



Nursing Assessment of a person with breast cancer in the hospitalization service

Valoración de Enfermería a persona con cáncer de mama en el servicio de hospitalización

Roxana Licona Hernández¹  
Allysson Yaneli Pozos Ramírez¹  
Maheva Adalid Jiménez Oropeza¹  
Karla Nohemí Cortes Guzmán¹  
Michel Oria Saavedra¹  
Anibal Espinosa Aguilar¹  
Nancy Lorely Granado Mercado¹  

¹ Carrera de Licenciatura en Enfermería, Instituto Universitario de las Naciones Hispana, Campus Platino IUNHi, Pachuca de Soto, Hidalgo. México.

Recibido: 22-04-2026 | Revisado: 27-06-2026 | Aceptado: 22-07-2026 | Publicado: 23-07-2026

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer represents a serious global public health problem, requiring a comprehensive approach by nursing personnel in inpatient units to identify affected human responses. **Objective:** To apply the nursing care process to a person diagnosed with breast cancer in the hospitalization service through systematic assessment to plan individualized care. **Methods:** Qualitative and descriptive clinical case study of a forty-five-year-old woman admitted to the hospitalization area. Marjory Gordon's eleven functional health patterns framework was used for data collection through interview, observation, and physical examination. **Results:** The assessment in the hospital unit showed significant alteration in the coping-stress tolerance, nutritional-metabolic, and self-perception-self-concept patterns, manifested by anxiety regarding imminent surgical treatment, nausea secondary to chemotherapy, and disturbed body image. Priority nursing diagnoses were established, and a care plan focused on emotional support, management of side effects, and in-hospital health education was executed. **Conclusions:** The structured assessment during hospitalization allowed for the timely detection of the patient's compromised human responses. Planned nursing care demonstrated the effectiveness of personalized interventions in reducing anxiety and improving the individual's adaptation to their health process within the hospital environment.

Keywords: Nursing Care; Nursing Assessment; Breast Neoplasms; Hospital Inpatient Oncology Service; Nursing Diagnosis; Patient Care Planning.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama representa un grave problema de salud pública mundial, requiriendo un abordaje integral por parte del personal de Enfermería en las unidades de internamiento para identificar las respuestas humanas afectadas. **Objetivo:** Aplicar el proceso de atención de Enfermería a una persona con diagnóstico de cáncer de mama en el servicio de hospitalización mediante la valoración sistemática para planificar cuidados individualizados. **Métodos:** Estudio de caso clínico cualitativo y descriptivo en una mujer de cuarenta y cinco años ingresada en el área de hospitalización. Se utilizó el marco de los once patrones funcionales de Marjory Gordon para la recolección de datos mediante la entrevista, la observación y el examen físico. **Resultados:** La valoración en la unidad hospitalaria evidenció una alteración significativa en los patrones de afrontamiento y tolerancia al estrés, nutricional y metabólico, y de autopercepción y autoconcepto, manifestados por ansiedad ante el tratamiento quirúrgico inminente, náuseas secundarias a la quimioterapia y alteración de la imagen corporal. Se establecieron diagnósticos de enfermería prioritarios y se ejecutó un plan de cuidados enfocado en el soporte emocional, manejo de efectos secundarios y educación sanitaria intrahospitalaria. **Conclusiones:** La valoración estructurada durante el internamiento permitió detectar de manera oportuna las respuestas humanas vulneradas de la paciente. El cuidado de Enfermería planificado demostró la efectividad de las intervenciones personalizadas para disminuir la ansiedad y mejorar la adaptación de la persona a su proceso de salud en el entorno hospitalario.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Neoplasias de la Mama; Servicio de Hospitalización en Hospital; Diagnóstico de Enfermería; Planificación de Atención al Paciente.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama se ha consolidado en el siglo XXI como el principal desafío oncológico para los sistemas de salud a nivel planetario. Desde una perspectiva epistemológica, la concepción de esta enfermedad ha transitado desde un enfoque puramente anatomopatológico y quirúrgico hacia una comprensión compleja, multidimensional y holística de la persona que la padece (1). La disciplina de Enfermería, fundamentada en la ciencia del cuidado humano, entiende que el diagnóstico de una neoplasia maligna en el tejido mamario no representa únicamente una proliferación celular descontrolada en un órgano específico, sino una ruptura profunda en la continuidad vital, la identidad, el rol social y la estabilidad psicosocial de la mujer(2).

Lo interesante de este estudio de caso clínico no radica en la descripción de los mecanismos moleculares del tumor o en los esquemas de poliquimioterapia médica administrados, sino en la naturaleza innovadora y estructurada del cuidado de Enfermería. El cuidado humano, concebido como la esencia y el objeto de estudio de la disciplina, se manifiesta en el ámbito hospitalario a través de la identificación precoz de las respuestas humanas frente a los procesos de salud y enfermedad(3). En el entorno de la hospitalización oncológica, la persona se encuentra en un estado de vulnerabilidad aguda debido tanto a los síntomas de la enfermedad como a los efectos secundarios iatrogénicos de las terapias médico-quirúrgicas, tales como dolor, náuseas, fatiga extrema, riesgo de linfedema y la alteración drástica de la imagen corporal por la mastectomía(4).

La Práctica de Enfermería Basada en la Evidencia permite transformar el cuidado meramente intuitivo o empírico en una praxis científica. A través de la aplicación sistemática de modelos teóricos como los Patrones Funcionales de Salud, el profesional de Enfermería en el servicio de hospitalización trasciende las tareas asistenciales rutinarias para diseñar estrategias de intervención personalizadas(5). Estas intervenciones buscan promover la resiliencia, optimizar los mecanismos de afrontamiento, mitigar el sufrimiento psicofísico y empoderar a la paciente en su proceso de transición, consolidando la autonomía y la relevancia de la ciencia de Enfermería en los equipos interdisciplinarios de salud(6).

A nivel global, la transición demográfica y los cambios en los estilos de vida han generado un incremento exponencial en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. De acuerdo con las estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama es la neoplasia más frecuentemente diagnosticada en el mundo, representando la principal causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres a nivel global(1). Anualmente se reportan millones de casos nuevos y cientos de miles de muertes por esta causa, afectando de manera desproporcionada a mujeres en edad productiva y generando un impacto macroeconómico y social devastador en las familias(7). Aunque las tasas de incidencia han sido históricamente elevadas en países de altos ingresos, las tasas de letalidad son críticamente superiores en los países de ingresos bajos y medios, donde la fragmentación de los servicios sanitarios limita el acceso al diagnóstico oportuno(1,7).

En la región de América Latina y el Caribe, el panorama epidemiológico del cáncer de mama presenta matices socioculturales y económicos particulares. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el cáncer de mama es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte por tumores malignos entre las mujeres de la región(8). Las tendencias demuestran un incremento sostenido en la incidencia, atribuido en gran medida al envejecimiento poblacional, la adopción de dietas occidentales hipercalóricas, el sedentarismo y factores reproductivos como el retraso en la edad del primer embarazo(2). El problema medular en América Latina radica en la supervivencia a cinco años, la cual es significativamente menor que en los países desarrollados debido a que un gran porcentaje de los casos se detectan en etapas clínicas avanzadas o metastásicas (Estadios III y IV), sobrecargando los servicios de hospitalización especializada(8).

Magnitud y Trascendencia del Fenómeno en México

En este sentido en México, el cáncer de mama se erige como una emergencia epidemiológica y la primera causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina mayor de veinte años(9). De acuerdo con las cifras oficiales consolidadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría de Salud, la tasa de mortalidad por cáncer de mama ha mostrado una tendencia ascendente en las últimas décadas, situándose como un problema prioritario de salud pública(9,10). La distribución geográfica de la enfermedad en el territorio mexicano evidencia una clara heterogeneidad socioeconómica: los estados de la región norte y las zonas metropolitanas registran las tasas de incidencia y mortalidad más elevadas(10).

No obstante, las mujeres del sur del país sufren una letalidad desproporcionada debido a las barreras geográficas, económicas y culturales que impiden el acceso a redes de servicios de hospitalización oncológica especializada, perpetuando la detección en fases avanzadas(2,10).

Por otro lado, al abordar el cáncer de mama y el ejercicio de la Enfermería se sustentan en un andamiaje normativo y político internacional que busca garantizar el derecho universal a la salud, la equidad de género y la seguridad del paciente.

La Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama de la OMS: Establece como meta global reducir la mortalidad mundial por esta patología en un 2.5% anual para el año 2040(7). Esta estrategia se articula en tres pilares fundamentales que norman las guías de práctica clínica: la promoción de la salud para la detección precoz, el diagnóstico oportuno y la gestión integral del tratamiento, donde la enfermería hospitalaria desempeña un rol crítico en la continuidad del cuidado(7).

El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): Constituye la norma ética y operativa global para la profesión(11). El código mandata que los profesionales de Enfermería tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. En la atención a la persona con cáncer de mama, el CIE norma la obligatoriedad de proporcionar cuidados culturalmente competentes, respetar la autonomía del paciente mediante el consentimiento informado y garantizar la confidencialidad de la información clínica(11).

Y las Políticas de Práctica Avanzada (OMS/CIE): Estas directrices internacionales impulsan la incorporación de enfermeras en roles especializados dentro de los sistemas de salud. En el ámbito oncológico, fundamenta la necesidad de contar con enfermeras y enfermeros en el servicio de hospitalización capaces de coordinar planes de cuidados complejos basados en la mejor evidencia científica disponible(6,11).

Siendo así, que, en los Estados Unidos Mexicanos, la atención integral del cáncer de mama y la práctica profesional de la Enfermería están estrictamente reguladas por el marco constitucional, leyes federales, normas oficiales mexicanas y códigos institucionales.

Las Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama: Es el instrumento jurídico y técnico que rige de manera obligatoria a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud(12). Esta norma establece de forma detallada los criterios operativos para las acciones de prevención secundaria, incluyendo la autoexploración mamaria mensual, el examen clínico anual y la toma de mastografía de tamizaje en mujeres de 40 a 69 años. Asimismo, norma los criterios de referencia de la paciente sospechosa hacia los servicios de especialización y hospitalización oncológica, definiendo los tiempos máximos de espera para el inicio del tratamiento médico y quirúrgico con el fin de salvaguardar la vida de la persona(12).

Y las Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Secretaría de Salud: Documentos normativos sectoriales que estandarizan las intervenciones médicas y de enfermería para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el segundo y tercer nivel de atención, asegurando la disminución de la variabilidad clínica y elevando la seguridad en los servicios de internamiento(13).

Por otro lado, los profesionales de la ciencia del cuidado en México ofrecen Normatividad como: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículo 4º): Garantiza el derecho humano a la protección de la salud, el cual se operativiza a través de la Ley General de Salud, ordenamiento que faculta y regula las profesiones del sector sanitario(14).

La Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud: Este instrumento normativo es el pilar legal del ejercicio profesional en México(15). Define los niveles de formación de enfermería y establece de forma precisa los ámbitos de competencia para el personal técnico, profesional y especializado. La NOM-019 mandata de forma obligatoria que el profesional de enfermería es responsable directivo del cuidado, teniendo la facultad y la obligación legal de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como el método científico de su práctica habitual. En el servicio de hospitalización, esta norma ampara la autonomía de enfermería para prescribir planes de cuidados basados en el juicio clínico independiente(15).

Por otro lado, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico: Regula el registro obligatorio de las intervenciones de salud. Para el personal de Enfermería, esta norma exige la elaboración rigurosa de la "Hoja de Enfermería", la cual debe contener gráficas de signos vitales, administración de medicamentos (especificando dosis, vía, hora y fecha), procedimientos realizados, observaciones clínicas y la formulación explícita de los diagnósticos y planes de cuidado ejecutados a pie de cama(16).

Y el Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México: Emitido por la Comisión Permanente de Enfermería, norma los principios morales de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, obligando al profesional a brindar un trato digno, humanizado y seguro a la persona hospitalizada con cáncer de mama, minimizando los riesgos de eventos adversos o mala práctica(17).

A pesar del robusto marco normativo y de la existencia de protocolos médicos estandarizados, se observa una brecha crítica en los servicios de hospitalización oncológica: la atención tiende a despersonalizarse. La saturación de los servicios hospitalarios induce frecuentemente a que el cuidado se focalice en la administración mecánica de esquemas de tratamiento y en el control de síntomas puramente biológicos, omitiendo la esfera psicosocial y emocional de la mujer(3). La ansiedad prequirúrgica ante una mastectomía inminente, el sufrimiento espiritual, el aislamiento hospitalario y la desestructuración de la identidad femenina por la pérdida del órgano mamario suelen quedar relegados a un segundo plano(4).

Esta fragmentación del cuidado constituye el problema científico del presente trabajo. Si la enfermería hospitalaria no deconstruye y sistematiza su práctica a través de un método científico propio, el cuidado pierde su esencia humanística y se convierte en una extensión técnica del modelo médico corporativista(3,6). Para resolver este vacío, se plantea la necesidad de utilizar un marco conceptual de valoración de enfermería que organice la recolección de datos de forma holística(5).

En este estudio de caso clínico, se adopta el modelo de los once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon(5). Este marco teórico es idóneo para la persona con cáncer de mama en el ámbito hospitalario, ya que no se limita a explorar los signos vitales o la herida quirúrgica, sino que profundiza de forma sistemática en el Patrón de Autopercepción y Autoconcepto (evaluando la respuesta ante la pérdida de la mama y la alteración de la imagen corporal) y en el Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés (identificando los niveles de ansiedad, miedo al futuro y la efectividad de las redes de apoyo familiares)(4,5). La recolección de datos bajo este modelo permite al profesional estructurar diagnósticos de Enfermería precisos, pertinentes y con un alto nivel de sensibilidad científica(18).

Para delimitar el alcance del problema de investigación y guiar el análisis clínico, se ha estructurado la pregunta científica mediante la metodología PICOT, desglosada analíticamente a continuación:

P (Población): Persona de sexo femenino, de cuarenta y cinco años de edad, con diagnóstico médico de cáncer de mama, ingresada en el servicio de hospitalización oncológica.

I (Intervención): Aplicación de un plan de cuidados de Enfermería individualizado, integral e innovador, fundamentado en la metodología científica del proceso de atención de Enfermería, empleando las taxonomías actuales NANDA-I 2024-2026(18), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC(19) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC(20).

C (Comparación): La práctica convencional de cuidado de Enfermería hospitalario de carácter tradicional, que se enfoca predominantemente en actividades delegadas e instrumentales y carece de una planeación taxonómica estandarizada u holística(3).

O (Resultado / Outcome): Optimización y mejora significativa de las respuestas humanas alteradas, evidenciada a través de la reducción de los niveles de ansiedad hospitalaria, el control efectivo de los efectos secundarios del tratamiento oncológico (náuseas, dolor) y la potenciación de los mecanismos de adaptación frente a la alteración de la imagen corporal(4,19).

T (Tiempo): El período continuo de estancia hospitalaria de la paciente en el servicio de internamiento especializado, comprendido entre los meses de septiembre y octubre de 2025.

MÉTODOS

Tipo de Estudio y Contexto Espacio-Temporal

Se diseñó y ejecutó un estudio de caso clínico de abordaje cualitativo, descriptivo y analítico(21). La investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones del servicio de hospitalización del Hospital ISSSTE Columba Rivera Osorio, Pachuca de Soto, Hidalgo en México. El periodo cronológico en el que se desarrolló el seguimiento clínico, la implementación del cuidado y la recolección de los datos comprendió del 17 de marzo al 17 de abril del año 2026, tiempo durante el cual la paciente permaneció internada para recibir esquemas terapéuticos especializados.

El estudio de caso se operativizó con un estricto rigor metodológico estructurado en torno a las cinco etapas consecutivas e interrelacionadas del Proceso de Atención de Enfermería(15):

En la etapa de Valoración: Se adoptó como andamiaje teórico el modelo de los once Patrones Funcionales de Salud desarrollado por Marjory Gordon(5). La obtención y recolección de los datos clínicos se realizó de manera directa en el entorno de hospitalización de la paciente a través de tres métodos fundamentales: la entrevista clínica estructurada y dirigida a la persona y a su cuidador primario, la observación científica participante y reflexiva de las conductas de la paciente, y la realización de un examen físico exhaustivo de orientación céfalo-caudal, con especial énfasis en la exploración de la región mamaria, la integridad cutánea, la presencia de dispositivos invasivos y la valoración del dolor. Esta información se complementó con datos secundarios obtenidos mediante la revisión minuciosa del expediente clínico, incluyendo notas médicas y reportes de laboratorio(16).

Por otro lado, en la etapa de Diagnóstico: Una vez recolectados los datos, se procedió a la fase de procesamiento, organización y análisis crítico mediante el juicio clínico y el razonamiento inductivo-deductivo. Se identificaron las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados (causas) o factores de riesgo de los patrones de salud vulnerados. La formulación de los juicios clínicos se realizó en estricta observancia a la terminología estandarizada internacional de la taxonomía NANDA-I, en su versión actual 2024-2026(18). Se priorizaron los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema (reales) y de riesgo que impactaban de forma directa en la seguridad de la paciente durante su estancia hospitalaria.

En la tercera etapa la Planificación: Con base en los diagnósticos de Enfermería priorizados, se establecieron los objetivos terapéuticos y los resultados esperados utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)(19). Para cada resultado seleccionado, se determinaron sus respectivos indicadores clínicos evaluables mediante escalas tipo Likert de 5 puntos. Posteriormente, se diseñó la estrategia de intervención mediante la selección de las actividades más pertinentes descritas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)(20), eligiendo aquellas recomendaciones con el mayor nivel de evidencia científica y adaptándolas rigurosamente al contexto de la unidad de hospitalización.

En la cuarta etapa de Ejecución: Las intervenciones y actividades de Enfermería planificadas se pusieron en práctica de forma directa, individualizada y humanizada a pie de cama de la paciente(3). La ejecución incluyó la aplicación de intervenciones independientes (tales como técnicas de manejo de la ansiedad, terapia cognitiva para la aceptación de la imagen corporal, consejería y educación sanitaria para el autocuidado) e intervenciones interdependientes y dependientes (como la administración segura de medicamentos analgésicos y antieméticos, el cuidado de la herida quirúrgica y la monitorización hemodinámica). Todas las actividades fueron implementadas de manera continua por el personal de enfermería responsable del caso y quedaron documentadas cronológicamente en los registros institucionales(16).

Y en la última etapa de Evaluación: La fase final consistió en una evaluación sumativa y formativa del plan de cuidados. Se midió la efectividad del juicio clínico y de las actividades de Enfermería mediante la revaloración de los indicadores de resultado NOC en momentos específicos de la evolución del caso(19). Se comparó la puntuación basal de los indicadores (puntuación de inicio) con la puntuación obtenida tras la implementación de las intervenciones NIC (puntuación de cambio), verificando cuantitativa y cualitativamente el logro de la puntuación diana establecida(19,20).

Sistema de Registro Usado y Procesamiento de la Información

El sistema de registro formal empleado para documentar cada una de las fases del proceso fue la Hoja de Registros Clínicos y Esquema de Enfermería oficial de la institución, adaptada bajo el enfoque metodológico del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) de acuerdo con los lineamientos vigentes de la Comisión Permanente de Enfermería(15,16).

Para el procesamiento de la información, se utilizó la técnica de triangulación cualitativa de datos(21), correlacionando la narrativa del relato clínico obtenido en la valoración, los fundamentos de las guías de práctica clínica(13) y los criterios de medición cuantitativa de las escalas de evaluación de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, garantizando así la validez científica y la replicabilidad del estudio de caso en el ámbito hospitalario.

DESARROLLO

Fase de Valoración de Enfermería

Persona de sexo femenino de cuarenta y cinco años de edad, con diagnóstico médico de adenocarcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, ingresada en el servicio de hospitalización oncológica para someterse a una mastectomía radical modificada programada. A la valoración de enfermería fundamentada en los Once Patrones Funcionales de Marjory Gordon se identificaron los siguientes hallazgos:

Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud

-Datos subjetivos: La paciente refiere comprender la naturaleza de su diagnóstico médico y la necesidad del tratamiento quirúrgico hospitalario, manifestando: "Sé que mi mamá pasó por esto y se salvó, pero me aterra pensar que yo pueda tener un desenlace diferente".

-Datos objetivos: Se observa una estricta adherencia a las indicaciones del personal de enfermería, puntualidad en la toma de muestras de laboratorio y participación activa en los protocolos de preparación intrahospitalaria.

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

-Datos subjetivos: Refiere la presencia de náuseas constantes e intensas que se agudizan al percibir el olor de los alimentos de la dieta hospitalaria, evaluando el síntoma en 6/10 en la escala visual analógica. Reporta marcada aversión alimenticia y distorsión del gusto (sabor metálico en la boca) tras el último ciclo de quimioterapia neoadyuvante recibido hace cuatro días.

-Datos objetivos: Peso corporal medido en 62 kilogramos, talla de 1.60 metros, determinando un Índice de Masa Corporal de 24.2 kg/m² (rango normal). A la inspección se evidencia palidez de tegumentos y mucosa oral semihúmeda. Se observa catéter venoso central implantable (puerto subcutáneo) en la región subclavia derecha, normofuncional, con piel circundante íntegra, limpia, seca, sin presencia de eritema, secreciones ni signos locales de infección.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo

-Datos subjetivos: Expresa dolor de tipo punzante y localizado en el cuadrante superior externo de la mama izquierda, el cual cuantifica en una intensidad de 4/10 en la escala numérica del dolor.

-Datos objetivos: Paciente consciente, alerta, orientada globalmente en las tres esferas neurológicas (tiempo, espacio y persona), con lenguaje coherente y fluido.

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto

-Datos subjetivos: Manifiesta sentimientos de profunda tristeza respecto a la pérdida inminente de su seno, verbalizando textualmente a pie de cama: "Tengo miedo de ver cómo va a quedar mi cuerpo después de la cirugía, siento que perderé mi feminidad y que ya no seré la misma mujer para mi esposo".

-Datos objetivos: Se constata llanto esporádico e incontenible al abordar el procedimiento quirúrgico de la mastectomía, marcado retraimiento conductual, evitación del contacto visual al explorar la zona mamaria y postura corporal encorvada de protección.

Patrón 10: Afrontamiento - Tolerancia al estrés

-Datos subjetivos: Reporta incapacidad absoluta para conciliar el sueño reparador durante las noches de estancia hospitalaria debido a pensamientos rumiantes y preocupación constante por el futuro de sus hijos y el éxito de la operación.

-Datos objetivos: Presencia de facies de angustia, ceño fruncido, hiperventilación leve e inquietud motora manifiesta (movimientos repetitivos de las manos). Se registra taquicardia leve con una frecuencia cardíaca oscilante en 94 latidos por minuto a la toma de signos vitales. Como factor protector objetivo, se evidencia la presencia física y el acompañamiento permanente de su esposo y su madre en la unidad de internamiento.

Fase de Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación (Planes de Cuidados Taxonómicos)

A partir del análisis de los patrones alterados, se estructuraron tres planes de cuidados priorizados utilizando la interrelación de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, los cuales se detallan en las tablas subsecuentes.

Discusión

La aplicación estructurada del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en este estudio demostró que la hospitalización de una persona con cáncer de mama genera respuestas humanas complejas que van mucho más allá de la necesidad del control analgésico postoperatorio. El hallazgo principal evidenció que la ansiedad prequirúrgica (NANDA 00146) y el temor a la desestructuración corporal (NANDA 00118) constituyen los ejes prioritarios sobre los cuales el personal de Enfermería debe innovar el cuidado, coincidiendo plenamente con los hallazgos descritos por Smith y colaboradores(2), quienes subrayan que el impacto psicosocial inmediato del diagnóstico y tratamiento quirúrgico supera en muchas ocasiones la sintomatología física basal de la enfermedad.

Al contrastar los resultados de este caso con un ensayo clínico aleatorizado realizado por Brown y colaboradores(4), se valida que las intervenciones tempranas de Enfermería enfocadas en la preparación cognitiva prequirúrgica (NIC 5610) y el soporte adaptativo a la imagen corporal (NIC 5220) mitigan sustancialmente el estrés agudo intrahospitalario. Sin embargo, a diferencia de los modelos de cuidado estandarizados que suelen aplicarse mecánicamente en unidades de alta rotación asistencial(3), este estudio de caso individualizado integró el uso combinado de técnicas de relajación autónoma y el empoderamiento familiar a pie de cama, logrando una evolución de los indicadores NOC de un estado comprometido a uno moderadamente satisfactorio en un lapso de apenas cuatro semanas.

Respecto al manejo del patrón nutricional, la persistencia de náuseas iatrogénicas secundarias a la quimioterapia neoadyuvante requirió la sinergia de Intervenciones Independientes de Enfermería (NIC 1450) y la terapia farmacológica interdependiente. Esta perspectiva coincide con las directrices de cuidado oncológico hospitalario vigentes(13), que sostienen que el control sintomático estricto es un requisito indispensable para preservar la calidad de vida y favorecer la cicatrización tisular postoperatoria.

La aplicabilidad de los resultados de este plan de cuidados es altamente viable y generalizable para las instituciones del Sistema Nacional de Salud en México, puesto que se alinea operativamente con los mandatos legales de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013(15). El uso de taxonomías estandarizadas dota al personal clínico de un lenguaje científico unificado que facilita la continuidad del cuidado entre los diferentes turnos de hospitalización.

Como principal limitación del estudio, se reconoce que, al tratarse de un seguimiento intrahospitalario a corto plazo, no fue posible evaluar las respuestas humanas a largo plazo tras el alta médica, tales como la reintegración de la paciente a su dinámica laboral o el impacto crónico de la linfadenectomía. No obstante, el aporte metodológico fundamental de este trabajo radica en demostrar de forma documentada que una valoración de Enfermería holística y oportuna mitiga la despersonalización del cuidado en entornos hospitalarios saturados, posicionando a la enfermera como una terapeuta activa en la salud mental y física del paciente oncológico.

Conclusiones

La aplicación del proceso de atención de Enfermería a la paciente con cáncer de mama en el servicio de hospitalización demostró ser el método científico idóneo para identificar y abordar de forma integral las respuestas humanas prioritarias. A través de la valoración sistemática basada en el modelo de los once patrones funcionales de Marjory Gordon se logró detectar que las alteraciones en las esferas de autopercepción y afrontamiento al estrés poseían una carga de vulnerabilidad equivalente a los síntomas físicos de la quimioterapia. La estructuración de planes de cuidados individualizados con terminología estandarizada NANDA-I, NOC y NIC facilitó la ejecución de intervenciones de Enfermería Basadas en la Evidencia que redujeron significativamente los niveles de ansiedad prequirúrgica y atenuaron los efectos adversos del tratamiento médico. Finalmente, la evaluación cuantitativa del cambio en las puntuaciones de los indicadores NOC confirmó la efectividad del cuidado humanizado y especializado brindado, validando la relevancia de la autonomía disciplinar de enfermería para favorecer la adaptación y resiliencia de la persona hospitalizada durante su transición de salud en el entorno oncológico.

REFERENCIAS

1. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing global burden of breast cancer: Where are we now and where are we going? *CA Cancer J Clin.* 2024;74(2):112-131.
2. Smith A, Jones B, White C. Psychological and social impact of breast cancer diagnosis on young women: a qualitative systematic review. *Eur J Oncol Nurs.* 2023;64:102320.
3. Johnson L, Martínez M. Humanized care in nursing: the essence of clinical practice in oncology units. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2022;30:e3542.
4. Brown K, Davis R, Wilson T. Tailored nursing interventions for body image disturbance in hospitalized breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2024;149:104612.
5. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 15ª ed. Madrid: Elsevier; 2022.
6. Aiken LH, Sloane DM, Brom H, Todd BA, Barnes H, Cimiotti JP, et al. Nursing advanced practice in hospital safety and patient outcomes: A multi-country cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2023;138:104410.
7. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama de la OMS: Directrices para la implementación de planes nacionales de control del cáncer. Ginebra: OMS; 2023.
8. Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en la Región de las Américas: Perfiles de país y prioridades regionales de control 2021-2025. Washington, D.C.: OPS; 2022.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer de mama: Datos nacionales consolidados. Ciudad de México: INEGI; 2024.
10. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad por Eficacia del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Cáncer de Mama en México. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2024.
11. Consejo Internacional de Enfermeras. El Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Versión revisada. Ginebra: CIE; 2021.
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación. 2011 Jun 9 [Revisada/Vigente en 2025].
13. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Mama en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC); 2023.
14. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Última Reforma Publicada. Ciudad de México: DOF; 2024.
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2013 Ago 13 [Revisada/Vigente en 2025].
16. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. 2012 Oct 15 [Revisada/Vigente en 2025].
17. Comisión Permanente de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2019.
18. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
19. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
20. Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

FINANCIACIÓN

No financing

CONFLICTOS DE INTERÉS

None

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Redacción - borrador original: Roxana Licona Hernández, Allysson Yaneli Pozos Ramírez, Maheva Adalid Jiménez Oropeza, Karla Nohemí Cortes Guzmán, Michel Oria Saavedra, Anibal Espinosa Aguilar, Nancy Lorely Granado Mercado.

Redacción - revisión y edición: Roxana Licona Hernández, Allysson Yaneli Pozos Ramírez, Maheva Adalid Jiménez Oropeza, Karla Nohemí Cortes Guzmán, Michel Oria Saavedra, Anibal Espinosa Aguilar, Nancy Lorely Granado Mercado.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PAE) Proceso de Atención de Enfermería basado en NANDA-I (2024-2026), NIC y NOC																	
Paciente: Femenina, 62 kg, 1.60 m (IMC: 24.2)		Diagnóstico Médico: Neoplasia Mamaria / Mastectomía Programada		Tratamiento Reciente: Quimioterapia Neoadyuvante (hace 4 días)	Dispositivo: Catéter Venoso Central Implantable (Subclavia Dextral)												
DIAGNOSTICO NANDA-I (2024-2026) — CÓDIGO: 00146																	
Ansiedad relacionada con grandes crisis (diagnóstico de cáncer y mastectomía inminente) y amenaza para el estado de salud y el rol familiar; manifestado por angustia, rumiación, insomnio, facies de tensión, taquicardia leve e inquietud motora. Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento																	
CRITERIOS DE RESTRICCIÓN / RESULTADOS			INTERVENCIONES (NIC) Y ACTIVIDADES DE (NOC)ENFERMERIA														
Resultado: Autocontrol de la ansiedad (1402)			Intervención: Disminución de la ansiedad (5820)														
<table><tr><td>Indicador (Código)</td><td>P.I.</td><td>P.M.</td></tr><tr><td>140201 mantiene el patrón de sueño.</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>140204 refiere disminución de síntomas físicos.</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>140217 controla la respuesta de ansiedad.</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>			Indicador (Código)	P.I.	P.M.	140201 mantiene el patrón de sueño.	1	4	140204 refiere disminución de síntomas físicos.	2	5	140217 controla la respuesta de ansiedad.	2	4	• <i>Escucha activa:</i> Brindar un enfoque sereno que dé seguridad; escuchar miedos de la paciente sobre sus hijos y la cirugía sin juzgar. • <i>Instrucción prequirúrgica:</i> Explicar con lenguaje claro todos los procedimientos intrahospitalarios preoperatorios para reducir la incertidumbre. • <i>Técnicas de relajación:</i> Enseñar y guiar respiraciones diafragmáticas profundas para mitigar la taquicardia e hiperventilación. • <i>Soporte familiar:</i> Integrar activamente al esposo y a la madre como factores protectores en el soporte emocional diario.		
Indicador (Código)	P.I.	P.M.															
140201 mantiene el patrón de sueño.	1	4															
140204 refiere disminución de síntomas físicos.	2	5															
140217 controla la respuesta de ansiedad.	2	4															
Puntuación Diana Global: Inicial: 5/15 → Meta: 13/15 Escala Likert: 1: Nunca, 2: Raramente, 3: A veces, 4: Frecuentemente, 5: Siempre.																	
DIAGNÓSTICO NANDA-I (2024-2026) — CÓDIGO: 00118																	
Trastorno de la imagen corporal relacionado con alteración de la estructura corporal por procedimiento quirúrgico (mastectomía); manifestado por temor a la pérdida de la feminidad, llanto incontenible al abordar la cirugía, retraimiento y evitación de contacto visual al explorar el área mamaria. Dominio 6: Autopercepción Clase 3: Imagen corporal																	
Resultado: Imagen corporal (1200)			Intervención: Mejora de la imagen corporal (5220)														
<table><tr><td>Indicador (Código)</td><td>P.I.</td><td>P.M.</td></tr><tr><td>120005 satisfacción con el aspecto corporal</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>120007 adaptación a cambios físicos reales</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>120014 concordancia entre realidad corporal e ideal</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>			Indicador (Código)	P.I.	P.M.	120005 satisfacción con el aspecto corporal	1	3	120007 adaptación a cambios físicos reales	1	4	120014 concordancia entre realidad corporal e ideal	2	4	• <i>Validación emocional:</i> Ayudar a verbalizar el miedo a perder la feminidad y el impacto en la relación con su pareja, validándolo como un duelo normal. • <i>Clarificación de expectativas:</i> Ofrecer información objetiva sobre la cicatrización esperada y opciones futuras (prótesis/reconstrucción) si la paciente desea conocerlas. • <i>Abordaje en pareja:</i> Fomentar la inclusión del esposo en charlas terapéuticas para fortalecer el apoyo mutuo y disipar temores compartidos.		
Indicador (Código)	P.I.	P.M.															
120005 satisfacción con el aspecto corporal	1	3															
120007 adaptación a cambios físicos reales	1	4															
120014 concordancia entre realidad corporal e ideal	2	4															
Puntuación Diana Global: Inicial: 4/15 → Meta: 11/15 Escala Likert: 1: Nunca positivo, 2: Raramente, 3: Moderadamente, 4: Frecuentemente, 5: Siempre positivo.																	
DIAGNÓSTICO NANDA-I (2024-2026) — CÓDIGO: 00134																	
Náuseas relacionado con régimen de tratamiento (quimioterapia neoadyuvante recibida hace 4 días); manifestado por reporte de náuseas constantes agudizadas por olores hospitalarios (6/10 EVA), aversión alimenticia y distorsión del gusto (sabor metálico). Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico.																	
Resultado: Control de náuseas y vómitos (1618)			Intervención: Mejora de la imagen corporal (5220)														

<table><tr><th>Indicador (Código)</th><th>P.I.</th><th>P.M.</th></tr><tr><td>161801 reconoce el inicio de las náuseas</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>161809 evita los factores desencadenantes</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>161812 informa de náuseas controladas</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>			Indicador (Código)	P.I.	P.M.	161801 reconoce el inicio de las náuseas	3	5	161809 evita los factores desencadenantes	2	4	161812 informa de náuseas controladas	2	5	• <i>Validación emocional:</i> Ayudar a verbalizar el miedo a perder la feminidad y el impacto en la relación con su pareja, validándolo como un duelo normal. • <i>Clarificación de expectativas:</i> Ofrecer información objetiva sobre la cicatrización esperada y opciones futuras (prótesis/reconstrucción) si la paciente desea conocerlas. • <i>Abordaje en pareja:</i> Fomentar la inclusión del esposo en charlas terapéuticas para fortalecer el apoyo mutuo y disipar temores compartidos.		
Indicador (Código)	P.I.	P.M.															
161801 reconoce el inicio de las náuseas	3	5															
161809 evita los factores desencadenantes	2	4															
161812 informa de náuseas controladas	2	5															
Puntuación Diana Global: Inicial: 4/15 → Meta: 11/15 Escala Likert: 1: Nunca positivo, 2: Raramente, 3: Moderadamente, 4: Frecuentemente, 5: Siempre positivo.																	
DIAGNÓSTICO NANDA-I (2024-2026) — CÓDIGO: 00132																	
Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos (neoplasia mamaria); manifestado por autoinforme de dolor punzante en el cuadrante superior externo de la mama izquierda valorado en 4/10. Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico.																	
Resultado: Control del dolor (1605)			Intervención: Manejo del dolor: agudo (1410)														
<table><tr><th>Indicador (Código)</th><th>P.I.</th><th>P.M.</th></tr><tr><td>160502 reconoce el comienzo del dolor</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>160511 refiere dolor controlado</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>			Indicador (Código)	P.I.	P.M.	160502 reconoce el comienzo del dolor	4	5	160511 refiere dolor controlado	3	5	• <i>Monitoreo del dolor:</i> Evaluar las características, localización e intensidad (EVA) al menos cada turno y pre/post analgesia. • <i>Administración analgésica:</i> Cumplir con los analgésicos pautados por horario para evitar picos de dolor antes de la intervención. • <i>Posición de confort:</i> Ayudar a la paciente a adoptar posturas que relajen la musculatura torácica y disminuyan la tensión de la mama izquierda.					
Indicador (Código)	P.I.	P.M.															
160502 reconoce el comienzo del dolor	4	5															
160511 refiere dolor controlado	3	5															
Puntuación Diana Global: Inicial: 7/10 → Meta: 10/10 Escala Likert: 1: Nunca, 2: Raramente, 3: A veces, 4: Frecuentemente, 5: Siempre demostrado.																	
DIAGNÓSTICO NANDA-I (2024-2026) — CÓDIGO: 00004																	
Riesgo de infección manifestado por alteración de la integridad de la piel secundario a procedimiento invasivo (presencia de catéter venoso central implantable subcutáneo en región subclavia derecha). Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 1: Infección.																	
Resultado: Integridad tisular: piel y mucosas (1101)			Intervención: Manejo del dolor: agudo (1410)														
<table><tr><th>Indicador (Código)</th><th>P.I.</th><th>P.M.</th></tr><tr><td>110111 perfusión tisular en la zona periférica</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>110115 lesiones cutáneas (eritema/ secreción)</td><td>5</td><td>5</td></tr></table>			Indicador (Código)	P.I.	P.M.	110111 perfusión tisular en la zona periférica	5	5	110115 lesiones cutáneas (eritema/ secreción)	5	5	• <i>Monitoreo del dolor:</i> Evaluar las características, localización e intensidad (EVA) al menos cada turno y pre/post analgesia. • <i>Administración analgésica:</i> Cumplir con los analgésicos pautados por horario para evitar picos de dolor antes de la intervención. • <i>Posición de confort:</i> Ayudar a la paciente a adoptar posturas que relajen la musculatura torácica y disminuyan la tensión de la mama izquierda.					
Indicador (Código)	P.I.	P.M.															
110111 perfusión tisular en la zona periférica	5	5															
110115 lesiones cutáneas (eritema/ secreción)	5	5															
Puntuación Diana Global: Inicial: 7/10 → Meta: 10/10 Escala Likert: 1: Nunca, 2: Raramente, 3: A veces, 4: Frecuentemente, 5: Siempre demostrado.																	
Nota de Evaluación Vinculada: La efectividad de este plan se medirá mediante el corrimiento cuantitativo de los indicadores NOC. El éxito clínico se determinará cuando el total acumulado de las puntuaciones diana alcance o se aproxime al valor meta, asegurando que la paciente ingrese al quirófano con una óptima estabilidad psicósomática, síntomas de náuseas y dolor mitigados, y la preservación de la seguridad del acceso venoso.																	