existiendo mayor riesgo en los casos en los que se realiza mastectomía total, disección axilar, radioterapia, y en los pacientes en los cuales los ganglios están positivos para cáncer, hubo una mayor cantidad de linfonodos resecaados, se utilizaron taxanos o padecen de obesidad (Pereira et al, 2019),

MCH indicó “hay días en que el brazo se me hincha y me duelen los dedos y siento como apretado el brazo, pero me hago el drenaje ese como masaje o mi esposo me ayuda y ya se me alivia”

Según Aloi-Timeus y Padilla (2009) la interferencia mecánica ocasionada en el linfedema no solo incrementa el volumen del miembro superior afectado, sino que, de no recibir tratamiento a corto plazo, ocasiona no solo sintomatología relacionada con la compresión del área afectada, sino también incapacidad funcional, riesgo a infecciones cutáneas y trombosis vascular.

En cuanto a aspectos psico emocionales, todas las usuarias con cáncer deben obligatoriamente enlazarse a alguna modalidad de seguimiento especializado en salud mental según sus necesidades, con el fin de fomentar la adquisición de herramientas de afrontamiento, la prevención y el abordaje de estados de deterioro psicológico, la presencia de desesperanza, temor, ansiedad, ira, tristeza, entre muchas otras respuestas humanas que se han observado a través del tiempo en la consulta de oncología. Si bien es cierto la enfermera especialista en el área oncológica no es experta en el abordaje a largo plazo de estos casos, sí debe poseer habilidades para identificar las necesidades en este campo y referir a los profesionales requeridos e intervenir de manera inicial y con herramientas sencillas para contrarrestar la sensación de malestar.

Las voces de los individuos que viven con cáncer nos han enseñado que el bienestar psicológico es la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad que amenaza la vida, caracterizada por un problema emocional, una alteración

de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido (Parra González y Carrillo González, 2011). El significado que cada persona le dé a la experiencia que está viviendo es clave porque dependiendo del ángulo de donde analice su experiencia, así serán los sentimientos que maneje.

Vila (2016), recalca que el malestar psicológico en usuarias con cáncer de mama se da en aproximadamente un tercio de los pacientes, prevaleciendo fundamentalmente los síntomas de ansiedad y depresión, a pesar de ello, cabe señalar que, a la larga, la mayoría de las pacientes se adaptan de forma satisfactoria a su enfermedad e incluso, algunas experimentan cambios positivos. El ideal radica en ayudar a los pacientes con cáncer a tolerar mejor el diagnóstico y tratamiento, a disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión y abandono y a clarificar percepciones e informaciones erróneas, lo que suele traducirse en un incremento de la sensación de control.

JSC refirió al respecto “la ayuda que me ha brindado en esta consulta ha sido muy importante para mí, porque me aclara las dudas y sé que cualquier cosa puedo venir aquí a hablar con ustedes, eso me ayudó a llevar mejor el proceso”.

FGA comentó “es bonito venir a estas consultas, a veces lo único que uno necesita es hablar con alguien fuera de la casa y tal vez las citas con la psicóloga o las otras no están cercanas y uno sabe que aquí también lo escuchan y recibe el apoyo”.

Las usuarias con las que se enfrenta día a día el profesional de enfermería oncológica tienen características muy diversas, no solo en sus respuestas físicas sino también en las afectaciones a nivel psicológico, en solo cuatro casos planteados se pudo

denotar que los efectos abarcaban desde el temor, la fatiga, la desesperanza, la preocupación ante la muerte, la ansiedad ante la problemática económica, la necesidad inherente de integrarse a la vida laboral, para todas las mujeres su situación es única y empezar por la validación, la empatía y la escucha activa es obligatorio en el ámbito de la enfermería oncológica.

RFS comentó “me preocupa mucho mi situación económica, no hay un ingreso fuerte en la casa, aquí me han guiado para ver cómo puedo resolver eso y ahí estoy en el proceso, el apoyo que me han dado en todo se los agradezco mucho”.

Para Oliveira (2019), con el fin de contrarrestar los efectos adversos producto de las modalidades de tratamiento contra el cáncer es necesario que el personal de enfermería oncológica y otros profesionales definan un plan terapéutico individualizado, que priorice las acciones de educación para la salud con el fin de reducir los efectos indeseados y fomentar el autocuidado. Una vez guiada, la mujer se convierte en participante activa del tratamiento y aprende a desarrollar estrategias individuales para reducir los efectos con menor ansiedad y minimizar las posibles complicaciones de salud. Cuanto más se acerque el enfoque a la persona, mayor será la posibilidad de identificar factores de riesgo y buscar la prevención y el diagnóstico de complicaciones.

El eje fundamental de la enfermería oncológica es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar la deficiencia, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud. Esto supone trabajar con

aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo (Prado et al, 2014).

En el proceso de abordaje de las cuatro usuarias se pudo determinar que a pesar de la independencia de la agencia de autocuidado que tenían, los requerimientos presentes en cada una eran sustanciales, esto es de gran relevancia porque permitió establecer la necesidad del acompañamiento de la enfermera oncológica en situaciones, donde a pesar de que la usuaria aparenta estar bien, con una buena evaluación y análisis se detecta la necesidad del acompañamiento en estos procesos de tratamientos oncológicos, el actuar respaldados desde la aplicación de la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem, el proceso de enfermería y las taxonomías, permiten brindar una atención con estructura y guía de los cuidados definidos para cada paciente, sistematiza ese abordaje central a través de la aplicación del conocimiento científico y de la evidencia de las mejores prácticas disponibles para cada caso. Según Parra (2017), la implementación de las teorías de enfermería y el proceso de enfermería como tal en la práctica acrecienta el valor profesional, ya que sirven de guía para fomentar el pensamiento crítico y la toma de decisiones, incluyendo la utilización de un lenguaje profesional característico, diferenciando a la enfermería de otras profesiones del área y a la vez alejándola del enfoque biomédico preponderante.

## **Capítulo V**

### 5.1.Conclusiones

- La implementación del Proceso de atención de Enfermería a través del programa de abordaje de enfermería en cuatro pacientes con cáncer de mama y cérvix permitió sistematizar la valoración, el seguimiento y la educación a la usuaria con padecimiento oncológico, mejorando la continuidad del cuidado y facilitando la toma de decisiones clínicas respaldadas científicamente, propiciando con ello el fortalecimiento de la calidad de la atención en la consulta de enfermería oncológica previamente instaurada.
- Se considera que el uso sistemático de taxonomías dentro de la consulta de enfermería oncológica permitió una mejor vigilancia, reducción de errores, anticipación de complicaciones y una atención más coherente con las necesidades reales, lo que fortaleció la seguridad de las usuarias atendidas.
- La aplicación de diagnósticos NANDA e intervenciones NIC facilitaron la identificación y resolución de necesidades físicas, emocionales, socioeconómicas, especialmente relevantes en las usuarias, dado que se logró observar la presencia de sintomatología o disconfort complejo y fluctuante.
- La selección de NOC específicos para cada caso permitieron guiar de manera concreta la evaluación de los resultados de campo, confiriendo una forma objetiva a la toma de decisiones en cuanto a la efectividad o no de las medidas que fueron aplicadas.

- Las usuarias que participaron en la consulta de enfermería mostraron mejoras en su capacidad de autocuidado, lo que se traduce en la adquisición de mayores herramientas para la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud. En ellas se abordaron aspectos específicos según el tipo de padecimiento, el manejo del dolor, efectos secundarios de los tratamientos, abordaje nutricional, higiene del sueño entre otros elementos adecuados a su condición.
- La implementación del programa evidenció la importancia del rol de la persona profesional de enfermería como educador, orientador y facilitador del autocuidado, reafirmando que los modelos teóricos proporcionan un marco sólido para optimizar la práctica clínica en oncología.
- El enfoque de Dorothea Orem permitió fortalecer la relación de enfermería y la usuaria con padecimiento oncológico, al promover la participación activa de la usuaria y su familia en el proceso de cuidado, dando lugar a una comunicación más efectiva y una mayor satisfacción con la atención recibida.
- El enfermero especialista en de las consultas oncológicas debe poseer la habilidad para establecer relaciones interpersonales, otorgar una atención amplia e integral en todas las etapas del proceso de enfermería propiciando la recuperación y rehabilitación de la usuaria que padecen cáncer. Ejercer un acompañamiento profesional durante todo el proceso implica valorar continuamente los resultados de las intervenciones como la adaptabilidad y accesibilidad a los servicios brindados.

- Es importante destacar el rol ampliado de la enfermería especializada, su formación avanzada les permite seleccionar insumos adecuados, brindar un acompañamiento más sensible y especializado, contribuyendo de manera directa a la rehabilitación física, emocional y a la recuperación de la autoestima de las usuarias, como es en el caso de la gestión de prótesis externas y brasieres para mujeres mastectomizadas, una responsabilidad asumida con profesionalismo por enfermeras obstetras que optan por la maestría en enfermería oncológica. Esta participación fortalece la calidad y humanización del servicio, reafirmando que la consulta de enfermería, enriquecida por profesionales en formación oncológica, es un espacio clave para el acompañamiento integral y la mejora continua de la atención oncológica femenina.
- La pertinencia de una consulta de enfermería oncológica fundamentada en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem se evidencia en la capacidad de este enfoque para identificar de manera sistemática las necesidades expresadas por las usuarias y orientar intervenciones que promuevan su autonomía y bienestar. Al trabajar directamente con las necesidades manifestadas por las señoras y articularlas con las taxonomías NANDA, NOC y NIC, la consulta adquiere un carácter estandarizado y reproducible, permitiendo planificar cuidados coherentes, medibles y centrados en la persona. Esta integración teórico–metodológica no solo fortalece la calidad del cuidado brindado, sino que también unifica criterios y facilita la replicación del modelo en otros hospitales, contribuyendo a la homogenización de la práctica profesional y a la mejora continua de los servicios oncológicos

Los hallazgos de este estudio evidencian que la consulta de enfermería en la atención de las usuarias con cáncer de mama y/o cérvix constituye un componente importante para la experiencia de las usuarias dentro del sistema de salud. En términos generales, las participantes manifestaron altos niveles de satisfacción, destacando la calidad del acompañamiento profesional, la claridad de la información brindada y la sensibilidad con la que fueron atendidas durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, por lo tanto, no solo cumple con sus objetivos clínicos, sino que también contribuye significativamente al bienestar emocional y a brindar el acompañamiento necesario para la usuaria como a la familia.

## **5.2.Recomendaciones**

- a. HOMACE
  - Continuar e institucionalizar el programa de enfermería oncológica basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, integrándolo de manera formal en los protocolos de atención para asegurar su sostenibilidad y continuidad.
  - Fortalecer la capacitación del personal de enfermería en modelos teóricos de cuidado, especialmente en la teoría utilizada en esta investigación, para estandarizar la evaluación del autocuidado y mejorar la calidad de las intervenciones.
  - Desarrollar estrategias educativas personalizadas que refuercen la participación del paciente y su familia en el proceso de autocuidado.

- Implementar un sistema de seguimiento y evaluación periódica del autocuidado, con indicadores que permitan medir el impacto del programa en resultados clínicos, emocionales y de calidad de vida.
- Los hallazgos de este estudio evidencian que la consulta de enfermería especializada colabora en fomentar la participación de la familia y cuidadores, capacitándolos en los cuidados específicos del paciente oncológico según el tipo de apoyo requerido (total, parcial o de apoyo-educación).
- Los hallazgos de este estudio evidencian que la consulta de enfermería especializada requiere integrar el uso de tecnologías de la información al autocuidado, con el uso de aplicaciones u otras que faciliten el seguimiento diario y la comunicación con el equipo de enfermería.
- Es indispensable fortalecer el apoyo institucional por parte de la Dirección Médica para garantizar la continuidad y sostenibilidad de la consulta de enfermería oncológica. Este respaldo debe reflejarse en la asignación de recursos, la validación del modelo de atención y la incorporación de la consulta dentro de la estructura formal del servicio.
- Los hallazgos de este estudio evidencian que para la consulta de enfermería especializada es recomendable ajustar los tiempos de atención de la consulta de enfermería a las necesidades reales de las usuarias, considerando la complejidad emocional, educativa y clínica que caracteriza la atención en cáncer de mama y

cérvix. Una distribución más adecuada del tiempo permitirá brindar un acompañamiento más profundo, personalizado y humanizado.

**b. Postgrado**

- Promover investigaciones adicionales que evalúen la efectividad del modelo en otras etapas del tratamiento oncológico, en diferentes tipos de cáncer y en diversos entornos clínicos, para ampliar la evidencia científica.

## **Capítulo VI**

## 6. Referencias

- Acosta, M. P. (2011). Enfermería neurológica. <http://www.medigraphic.org.mx/>
- Aloi-Timeus, S. I., & Padilla, L. R. (2009). Impacto de la terapia física en el linfedema secundario a mastectomía radical con disección axilar en pacientes con cáncer de mama. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22324>
- Archila-Hernández, E. D., & Acuña-Caicedo, S. A. (2025). Aplicación y alcance del metaparadigma de enfermería en la práctica. <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.1.7>
- Basantes Chango, A. J., & Bonilla Veloz, S. E. (2023). Abordaje nutricional en cáncer de mama: Un artículo *de revisión*. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 7870–7882. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i2.5925](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5925)
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2014). Manual de normas para el tratamiento del cáncer en Costa Rica.
- Campos-Mercado, N. D., Narvaéz-Eraso, C. O., Rosero-Bastidas, T. C., & Yarpaz-Espinoza, Y. A. (2025). Condicionantes básicos y requisitos de autocuidado (Dorotea Orem) para prevención del cáncer de mama en mujeres de un municipio nariñense. <https://doi.org/10.31948/rc.v32i2.4650>
- Cancer.Net. (2021). Tipos de tratamiento para cáncer de mama. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer-de-mama/tipos-de-tratamiento>
- Daldoul, A. (2018). Factores predictivos de la calidad de vida entre pacientes con cáncer.
- Garrido, H. (2013). Manejo del dolor en cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702050>

Gaston, P. (2011). Hablemos de cáncer de mama.

<https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones>

Gómez, M. (2002). Factores pronósticos del cáncer de mama.

González-Castillo. (2016). Proceso enfermero de tercera generación.

Guirao, J. A. (2021). Educare21. <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/agencia.pdf>

Hernández, M. M., Mora Pérez, Y., & Torres Esperón, J. M. (2020). Guías de autocuidado en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas. Medicentro Electrónica.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000400805](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000400805)

HK, B. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences.

Kuiper, R., O'Donnell, S. M., Pesut, D. J., & Turrise, S. L. (2017). The essentials of clinical reasoning for nurses: Using the Outcome-Present State-Test model for reflective practice. Ringgold Inc. <https://doi.org/1915368624/se-2>

Little Little, E., & Vargas Rodríguez, K. (2020). Creación de una consulta de enfermería oncológica especializada en la Unidad de Quimioterapia del Hospital Calderón Guardia.

<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/1d482a15-f8a7-46d0-8d2b-4edd4bc7dfdd>

Lucena, A. (2021). Cirugía Andaluza.

[https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2021/Cir\\_Andal\\_vol32\\_n2\\_09.pdf](https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2021/Cir_Andal_vol32_n2_09.pdf)

- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021). Cantidad de fallecimientos presentan ascenso: Importancia del autoexamen y controles médicos.  
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1132-427-mujeres-fallecieron-en-el-2020-producto-del-cancer-de-mama>
- Medina Araya, L., & Bustamante Troncoso, C. (2023). Programa integral de apoyo a personas con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia. Horizonte de Enfermería.  
[https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.Num.esp.407-417](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.Num.esp.407-417)
- Mejía-Terrazas, G. E., & López-Muñoz, E. (2020). Dolor crónico en pacientes con cáncer de mama. Revista Médica del IMSS. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457769373006>
- Méndez, M., & Almeida, D. (2021). Index Enferm. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script>
- Mendes, L., & Pedro, S. (2020). Nursing interventions in woman with breast cancer Her2-like supported by Orem's theory. International Journal of Scientific and Research Publications. <https://www.ijsrp.org/research-paper-0920/ijsrp-p10530.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Plan nacional para la prevención y control del cáncer.
- Nancy Burns, S. K. (2012). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Elsevier.
- Naranjo, H. Y., Concepción, P. J. A., & Rodríguez, L. M. (2017). La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>
- Naranjo-Hernández. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Orem.

Oliveira, D. A. L. (2019). Educação em saúde no autocuidado contra o câncer de mama.

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/223>

Organización de Naciones Unidas. (2022). El cáncer afecta a todos igual... Noticias ONU.

<https://news.un.org/es/story/2022/02/1503572s>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer cervicouterino. <https://www.who.int/es/health-topics/cervical-cancer>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Cáncer de mama. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Cáncer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Cáncer de cuello uterino. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

Organización Mundial de la Salud. (2024). Cáncer de mama: Datos y cifras.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Parra-Giordano, D., González-Molina, D., & Pinto-Galleguillos, D. (2017). Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.003>

Parra González, L. M., & Carrillo González, G. M. (2011). Calidad de vida de mujeres con cáncer de cérvix. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002011000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000100009)

Pereira, C., Pons, G., & Masià, J. (2019). Breast cancer related lymphedema.

<https://doi.org/10.4067/S2452-45492019000100079>

- Pérez, S., Sandoval, L., & Tapia, H. (2009). Factores de riesgo para cáncer: Rol potencial de enfermería.
- Pérez Cuevas, L., Abreus Mora, J. L., Calderón Villa, Y., & González Curbelo, V. B. (2023). Ejercicios físicos y mujeres mastectomizadas. <http://rccd.ucf.edu.cu/index.php/rccd>
- Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría déficit de autocuidado de Orem. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)
- Ramírez, K., Acevedo, F., Herrera, M. E., Ibáñez, C., & Sánchez, C. (2017). Actividad física y cáncer de mama. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000100011>
- Ramírez Elías, A. (2016). Proceso de enfermería: Lo que sí es y lo que no es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>
- Rivera, L. (2016). Self-care. <https://scielosp.org/article/rsap/>
- Salud, Ministerio de. (2019). Situación epidemiológica del cáncer. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estadisticas>
- Sanabria, N. (2013). Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal.
- Sánchez, L. (2020). Cáncer de cérvix. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervi>
- Scielo. (2015). Enfermería Global. <https://scielo.isciii.es/scielo>
- Scimago Institutions Rankings. (2006). Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600007>

Schneider Hermel, J., Pizzinato, A., & Calderón Uribe, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: Apoyo social y autocuidado percibido.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472015000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200008)

Sierra, M. P. (2018). Tesis. Pontificia Universidad Javeriana.

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/55094>

Taylor, T. (2016). Enfermería fácil: Fundamentos de enfermería (Vol. 2). Wolters Kluwer.

<https://www.proquest.com>

Tomé Boisán, S., Díez Leal, J., & García-López. (2010). Influencia de la actividad física en mujeres operadas de cáncer de mama.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563810000398>

Uclés Villalobos, V., & Hernández Ugarte, M. (2021). Trastornos del sueño y cáncer.

<https://doi.org/10.54376/remui.v4i2.54>

Universidad de Costa Rica. (2025). En Costa Rica aumentan los casos de cáncer, pero la ruta de atención no se acelera. [https://www.ucr.ac.cr/noticias/2025/4/09/en-costa-rica-aumentan-](https://www.ucr.ac.cr/noticias/2025/4/09/en-costa-rica-aumentan-los-casos-de-cancer-pero-la-ruta-de-atencion-no-se-acelera.html)

[los-casos-de-cancer-pero-la-ruta-de-atencion-no-se-acelera.html](https://www.ucr.ac.cr/noticias/2025/4/09/en-costa-rica-aumentan-los-casos-de-cancer-pero-la-ruta-de-atencion-no-se-acelera.html)

Ureña, A. M. (2018). Breast cancer overview for general practitioners.

Valenzuela-Landaeta, K., Rojas, P., & Basfi-Fer, K. (2012). Evaluación nutricional del paciente con cáncer. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200025)

[16112012000200025](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200025)

Vargas-Machado, C. A. (2021). Tendencias y principios en las corrientes bioéticas.

<https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3077>

Vila Sánchez, L., Font Guiteras, A., & Caba Vela, L. (2016). Estado emocional en mujeres con cáncer de mama. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794451>

Zerón, A. (2019). Beneficencia y no maleficencia. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2019/od196a.pdf>

## **Anexos**

## Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Consentimiento Informado

INTERVENCION DE ENFERMERIA ONCOLOGICA CON UN ABORDAJE DEL  
AUTOCUIDADO A MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA Y/O  
CERVIX EN EL HOSPITAL DE LAS MUJERES DR ADOLFO CARIT EVA

Nombre de las estudiantes:

Hannia Garro Ortiz, teléfono: 89595161

Laura Barquero Morales, teléfono: 88316062

Nombre de la participante:

Maria Angelica Zapata Aranda

Medios para contactar a la participante: números de teléfono 84990926

Correo electrónico

mariangelicazarado @.mail.com

Contacto a través de otra persona

85734133

---

#### A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

Como parte del programa de la Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, se requiere que se complete un Trabajo Final de Investigación Aplicada. Por consiguiente, nosotras Laura Barquero Morales y Hannia Garro Ortiz, estudiantes de dicha maestría, para cumplir con este requisito debemos realizar una Práctica Profesional Dirigida llamada "Intervención de enfermería oncológica con un abordaje del autocuidado a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y/o cérvix en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva", desde la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.", bajo la tutela de la Dra. Marlene Agüero, enfermera oncológica.

#### B. PROPÓSITO DEL PROGRAMA

El objetivo de la práctica profesional dirigida es la creación de una consulta de enfermería oncológica para atender las necesidades de usuarias diagnosticadas con cáncer de mama y cérvix de HOMACE con el propósito de promover el autocuidado. Brindando una atención que abarque los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, así como carencias educativas y asistenciales que han presentado desde el diagnóstico.

Esta modalidad de consulta permitirá al profesional en enfermería oncológica desarrollar intervenciones acertadas en beneficio de las usuarias con cáncer de mama y/o cérvix.

Para poder llevar a cabo este trabajo final de graduación solicitamos su participación para obtener información sobre cuáles han las necesidades educativas y de autocuidado que han tenido las personas con cáncer de mama y/o cérvix y su familia en el proceso salud – enfermedad que puedan ser abordadas en una Consulta brindada por un profesional en enfermería oncológica.

---

Atravez de una relación de respeto se pretende buscar herramientas efectivas que permitan la orientación sobre el autocuidado en el hogar, favoreciendo una mejor adherencia al tratamiento y promoviendo el bienestar de la usuaria y su familia.

Las personas que participarán de esta consulta deben tener las siguientes características: encontrarse diagnosticadas de cáncer de mama o de cérvix, deben tener acceso a internet y contar con dispositivos electrónicos como celular y WhatsApp., pertenecer al área de atracción geográfica de HOMACE.

#### C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Si acepta participar será atendida por Laura Barquero Morales o Hannia Garro Ortiz estudiantes de la maestría profesional en enfermería oncológica y hematológica de la universidad de Costa Rica.

Se aplicará el proceso de enfermería para lograr identificar las necesidades y actividades necesarias para solventar las deficiencias educativas.

Si acepta participar realizará alguna de las siguientes actividades:

Participara en una consulta de enfermería oncológica especializada, estas sesiones serán cada 4 semanas.

En cada cita se brindará asistencia y educación según las necesidades y preocupaciones detectadas.

#### D. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en este proyecto es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

#### CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata la práctica profesional dirigida, las condiciones de mi participación y accedo a participar en este programa.

M. Agustina Z. 155813585432

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

HOMACE 8/05/2024 9:00am

Nombre, firma y cédula de la estudiante que solicita el consentimiento

Laura Barquero Morales [Signature] 205180953

Lugar, fecha y hora

HOMACE 8/5/2024 9<sup>00</sup>am

## UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

## Consentimiento Informado

INTERVENCION DE ENFERMERIA ONCOLOGICA CON UN ABORDAJE DEL  
AUTOCUIDADO A MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA  
Y/O CERVIX EN EL HOSPITAL DE LAS MUJERES DR ADOLFO CARIT EVA

Nombre de las estudiantes:

Hannia Garro Ortiz, teléfono: 89595161

Laura Barquero Morales, teléfono: 88316062

Nombre de la participante:

por Rocio Solís HernándezMedios para contactar a la participante: números de teléfono 71010828

Correo electrónico

No tiene

Contacto a través de otra persona

NO

## A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

Como parte del programa de la Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, se requiere que se complete un Trabajo Final de Investigación Aplicada. Por consiguiente, nosotras Laura Barquero Morales y Hannia Garro Ortiz, estudiantes de dicha maestría, para cumplir con este requisito debemos realizar una Práctica Profesional Dirigida llamada

“Intervención de enfermería oncológica con un abordaje del autocuidado a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y/o cérvix en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva”, desde la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem”, bajo la tutela de la Dra. Marlene Agüero, enfermera oncológica.

#### B. PROPÓSITO DEL PROGRAMA

El objetivo de la práctica profesional dirigida es la creación de una consulta de enfermería oncológica para atender las necesidades de usuarias diagnosticadas con cáncer de mama y cérvix de HOMACE con el propósito de promover el autocuidado. Brindando una atención que abarque los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, así como carencias educativas y asistenciales que han presentado desde el diagnóstico.

Esta modalidad de consulta permitirá al profesional en enfermería oncológica desarrollar intervenciones acertadas en beneficio de las usuarias con cáncer de mama y/o cérvix.

Para poder llevar a cabo este trabajo final de graduación solicitamos su participación para obtener información sobre cuáles han las necesidades educativas y de autocuidado que han tenido las personas con cáncer de mama y/o cérvix y su familia en el proceso salud – enfermedad que puedan ser abordadas en una Consulta brindada por un profesional en enfermería oncológica.

Atravez de una relación de respeto se pretende buscar herramientas efectivas que permitan la orientación sobre el autocuidado en el hogar, favoreciendo una mejor adherencia al tratamiento y promoviendo el bienestar de la usuaria y su familia.

Las personas que participarán de esta consulta deben tener las siguientes características: encontrarse diagnosticadas de cáncer de mama o de cérvix, deben tener acceso a internet y contar con dispositivos electrónicos como celular y WhatsApp., pertenecer al área de atracción geográfica de HOMACE.

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Si acepta participar será atendida por Laura Barquero Morales o Hannia Garro Ortiz estudiantes de la maestría profesional en enfermería oncológica y hematológica de la universidad de Costa Rica.

Se aplicará el proceso de enfermería para lograr identificar las necesidades y actividades necesarias para solventar las deficiencias educativas.

Si acepta participar realizará alguna de las siguientes actividades:

Participara en una consulta de enfermería oncológica especializada, estas sesiones serán cada 4 semanas.

En cada cita se brindará asistencia y educación según las necesidades y preocupaciones detectadas.

D. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en este proyecto es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata la práctica profesional dirigida, las condiciones de mi participación y accedo a participar en este programa.

Rocio Salazar Hernandez 16-70-466

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

HOMACE 13/5/24 8<sup>00</sup> am

Nombre, firma y cédula de la estudiante que solicita el consentimiento

Laura Bazarro Morales *[Firma]* 205180953

Lugar, fecha y hora

HOMACE 13/5/2024 8<sup>00</sup> am

## UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

## Consentimiento Informado

INTERVENCION DE ENFERMERIA ONCOLOGICA CON UN ABORDAJE DEL  
AUTOCUIDADO A MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA  
Y/O CERVIX EN EL HOSPITAL DE LAS MUJERES DR ADOLFO CARIT EVA

Nombre de las estudiantes:

Hannia Garro Ortiz, teléfono: 89595161

Laura Barquero Morales, teléfono: 88316062

Nombre de la participante:

Floribeth González AmadorMedios para contactar a la participante: números de teléfono 83-537625

Correo electrónico

florygonzalez@hotmail.com.

Contacto a través de otra persona

NO

## A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

Como parte del programa de la Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, se requiere que se complete un Trabajo Final de Investigación Aplicada. Por consiguiente, nosotras Laura Barquero Morales y Hannia Garro Ortiz, estudiantes de dicha maestría, para cumplir con este requisito debemos realizar una Práctica Profesional Dirigida llamada

"Intervención de enfermería oncológica con un abordaje del autocuidado a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y/o cérvix en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva", desde la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem", bajo la tutela de la Dra. Marlene Agüero, enfermera oncológica.

#### B. PROPÓSITO DEL PROGRAMA

El objetivo de la práctica profesional dirigida es la creación de una consulta de enfermería oncológica para atender las necesidades de usuarias diagnosticadas con cáncer de mama y cérvix de HOMACE con el propósito de promover el autocuidado. Brindando una atención que abarque los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, así como carencias educativas y asistenciales que han presentado desde el diagnóstico.

Esta modalidad de consulta permitirá al profesional en enfermería oncológica desarrollar intervenciones acertadas en beneficio de las usuarias con cáncer de mama y/o cérvix.

Para poder llevar a cabo este trabajo final de graduación solicitamos su participación para obtener información sobre cuáles han las necesidades educativas y de autocuidado que han tenido las personas con cáncer de mama y/o cérvix y su familia en el proceso salud – enfermedad que puedan ser abordadas en una Consulta brindada por un profesional en enfermería oncológica.

Atravez de una relación de respeto se pretende buscar herramientas efectivas que permitan la orientación sobre el autocuidado en el hogar, favoreciendo una mejor adherencia al tratamiento y promoviendo el bienestar de la usuaria y su familia.

Las personas que participarán de esta consulta deben tener las siguientes características: encontrarse diagnosticadas de cáncer de mama o de cérvix, deben tener acceso a internet y contar con dispositivos electrónicos como celular y WhatsApp., pertenecer al área de atracción geográfica de HOMACE.

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Si acepta participar será atendida por Laura Barquero Morales o Hannia Garro Ortiz estudiantes de la maestría profesional en enfermería oncológica y hematológica de la universidad de Costa Rica.

Se aplicará el proceso de enfermería para lograr identificar las necesidades y actividades necesarias para solventar las deficiencias educativas.

Si acepta participar realizará alguna de las siguientes actividades:

Participara en una consulta de enfermería oncológica especializada, estas sesiones serán cada 4 semanas.

En cada cita se brindará asistencia y educación según las necesidades y preocupaciones detectadas.

D. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en este proyecto es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata la práctica profesional dirigida, las condiciones de mi participación y accedo a participar en este programa.

\_\_\_\_\_ 1-808-461


Nombre, firma y cédula del sujeto participante

\_\_\_\_\_ Carit. San Jose 10/6/2024

Lugar, fecha y hora

\_\_\_\_\_

Nombre, firma y cédula de la estudiante que solicita el consentimiento

Laura Barquero Morales  205180953

Lugar, fecha y hora

HOMACE 10/6/2024 11<sup>00</sup> am

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Consentimiento Informado

INTERVENCION DE ENFERMERIA ONCOLOGICA CON UN ABORDAJE DEL  
AUTOCUIDADO A MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA Y/O  
CERVIX EN EL HOSPITAL DE LAS MUJERES DR ADOLFO CARIT EVA

Nombre de las estudiantes:

Hannia Garro Ortiz, teléfono: 89595161

Laura Barquero Morales, teléfono: 88316062

Nombre de la participante:

Jéssica Serram Calvo

Medios para contactar a la participante: números de teléfono 89630847

Correo electrónico

yK0387@hotmail.com

Contacto a través de otra persona

83444899

#### A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

Como parte del programa de la Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, se requiere que se complete un Trabajo Final de Investigación Aplicada. Por consiguiente, nosotras Laura Barquero Morales y Hannia Garro Ortiz, estudiantes de dicha maestría, para cumplir con este requisito debemos realizar una Práctica Profesional Dirigida llamada "Intervención de enfermería oncológica con un abordaje del autocuidado a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y/o cérvix en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva", desde la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.", bajo la tutela de la Dra. Marlene Agüero, enfermera oncológica.

#### B. PROPÓSITO DEL PROGRAMA

El objetivo de la práctica profesional dirigida es la creación de una consulta de enfermería oncológica para atender las necesidades de usuarias diagnosticadas con cáncer de mama y cérvix de HOMACE con el propósito de promover el autocuidado. Brindando una atención que abarque los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, así como carencias educativas y asistenciales que han presentado desde el diagnóstico.

Esta modalidad de consulta permitirá al profesional en enfermería oncológica desarrollar intervenciones acertadas en beneficio de las usuarias con cáncer de mama y/o cérvix.

Para poder llevar a cabo este trabajo final de graduación solicitamos su participación para obtener información sobre cuáles han las necesidades educativas y de autocuidado que han tenido las personas con cáncer de mama y/o cérvix y su familia en el proceso salud – enfermedad que puedan ser abordadas en una Consulta brindada por un profesional en enfermería oncológica.

Atravez de una relación de respeto se pretende buscar herramientas efectivas que permitan la orientación sobre el autocuidado en el hogar, favoreciendo una mejor adherencia al tratamiento y promoviendo el bienestar de la usuaria y su familia.

Las personas que participarán de esta consulta deben tener las siguientes características: encontrarse diagnosticadas de cáncer de mama o de cérvix, deben tener acceso a internet y contar con dispositivos electrónicos como celular y WhatsApp., pertenecer al área de atracción geográfica de HOMACE.

#### C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Si acepta participar será atendida por Laura Barquero Morales o Hannia Garro Ortiz estudiantes de la maestría profesional en enfermería oncológica y hematológica de la universidad de Costa Rica.

Se aplicará el proceso de enfermería para lograr identificar las necesidades y actividades necesarias para solventar las deficiencias educativas.

Si acepta participar realizará alguna de las siguientes actividades:

Participara en una consulta de enfermería oncológica especializada, estas sesiones serán cada 4 semanas.

En cada cita se brindará asistencia y educación según las necesidades y preocupaciones detectadas.

#### D. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en este proyecto es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

#### CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata la práctica profesional dirigida, las condiciones de mi participación y accedo a participar en este programa.

---


Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Jéssica Serrano Calvo 113170486

Lugar, fecha y hora

HOMACE 18/6/2024 10:00 am

Nombre, firma y cédula de la estudiante que solicita el consentimiento

Laura Baquero Morales  205180953

Lugar, fecha y hora

HOMACE 18/6/2024 10<sup>00</sup> am

## Anexo 2. Escala de Apreciación de Agencia del Autocuidado

Validado en Costa Rica por MSC Viriam Leiva

	1	2	3	4
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1.A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2.Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3.Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
4.Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5.Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6.Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7.Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8.Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10.Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11.Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				

	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 CASI SIEMPRE	4 SIEMPRE
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				22

**ANEXO 3. Material educativo**



## 1 Estamos juntas...

### Información para mujeres que enfrentan un cáncer de mama.

Cuando a una persona, sea hombre o sea mujer, le dicen que tiene cáncer de mama, generalmente se asusta, se entristece y muchas veces se paraliza porque no sabe qué hacer. La palabra cáncer todavía se relaciona con muerte, y entonces puede pensar que se va a morir pronto.

También surgen muchas preguntas, por ejemplo, cuál será el tratamiento, si habrá que operar, si será necesaria la quimio, entre otras.

Por eso, hemos hecho esta guía pensando en usted que está enfrentando un cáncer de mama. Con esto queremos darle información valiosa que sirva para aclarar algunas de sus dudas.





## ¿Qué necesito saber antes de empezar el tratamiento?

Para empezar, podemos buscar respuesta a estas cuatro preguntas:



¿De qué tamaño es el cáncer (lo que en la medicina se llama estadio del cáncer)?

¿Cuál es la extensión, es decir si el cáncer se ha extendido y cuánto?



¿Qué tan agresivo es (lo que en medicina se llama grado del cáncer)?



¿Qué tipo de cáncer de mama HER-2 POSITIVO o HER-2 NEGA

Pregunte y vuelva a preguntar las veces que sea necesario hasta que aclare sus dudas

### El cáncer de mama se puede presentar de diferentes formas:

- ✓ Cuando está encapsulado (atrapado) y no se ha movido de su lugar original (lo que en medicina se llama cáncer In situ).
- ✓ Cuando las células cancerosas se van a los ganglios. Como los ganglios de las axilas son los que están más cerca de la mama, generalmente son los más afectados (lo que en medicina se llama cáncer con diseminación linfática).
- ✓ Cuando se pasa a tejidos vecinos (lo que en medicina se llama cáncer infiltrante).
- ✓ Cuando las células cancerosas viajan por la sangre y se pasan a otros órganos, por ejemplo, a los huesos, el hígado, el pulmón o el cerebro (lo que en medicina se llama cáncer de mama metastásico).



## ¿Qué cosas debo hacer durante el tratamiento?

- ✓ Evitar tomar licor y fumar.
- ✓ Mantener su peso estable.
- ✓ Consultar a su médica o médico si puede asolearse.
- ✓ Lavar los dientes al menos tres veces al día.
- ✓ Usar crema humectante o sábila y bloqueador solar. Esté pendiente de cualquier cambio que note en su piel.
- ✓ Tratar de descansar todo lo que pueda. Pida ayuda a las personas que tiene cerca para hacer cosas que normalmente usted hacía sola.
- ✓ Si va a hacer una siesta durante el día, trate de que sea menos de una hora para que no afecte su sueño de la noche.
- ✓ Siempre que tenga oportunidad trate de distraerse, escuche música y converse con otras personas de su confianza.

## Los tratamientos para cáncer de mama.

Los tratamientos para cáncer de mama pueden producir daños en la piel. Para reducirlos trate de usar crema humectante para la piel y bloqueador solar.

Siempre que pueda evite los desodorantes y jabones que tengan olores fuertes.

La sábila es un  
excelente humectante  
para la piel.



Recuerde que existen muchos grupos de mujeres que están enfrentando lo mismo que usted, siempre que pueda participe de estos grupos, ahí puede compartir sus miedos, tristezas o la incertidumbre que en ocasiones surge con los tratamientos de cáncer de mama.





14

## ¿Qué puedo hacer al terminar el tratamiento?

✓ Busque conversar con familiares, amigos, amigos y participe de grupos de apoyo; esto le ayudará a compartir su experiencia y sentirse acompañada.



✓ Asista a las citas de seguimiento y exámenes.  
 ✓ Esté atenta a cualquier cambio de su cuerpo.

**Todas estas revisiones y exámenes serán parte de un proceso para volver poco a poco a la normalidad.**



¿Qué puedo hacer al terminar el tratamiento?

14



## ¿En qué consiste el plan de seguimiento al finalizar el tratamiento?

El plan de seguimiento son las citas y exámenes que va a tener después de su tratamiento.

Este plan es importante porque le va a indicar si todo está bien, o si hay que retomar algún tratamiento porque reapareció la enfermedad.

Con el paso del tiempo, el riesgo de que vuelva la enfermedad disminuye, por eso poco a poco las citas se van distanciando.

- ✓ En los dos o tres primeros años las revisiones son cada tres o cuatro meses.
- ✓ Entre el cuarto y quinto año las revisiones son cada seis meses.
- ✓ Después del quinto año las revisiones son cada año.



Mantenga los buenos hábitos que incorporó durante su tratamiento:

- ✓ Alimentación.
- ✓ Ejercicios.
- ✓ Descanso.
- ✓ Grupos de apoyo.

**Continúe con su vida. Retome las actividades que hacía antes de su tratamiento y que le gustan.**



**¡Anímese a intentar cosas nuevas!**

