

Construcción de un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes sometidas a reconstrucción mamaria microquirúrgica**

Larissa Sydor Victor^{1*} , Lia Híria Camposana¹ , Francine Dutra Mattei¹ , Marcia Regina Cubas¹ 

RESUMEN

Objetivo: Elaborar un protocolo de enfermería para el cuidado de pacientes sometidas a reconstrucción microquirúrgica de mama. **Método:** Investigación metodológica, con enfoque cualitativo, que utilizó la Teoría de las Transiciones como marco teórico. La elaboración siguió los criterios del Consejo Federal de Enfermería y las fases de la Investigación Convergente-Asistencial, con participación de tres enfermeros y datos de 25 mujeres. La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®) se utilizó como terminología para el registro. **Resultados:** El protocolo está compuesto por 17 diagnósticos, 17 resultados y 29 intervenciones de enfermería mapeados con la CIPE®. Además, incorpora información para el cuidado de pacientes en el postoperatorio de reconstrucción microquirúrgica de mama. **Conclusión:** El protocolo constituye una herramienta tecnológica con potencial de contribución al área. Se espera que su utilización ofrezca seguridad, previniendo complicaciones y reingresos. El uso de terminología para el registro debe proporcionar visibilidad al trabajo del enfermero.

DESCRIPTORES: Terminología estandarizada en enfermería. Teoría de enfermería. Reconstrucción mamaria.

Development of a Nursing Care Protocol for Patients Undergoing Microsurgical Breast Reconstruction

ABSTRACT

Objective: To develop a nursing protocol for the care of patients undergoing microsurgical breast reconstruction. **Method:** This methodological study used a qualitative approach and adopted the Transitions Theory as its theoretical framework. The protocol development followed the criteria established by the Federal Nursing Council and the phases of Convergent Care Research, with the participation of three nurses and the use of data from 25 women. The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) was used as the terminology system for documentation. **Results:** The protocol comprises 17 nursing diagnoses, 17 nursing outcomes, and 29 nursing interventions mapped according to the ICNP®. In addition, it includes guidance for the care of patients in the postoperative period following microsurgical breast reconstruction. **Conclusion:** The protocol is a technological tool with the potential to contribute to the field. Its use is expected to enhance patient safety by preventing complications and hospital readmissions. The use of standardized terminology for documentation should also enhance the visibility of nurses' work.

DESCRIPTORS: Standardized nursing terminology. Nursing theory. Breast reconstruction.

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná  – Curitiba (PR), Brasil.

*Autora de correspondencia: larissasydor@gmail.com

Editora de Sección: Carol Viviana Serna González 

Recibido: 3 de febrero de 2025 | Aceptado: 24 de marzo de 2026

Cómo citar: Victor LS, Camposana LH, Mattei FD, Cubas MR. Construcción de un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes sometidas a reconstrucción mamaria microquirúrgica. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., São Paulo, v24, e1724, 2026. https://doi.org/10.30886/estima.v24.1724_ES

**Origen del artículo: Extraído de la disertación "Protocolo de enfermería para el cuidado de pacientes oncológicas en el postoperatorio inmediato de reconstrucción mamaria con colgajo microquirúrgico", presentada en el Programa de Posgrado en Tecnología en Salud de la Pontificia Universidad Católica de Paraná, en 2024.

Construção de protocolo de cuidados de enfermagem a pacientes submetidas a reconstrução microcirúrgica de mama

RESUMO

Objetivo: Construir um protocolo de enfermagem para o cuidado às pacientes submetidas a reconstrução microcirúrgica de mama. **Método:** Pesquisa metodológica, de abordagem qualitativa, que utilizou a Teoria das Transições como referencial teórico. A elaboração seguiu os critérios do Conselho Federal de Enfermagem e as fases da Pesquisa Convergente Assistencial, com participação de três enfermeiros e com uso dos dados de 25 mulheres. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi utilizada como terminologia para registro. **Resultados:** O protocolo é composto por 17 diagnósticos, 17 resultados e 29 intervenções de enfermagem mapeados com a CIPE®. Além disso, insere informações de cuidado de pacientes em pós-operatório de reconstrução microcirúrgica de mama. **Conclusão:** O protocolo é uma ferramenta tecnológica com capacidade para contribuição na área. Espera-se que seu uso ofereça segurança, prevenindo complicações e reinternações. O uso de terminologia para registro deve proporcionar a visibilidade do trabalho do enfermeiro.

DESCRIPTORES: Terminologia padronizada em enfermagem. Teoria de enfermagem. Reconstrução da mama.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres en Brasil, excluyendo el cáncer de piel no melanoma¹. El tratamiento es prolongado y con frecuencia implica diferentes terapias combinadas, especialmente terapias locales, como la radioterapia y la cirugía, que pueden resultar en pérdida tisular de la mama².

En los casos en que las pacientes presentan grandes pérdidas tisulares, el tratamiento puede incluir la reconstrucción microquirúrgica o el trasplante autólogo microvascularizado de mama, técnica que consiste en la transferencia de un colgajo libre o microquirúrgico, es decir, el uso de tejido de la propia paciente procedente de una zona alejada del área lesionada³.

La reconstrucción autóloga proporciona una mayor satisfacción a la paciente y reduce los riesgos relacionados con el uso de implantes. Además, se observan mejoras en el bienestar físico y psicosocial, en la autoestima y en la sexualidad de las mujeres sometidas a reconstrucción con colgajo microquirúrgico⁴.

Algunas de las respuestas humanas de las mujeres con cáncer de mama están relacionadas con sentimientos como el miedo, el aislamiento y la inseguridad, fenómenos que trascienden el aspecto fisiológico⁵. Así, es necesario que, al cuidar de estas mujeres, el enfermero utilice herramientas que contribuyan a mejorar la asistencia, la estandarización de los cuidados y los registros, garantizando la obtención de resultados positivos para una mejor recuperación de las mujeres sometidas a cirugía⁶.

Los fenómenos derivados de las respuestas humanas de las mujeres con cáncer de mama deben representarse mediante terminologías estandarizadas. Cuando los protocolos se elaboran con base en teorías de enfermería y se utiliza un lenguaje estandarizado, se sostiene que la evaluación de la asistencia prestada se vuelve posible y precisa⁷.

Siendo el protocolo una de las herramientas utilizadas en la práctica asistencial de enfermería, es importante que el lenguaje empleado en la documentación sea estandarizado y universal. La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE)® es un sistema de lenguaje estandarizado utilizado para “componer y representar diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería”⁸.

Para que los protocolos puedan operacionalizarse de acuerdo con las necesidades integrales de cada mujer, es necesario el uso de una teoría de enfermería que permita fundamentar las etapas implicadas en el cuidado holístico. Una teoría de enfermería capaz de sustentar la elaboración de protocolos es la Teoría de las Transiciones de Afaf Ibrahim Meleis.

Esto se debe a que la teoría permite un enfoque holístico e integral, siendo capaz de orientar la asistencia hacia las particularidades implicadas y de apoyar la transición vivida durante el proceso de la enfermedad y del tratamiento, favoreciendo una mayor capacidad de autonomía y la obtención de resultados positivos⁹.

Considerando la complejidad de la reconstrucción microquirúrgica de mama y la escasez de estudios que proporcionen apoyo al enfermero en el cuidado postoperatorio de pacientes sometidas a este procedimiento para la prevención de la pérdida del colgajo, se justifica la elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería.

OBJETIVOS

Construir un protocolo de enfermería para el cuidado de las pacientes sometidas a reconstrucción microquirúrgica de mama.

MÉTODOS

Se trata de un estudio metodológico, con enfoque cualitativo, siguiendo los criterios para la elaboración de protocolos del Consejo Federal de Enfermería (COFEN)¹⁰, las fases de la Investigación Convergente-Asistencial (PCA)¹¹ y utilizando la Teoría de las Transiciones como marco teórico. El uso de la Teoría de las Transiciones, alineada con el método propuesto, proporciona mejoras en la asistencia, en la construcción de conocimiento y en el desarrollo de tecnologías e innovaciones por parte del profesional de enfermería, ya que permite explorar la experiencia de los individuos en un determinado contexto y la adaptación de los implicados en el cuidado de manera integral. Esto puede observarse en este estudio, donde las mujeres atraviesan un tratamiento oncológico, una cirugía mutiladora y, posteriormente, la reconstrucción mamaria.

La elaboración de este protocolo de cuidados tuvo lugar entre marzo y septiembre de 2024, en un hospital oncológico del sur de Brasil, centro de referencia en cirugía reconstructiva.

La PCA se integra de manera singular en la práctica asistencial. Además, supera el paradigma del modelo biomédico al comprender el conocimiento como una construcción colectiva y contextualizada¹¹. Parte del supuesto de que existen múltiples realidades dinámicas y de que el conocimiento emerge de la interacción social entre el investigador y los participantes¹¹. Así, garantiza un carácter transformador y colaborativo, orientado a la innovación y al cambio en los contextos de cuidado mediante relaciones democráticas y un conocimiento constructivista¹¹. La PCA consta de cuatro etapas: fase de concepción, fase de instrumentación, fase de exploración y fase de análisis¹¹. Los criterios del COFEN, por su parte, están compuestos por: objetivo y evidencias; origen y desarrollo; conflicto de intereses; revisión, validación por los profesionales, validación por los usuarios, limitaciones, diagrama de flujo, plan de implementación e indicadores de resultado¹⁰. Las fases de la PCA y los criterios del COFEN se llevaron a cabo de manera simultánea e interrelacionada, como se muestra en la Cuadro 1.

Los participantes fueron tres enfermeros asistenciales que trabajaban en la institución desde hacía más de seis meses en el cuidado directo de pacientes sometidas a reconstrucción microquirúrgica de mama, seleccionados por la dirección. Adicionalmente, se incluyeron las historias clínicas de 25 mujeres sometidas a reconstrucción mamaria con colgajo microquirúrgico entre enero de 2017 y junio de 2023. De este modo, los datos se recopilaban de manera retrospectiva, correspondiendo a la fase de exploración de la PCA.

Cuadro 1. Fases metodológicas de la Investigación Convergente-Asistencial relacionadas con los criterios del COFEN para la elaboración de protocolos. Curitiba (PR), 2024.

Fase de la PCA	Criterios del COFEN simultáneos a la fase de la PCA
Concepción	Objetivo Evidencias
Instrumentación	Origen Desarrollo
Exploración	Conflicto de intereses
Análisis	Validación por los profesionales Validación por los usuarios Limitaciones Diagrama de flujo Plan de implementación Indicadores de resultados

PCA: Investigación Convergente-Asistencial; COFEN: Consejo Federal de Enfermería.
Fuente: Elaboración propia.

Para la recogida de datos se elaboró un instrumento que contenía las principales características que debían evaluarse en las reconstrucciones mamarias microquirúrgicas, entre ellas: antecedentes personales y familiares (comorbilidades, alergias, medicación); tratamientos realizados (quimioterapia, radioterapia); temporalidad de la reconstrucción quirúrgica (inmediata o tardía); características del colgajo y necesidad de reintervención quirúrgica en el postoperatorio inmediato.

Antes del inicio de la recogida de datos, se realizó una capacitación individual sobre la CIPE® para los enfermeros participantes, ya que no es la terminología utilizada habitualmente en la institución. Además, se les presentaron las historias clínicas y el instrumento propuesto para la recogida de datos. Posteriormente, se llevó a cabo una prueba piloto con los enfermeros, con el objetivo de perfeccionar el instrumento y aclarar las dudas.

De acuerdo con la base teórica de la PCA, tan pronto como la recogida de datos era realizada por los enfermeros y entregada a la investigadora principal, el material era analizado. El análisis siguió tres etapas.

En la primera, los datos fueron agrupados en una hoja de cálculo de Excel® para su análisis, incluyendo: diagnóstico médico primario y registros del equipo de enfermería sobre el seguimiento de las pacientes en el período postoperatorio inmediato.

En la segunda etapa, los participantes realizaron la identificación de los términos para la construcción de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería destinados a la elaboración del protocolo, dado que el lugar de recogida de datos todavía no cuenta, en su cultura institucional, con el uso de terminología estandarizada en el registro del Proceso de Enfermería (PE). Los términos identificados fueron sometidos a un mapeo cruzado con la terminología estandarizada mediante la herramienta MappICNP, un método automatizado para mapear narrativas clínicas en texto libre, en portugués, y los conceptos de la CIPE®, publicado en 2019¹².

En la tercera etapa, se realizó la evaluación de concordancia de los enfermeros participantes para la inclusión de los términos en el protocolo, mediante reuniones utilizando la técnica Delphi, considerándose un índice del 70% como nivel mínimo de consenso. Las reuniones fueron registradas en actas por un enfermero participante de la investigación. Tras alcanzarse el consenso, se inició la elaboración del protocolo.

La versión íntegra del protocolo está disponible en el repositorio de acceso abierto Zenodo, un proyecto OpenAIRE de la Comisión Europea, con el objetivo de apoyar la política de datos abiertos proporcionando un repositorio integral para investigaciones¹³, a través del enlace: (<https://doi.org/10.5281/zenodo.14797040>). En este artículo se ejemplifican los principales resultados.

La investigación recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación del hospital sede del estudio, bajo el CAAE 76921123.2.0000.0098.

Las enfermeras firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). Debido a la utilización de datos de las historias clínicas, las investigadoras firmaron el Término de Consentimiento para el Uso de Datos (TCUD).

RESULTADOS

Los datos recogidos de las historias clínicas se presentan en la Tabla 1.

De las 25 pacientes, cuatro requirieron reintervención quirúrgica debido a trombosis venosa o arterial del colgajo; únicamente un colgajo pudo salvarse. Las otras tres pacientes fueron sometidas a desbridamiento del colgajo y reconstrucción utilizando otra técnica quirúrgica para el cierre del defecto.

Se identificaron 44 términos en las evoluciones de enfermería de las historias clínicas. Tras el mapeo cruzado, se excluyeron tres que no presentaban correspondencia con la CIPE®. Después de alcanzar un consenso del 70% de concordancia entre los enfermeros, se describieron 17 Diagnósticos de Enfermería (DE) para la elaboración del protocolo (Cuadro 2).

En relación con los Resultados de Enfermería (RE), se sugirieron 44 términos para la elaboración del protocolo. Los términos “signos vitales sin alteraciones significativas”, “buena cicatrización” y “sin alteraciones significativas” no constan en la CIPE® y, por lo tanto, fueron excluidos. En la segunda ronda Delphi, los enfermeros decidieron mantener 17 RE en la elaboración del protocolo (Cuadro 3). Los RE “ausencia de infección”, “integridad de la piel mejorada”, “ausencia de

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y clínica (n=25). Curitiba (PR), 2024.

Datos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Edad (años)		
40 a 60	7	28
61 a 80	18	72
Comorbilidades		
Hipertensión arterial sistémica	4	16
Depresión	4	16
Dislipidemia	2	8
Hipotiroidismo	2	8
Trastorno bipolar	2	8
Diabetes mellitus tipo 2	1	4
Obesidad	1	4
Lupus eritematoso sistémico	1	4
Miastenia gravis	1	4
Sin comorbilidad	7	28
Tratamiento		
Terapia adyuvante	19	76
Terapia neoadyuvante	6	24
Radioterapia	14	56
Quimioterapia	18	72
Quirúrgico	25	100
Reconstrucción mamaria		
Inmediata	1	4
Tardía	24	96
Unidad de hospitalización		
Unidad de cuidados intensivos	3	12
Áreas quirúrgicas	22	88

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2. Diagnósticos de Enfermería descritos tras el consenso entre los enfermeros, según el término utilizado (CIPE) y su respectivo código. Curitiba (PR), 2024.

Término utilizado por los enfermeros	Término en la CIPE®	Código en la CIPE®
Riesgo de caída	Riesgo de caída	10015122
Dolor agudo	Dolor agudo	10000454
Estreñimiento	Estreñimiento	10000567
Riesgo de infección	Riesgo de infección	10015133
Sangrado	Sangrado	10003303
Ansiedad	Ansiedad	10000447
Autocuidado deteriorado	Déficit de autocuidado	10023410
Integridad tisular deteriorada	Integridad tisular deteriorada	10001080
Náuseas	Náuseas	10000859
Riesgo de trombosis venosa profunda	Riesgo de trombosis venosa profunda	10027509
Movilidad deteriorada	Movilidad deteriorada	10001219
Integridad de la piel deteriorada	Integridad de la piel deteriorada	10001290
Patrón alimentario deteriorado	Riesgo de ingesta insuficiente de alimentos	10023021
Ingesta de líquidos disminuida	Ingesta de líquidos deteriorada	(10029873)
Debilidad	Debilidad	10022880
Signo vital alterado	Signo vital alterado	10050516

CIPE®: Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3. Resultados de enfermería de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería referentes a los Diagnósticos de Enfermería sugeridos para el protocolo. Curitiba (PR), 2024.

Diagnósticos de Enfermería – CIPE®	Resultados de Enfermería – CIPE®
Riesgo de caída (10015122)	Ausencia de caída (10034704)
Dolor agudo (10000454)	Ausencia de dolor (10029008)
Estreñimiento (10000567)	Estreñimiento disminuido
Riesgo de función del sistema urinario deteriorada (10045453)	Función eficaz del sistema urinario (10028615)
Riesgo de infección (10015133)	Ausencia de infección (10028945)
Sangrado (10003303)	Ausencia de sangrado (10028806)
Ansiedad (10000447)	Ansiedad reducida (10027858)
Déficit de autocuidado (10023410)	Autocuidado mejorado
Integridad tisular deteriorada (10001080)	Integridad tisular mejorada
Náuseas (10000859)	Ausencia de náuseas (10028984)
Riesgo de trombosis venosa profunda (10027509)	Ausencia de trombosis venosa profunda (10036406)
Movilidad deteriorada (10001219)	Movilidad mejorada
Integridad de la piel deteriorada (10001290)	Integridad de la piel mejorada (10028517)
Riesgo de ingesta insuficiente de alimentos (10023021)	Ingesta de alimentos mejorada (10047324)
Ingesta de líquidos deteriorada (10029873)	Ingesta de líquidos mejorada (10047330)
Debilidad (10022880)	Ausencia de debilidad
Vértigo postural (10045584)	Ausencia de vértigo postural (10045681)

CIPE®: Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería.

Fuente: Elaboración propia.\

sangrado” y “ausencia de caídas” fueron considerados aplicables en todos los casos de reconstrucciones microquirúrgicas por los enfermeros participantes.

En relación con las Intervenciones de Enfermería (IE), se sugirieron 110 términos para la elaboración del protocolo. Tras la realización del mapeo de los datos, cinco fueron excluidos por no constar en la CIPE®, como por ejemplo: “Realizar cambio diario del apósito”, “Prestar atención a los signos vitales”, “Cambiar de decúbito cada 2 horas”, “Signos vitales cada 2 horas” y “Verificar la saturación de oxígeno”.

En la tercera ronda Delphi se mantuvieron 29 IE para la composición del protocolo, siendo que “ayudar en la marcha con uso de dispositivos” fue sugerida para cinco diagnósticos; “ayudar al paciente en la movilidad” para cuatro diagnósticos; “monitorizar resultados de laboratorio” e “informar la condición al equipo interprofesional” fueron sugeridas para tres diagnósticos; y “administrar medicación”, “monitorizar el equilibrio de líquidos”, “cuidados de la herida”, “cambiar la cobertura de la herida”, “facilitar las actividades de la vida diaria” y “orientar la deambulación” fueron sugeridas para dos diagnósticos (Cuadro 4).

El protocolo está compuesto por 17 diagnósticos, 17 resultados y 29 intervenciones de enfermería, además de información para el cuidado de pacientes en el postoperatorio de reconstrucción microquirúrgica de mama, basadas en los principios de la Teoría de las Transiciones.

DISCUSIÓN

El uso de la Teoría de las Transiciones, como soporte para la discusión, facilitó la comprensión del enfermero sobre las modificaciones en la vida de personas que aún se encuentran en proceso de comprender sus nuevas realidades y contextos. La teoría propone una estructura conceptual que proporciona al enfermero apoyo para la planificación e implementación de intervenciones de enfermería dirigidas a personas en procesos de transición, en busca de un afrontamiento efectivo¹⁴. Así, resulta adecuada para las pacientes en el postoperatorio de reconstrucción microquirúrgica de mama, que ya han afrontado diversas transiciones secuenciales y simultáneas entre el descubrimiento de la enfermedad, el tratamiento y,

Cuadro 4. Diagnósticos de Enfermería, Intervenciones de Enfermería y Resultados de Enfermería, con código de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería, para la composición del protocolo. Curitiba (PR), 2024.

Diagnósticos de Enfermería - CIPE®	Intervenciones de Enfermería - CIPE®	Resultados de Enfermería - CIPE®
Riesgo de caída (10015122)	- Instruir a los pacientes para evitar caídas; - Prevenir caídas (elevar las barandillas de la cama).	Ausencia de caída (10034704)
Dolor agudo (10000454)	- Evaluar la respuesta al manejo (control) del dolor; - Administrar medicación; - Posicionar a la paciente (en la cama); - Ayudar a la paciente en la movilidad (en la cama).	Ausencia de dolor (10029008)
Estreñimiento (10000567)	- Tratar el estreñimiento; - Obtener datos sobre la ingesta de alimentos; - Orientar sobre la ingesta de líquidos; - Informar la condición al equipo interprofesional (nutricionista, médico).	Estreñimiento disminuido
Riesgo de función del sistema urinario deteriorada (10045453)	- Obtener datos sobre la condición urinaria; - Monitorizar el equilibrio de líquidos (o balance hídrico).	Función eficaz del sistema urinario (10028615)
Riesgo de infección (10015133)	- Cuidados de la herida (quirúrgica); - Cambiar la cobertura de la herida (o apósito); - Monitorizar signos vitales; - Evaluar signos y síntomas de infección después de la cirugía; - Monitorizar resultados de laboratorio; - Evaluar drenajes.	Ausencia de infección (10028945)
Sangrado (10003303)	- Manejar el sangrado; - Monitorizar resultados de laboratorio; - Informar la condición al equipo interprofesional (equipo quirúrgico).	Ausencia de sangrado (10028806)
Ansiedad (10000447)	- Promover apoyo emocional; - Orientar técnica de relajación; - Informar la condición al equipo interprofesional (psicología).	Ansiedad reducida (10027858)
Déficit de autocuidado (10023410)	- Evaluar la capacidad para ejecutar el autocuidado; - Orientar sobre el autocuidado; - Ayudar en la movilidad en la cama; - Ayudar en la marcha (caminar) con uso de dispositivos; - Ayudar a vestirse (principalmente modelador postquirúrgico sin comprimir las mamas y medias elásticas); - Facilitar las actividades de la vida diaria.	Autocuidado mejorado
Integridad tisular deteriorada (10001080)	- Evaluar la perfusión tisular después de la cirugía; - Vigilancia continua del colgajo mamario; - Monitorizar resultados de laboratorio.	Integridad tisular mejorada
Náuseas (10000859)	- Manejar las náuseas; - Administrar medicación; - Obtener datos sobre las náuseas.	Ausencia de náuseas (10028984)
Riesgo de trombosis venosa profunda (10027509)	- Orientar sobre técnica de deambulaci3n; - Ayudar en la marcha (caminar) con uso de dispositivos; - Administrar medicaci3n; - Aplicar medias elásticas.	Ausencia de trombosis venosa profunda (10036406)
Movilidad deteriorada (10001219)	- Orientar sobre técnica de deambulaci3n; - Ayudar en la movilidad (en la cama); - Ayudar en la marcha (caminar) con uso de dispositivos; - Facilitar las actividades de la vida diaria.	Movilidad mejorada
Integridad de la piel deteriorada (10001290)	- Evaluar la cicatrizaci3n de la herida (quirúrgica); - Cuidados de la herida (quirúrgica); - Cambiar la cobertura de la herida (o apósito); - Monitorizar la integridad de la piel.	Integridad de la piel mejorada (10028517)
Riesgo de ingesta insuficiente de alimentos (10023021)	- Orientar sobre el patr3n de ingesta de alimentos; - Ayudar a la paciente en la ingesta de alimentos.	Ingesta de alimentos mejorada (10047324)
Ingesta de líquidos deteriorada (10029873)	- Orientar sobre la ingesta de líquidos; - Monitorizar el equilibrio de líquidos (o balance hídrico); - Ayudar a la paciente en la ingesta de líquidos.	Ingesta de líquidos mejorada (10047330)
Debilidad (10022880)	- Ayudar en la movilidad (en la cama); - Ayudar en la marcha (caminar) con uso de dispositivos.	Ausencia de debilidad
Vértigo postural (10045584)	- Obtener datos sobre vértigo postural (mareo); - Ayudar en la marcha (caminar) con uso de dispositivos.	Ausencia de vértigo postural (10045681)

CIPE®: Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería.

Fuente: Elaboraci3n propia.

finalmente, la reconstrucción. En el protocolo existe correlación entre las categorías de la Teoría de las Transiciones y los elementos del Proceso de Enfermería.

En la Valoración de Enfermería debe realizarse la recogida de datos objetivos y subjetivos para obtener información sobre las necesidades de cuidado de las personas¹⁵. Tener acceso a información como, por ejemplo, comorbilidades y tratamientos previos, permite al equipo definir intervenciones más seguras.

Cuando, en su valoración, el enfermero identifica la presencia de comorbilidades clínicas o psiquiátricas, así como factores sociales y espirituales implicados, puede incluir diagnósticos relacionados y planificar la asistencia, respetando el historial de situaciones vividas, tratamientos previos y posibles complicaciones clínicas que cada paciente pueda haber presentado¹⁶.

En los resultados de un estudio multicéntrico, los autores discuten que las pacientes sometidas a reconstrucción autóloga previamente tratadas con radioterapia presentan mayores tasas de complicaciones, tales como fibrosis, contractura del colgajo, necrosis grasa y pérdida de volumen del colgajo, en comparación con aquellas que no recibieron dicho tratamiento¹⁷. Este resultado confirma que el conocimiento del historial de las pacientes es imprescindible, permitiendo que el enfermero pueda realizar una mejor planificación para el postoperatorio inmediato. De este modo, el protocolo contempla información sobre la recogida de datos en la valoración inicial.

En este estudio, mayoritariamente, los diagnósticos, los resultados y las intervenciones sugeridos para la composición del protocolo de cuidados se refieren a la naturaleza de transición del tipo salud-enfermedad, representada en la Teoría de las Transiciones, con enfoque en el aspecto físico. Aunque en este estudio se mencionaron aspectos emocionales, la prevalencia del aspecto físico puede reflejar una práctica asistencial derivada de un historial de atención clínica hospitalaria dentro del modelo biomédico, así como la extensa carga de trabajo de los enfermeros¹⁸. Es fundamental que los enfermeros aborden y registren diagnósticos e intervenciones que contemplen los aspectos emocionales, sociales y espirituales, además de los aspectos físicos, especialmente en pacientes que se encuentran en condiciones tan desafiantes como el afrontamiento del cáncer^{15,19}.

El presente trabajo identificó complicaciones, como la pérdida del colgajo quirúrgico, lo que corrobora el resultado identificado en un estudio cuyo objetivo fue analizar las implicaciones para el manejo de las complicaciones²⁰. Esto demuestra la necesidad de que se realicen registros detallados con diagnósticos e intervenciones para orientar los cuidados, relacionándolos con los aspectos individuales de cada mujer con el fin de actuar precozmente y prevenir complicaciones evitables.

En relación con los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería para la composición del protocolo, destacan los DE “integridad de la piel deteriorada”, “riesgo de perfusión tisular deteriorada”, “náuseas”, “riesgo de trombosis venosa profunda”, “sangrado”, “dolor agudo” y “ansiedad”.

El DE “integridad de la piel deteriorada” fue señalado como prioritario por los enfermeros para componer el protocolo. En la literatura, los autores presentan este diagnóstico en pacientes en postoperatorio. A pesar de ser genérico, se justifica su uso con el objetivo de alcanzar el resultado de “integridad de la piel mejorada”, mediante las intervenciones sugeridas “evaluar la cicatrización de la herida (quirúrgica)”; “cuidados de la herida (quirúrgica)”; “cambiar la cobertura de la herida (o apósito)”; y “monitorizar la integridad de la piel”. Tales intervenciones tienen como objetivo prevenir que el tejido afectado en el postoperatorio inmediato sufra nuevas lesiones, así como favorecer que los cuidados realizados contribuyan a la reparación tisular y alcancen una cicatrización adecuada²¹. Cabe destacar que los detalles técnicos de las intervenciones no fueron contemplados en el protocolo, ya que las intervenciones presentadas por la CIPE® son genéricas, y sus especificidades (como educación para la salud, frecuencia y procedimiento para el cambio de apósitos, entre otras) deben ser definidas por la institución que adopte su uso.

El diagnóstico “riesgo de perfusión tisular deteriorada” es fundamental para la población de este estudio, ya que la identificación de alteraciones y complicaciones puede determinar el salvamento o la pérdida del colgajo microquirúrgico. Algunos factores se describen como causas de este diagnóstico, como la disminución de la actividad motora y la falta de perfusión periférica adecuada. Además, la inmovilización en cama también se considera una de las causas de lesión tisular, lo que no se ajusta como justificación en este estudio, dado que las pacientes son independientes. Sin embargo, debido a la complejidad de la cirugía, necesitan ayuda temporal para la realización de sus actividades.

La evaluación de la perfusión tisular del colgajo debe realizarse de manera clínica o contar con el apoyo de herramientas que faciliten su monitorización, evaluándose la coloración, la temperatura, la turgencia y el relleno capilar. Otra intervención indicada para este escenario consiste en evitar la aplicación de cualquier presión sobre el colgajo microvascular, como mantas o compresión por el peso corporal. El posicionamiento en la cama debe controlarse rigurosamente, considerando que, en el período postoperatorio inmediato, la paciente no debe permanecer en decúbito sobre la mama portadora del colgajo. Actualmente, la literatura presenta tecnologías que ayudan en la evaluación de la viabilidad del colgajo, como la monitorización oximétrica y la termografía²².

En el contexto de la cirugía plástica, debido a las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, los casos de embolia y trombosis constituyen focos prioritarios de atención. Aunque muchos son asintomáticos, pueden resultar en el fallecimiento de la paciente. Los riesgos sistémicos aumentados se agravan cuando se asocian a riesgos específicos del procedimiento, incluidas las trombosis de anastomosis microvascular en procedimientos de colgajo microquirúrgico²³. De este modo, es esencial que un protocolo contemple esta problemática.

Aunque el uso de anticonceptivos no fue considerado como variable en este estudio, ello refleja la necesidad de mejorar la anamnesis y el registro de la información de las pacientes. Los autores discuten que gran parte de las pacientes sometidas a cirugías plásticas, con rangos de edad similares a los encontrados en esta investigación, utilizan anticonceptivos, siendo este un dato de gran valor para la evaluación del riesgo de trombosis²⁴.

El diagnóstico “riesgo de trombosis venosa profunda” presenta intervenciones directamente relacionadas con la movilidad de la paciente. Dado que la trombosis venosa profunda es un riesgo asociado a la cirugía, aumentando su morbilidad, se utilizan estrategias farmacológicas y no farmacológicas para su prevención. En cuanto a las estrategias no farmacológicas, una revisión de directrices internacionales realizada por la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos destaca la importancia del uso de dispositivos de compresión, como las medias elásticas y la compresión neumática intermitente²⁵.

Al mismo tiempo que se aplican intervenciones como la administración controlada de medicación anticoagulante, esencial en el manejo de pacientes postoperatorias para la prevención de eventos tromboembólicos, debe existir precaución respecto a su uso extensivo, ya que aumenta el riesgo de sangrado. Esto ratifica la importancia del diagnóstico “sangrado”, señalado por los enfermeros para el protocolo, pues las intervenciones evitan el compromiso de la viabilidad del colgajo e incluso las complicaciones del estado general de la paciente y las internaciones prolongadas^{26,27}.

Otro fenómeno experimentado por las pacientes e identificado por los enfermeros en las historias clínicas evaluadas fue el término “náuseas”, presentado como una de las complicaciones más frecuentes desde la sala de recuperación postanestésica. El resultado “náuseas disminuidas” puede alcanzarse mediante la aplicación de intervenciones como “manejar las náuseas”, “administrar medicación” y “obtener datos sobre las náuseas”. Los cuidados de enfermería para este diagnóstico dependen de protocolos específicos de las instituciones²⁸. En este estudio, las intervenciones señaladas pueden demostrar cierta incipiencia, ya que podrían aplicarse otras, dependiendo del momento en que se encuentre la paciente y de la intensidad de las náuseas.

El diagnóstico “dolor agudo” debe ser objeto de atención por parte del enfermero, considerando que, además de los factores que permiten la mejoría del dolor, deben observarse las características conductuales del individuo, así como los efectos biológicos implicados. Un estudio que evaluó el impacto de la ansiedad y el miedo en el período preoperatorio de cirugías electivas sobre el dolor coincide con la importancia de correlacionar los diagnósticos de “dolor agudo” y “ansiedad”²⁹.

Cabe destacar que el único diagnóstico señalado por los enfermeros en la elaboración del protocolo que representa aspectos emocionales fue “ansiedad”. El miedo al dolor, a las complicaciones quirúrgicas, al cambio, a la muerte²⁹ y el impacto emocional causado por el tratamiento oncológico realizado previamente a la reconstrucción fueron factores que influyeron en la sugerencia de este diagnóstico por parte de los enfermeros participantes.

Los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería fundamentados en la Teoría de las Transiciones y con el uso de la CIPE® representaron el contexto de cuidado vivido por las pacientes sometidas a reconstrucción microquirúrgica de mama y demuestran la necesidad de protocolos aplicables en la práctica clínica, así como de su utilización y validación para el perfeccionamiento continuo y mejoras asistenciales mensurables.

El protocolo elaborado contempla los diferentes condicionantes que pueden inhibir o facilitar el proceso transicional. En ocasiones, estos diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermeira se relacionan con otras necesidades presentadas por personas con otras condiciones de salud; sin embargo, el protocolo desarrollado en esta investigación se centra en las mujeres sometidas a reconstrucción microquirúrgica de mama de acuerdo con los aspectos clínicos, emocionales y sociales presentados. En consecuencia, las IE incluidas en el protocolo tienen como objetivo facilitar el proceso de transición en la búsqueda de indicadores de resultado sensibles al cuidado de enfermería.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio se relacionan con el hecho de haberse realizado en un único escenario de estudio, que puede no reflejar contextos distintos de otros hospitales generales o especializados en oncología. Otra limitación está relacionada con que la recogida inicial de datos se realizó de manera retrospectiva a partir de historias clínicas, lo que puede no representar el fenómeno de forma global debido a posibles inconsistencias en los registros. Adicionalmente, el reducido número de estudios publicados por enfermeros sobre el tema no permitió la comparación con resultados de investigaciones similares. Asimismo, muchas veces los enfermeros de la práctica clínica no explicitan el uso de un marco teórico que sustente sus acciones, lo que puede dar lugar a una asistencia basada exclusivamente en el modelo biomédico, generando fragilidades en el cuidado.

Recomendaciones

Se sugiere el desarrollo de nuevos estudios en el área, proporcionando sustento a la práctica de enfermería para verificar la aplicabilidad y el perfeccionamiento del protocolo en otros contextos en los que se realicen reconstrucciones con colgajos microquirúrgicos.

CONCLUSIÓN

La utilización de protocolos sustentados en teorías de enfermería y organizados mediante sistemas de lenguaje estandarizado constituye una forma de mejorar el cuidado integral y humanizado, además de facilitar el razonamiento clínico del enfermero.

La participación de los enfermeros contribuyó de manera imprescindible a la elaboración del protocolo, ya que los profesionales estaban familiarizados con las reconstrucciones mamarias y aportaron los focos de atención de su práctica asistencial, enriqueciendo el producto del estudio.

El uso de la CIPE[®], además de permitir la mejora de la comunicación entre los profesionales, posibilita la evaluación de la eficacia de los cuidados. Se enfatiza la necesidad de educación permanente de los profesionales, especialmente en relación con los registros de enfermería y las terminologías estandarizadas, ya que estas sustentan la práctica y ayudan en la obtención de datos, permitiendo futuros estudios.

Asimismo, se sugiere que otras investigaciones que aborden el mismo fenómeno se realicen en otros contextos. También se reflexiona sobre la necesidad de ampliar las discusiones acerca de los aspectos que influyen en los sentimientos de las mujeres que viven con cáncer de mama y que afrontan el problema y las barreras relacionadas con la autoimagen, aspectos que, en ocasiones, no son plenamente valorados por el equipo de salud, pudiendo aumentar el sufrimiento e intensificar potencialmente otros diagnósticos de enfermería.

El protocolo de cuidados de enfermería dirigido a pacientes tras la reconstrucción microquirúrgica de mama constituye una herramienta tecnológica con potencial de contribución en el área, en el sentido de ofrecer seguridad, prevenir complicaciones y reingresos, y proporcionar visibilidad al enfermero.

Agradecimentos: No aplica.

Contribuições de los autores:

LSV: Análisis formal, Conceptualización, Curación de datos, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición, Investigación, Metodología, Visualización.

LHC: Análisis formal, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición, Metodología.

FDM: Análisis formal, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición, Metodología.

MRC: Conceptualización, Redacción – revisión y edición, Metodología, Supervisión, Visualización.

Disponibilidad de los datos de investigación: Todos los datos fueron generados o analizados en el presente estudio.

Financiación: No aplica.

Conflicto de intereses: Nada que declarar.

Aprobación del comité de ética en investigación: Aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Liga Paranaense de Combate al Cáncer, dictamen n.º 6.670.928/2024. Certificado de Presentación para Apreciación Ética: 76921123.2.0000.0098.

REFERENCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
2. Cruz IL, Siqueira PFOM, Cantuaria LRMP, Câmara ACB, Branquinho RC, Lira TMT, et al. Câncer de mama em mulheres no Brasil: epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento: uma revisão narrativa. *Braz J Dev.* 2023;9(2):7579-89. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n2-096>
3. Carvalho CV, Marin AT, Silva ALF, Morais MR, Barbosa THF. Os avanços da microcirurgia na reconstrução mamária. *Cuad Educación y Desarrollo.* 2024;16(12):1-14. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n12-006>
4. Sugnkar A, Yarso KY, Nugroho DF, Wahid DI, Permatasari CA. Patient' satisfaction after breast reconstruction surgery using autologous versus implants: a meta-analysis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2024;25(4):1205-12. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2024.25.4.1205>
5. Brandão BL, Silva ACB, Francisquini IN, Gouvêa MM, Lobão LM. Importância da cirurgia plástica para mulheres mastectomizadas e o papel do Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Cir Plást.* 2021;36(4):452-9. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2021RBCP0132>
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429, de 8 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico [Internet]. Brasília: COFEN; 2012 [citado em 30 Set. 2024]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html
7. Bertocchi L, Dante A, La Cerra C, Masotta V, Marcotullio A, Jones D, et al. Impact of standardized nursing terminologies on patient and organizational outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh.* 2023;55(6):1126-53. <https://doi.org/10.1111/jnu.12894>
8. International Council of Nurses. Guidelines for ICNP® catalogue development. Geneva: Switzerland: International Council of Nurses; 2008.
9. Meleis AI. Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.
10. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015.
11. Trentini M, Paim L, Silva DGV, Peres MAA. Convergent care research and its qualification as scientific research. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20190657. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657>
12. Ronnau LB, Torres FBG, Oliveira LES, Gomes DC, Cubas MR, Moro C. Automatic mapping between Brazilian Portuguese clinical terms and International Classification for Nursing Practice. *Stud Health Technol Inform.* 2019;264:1552-3. <https://doi.org/10.3233/SHTI190530>

13. European Organization for Nuclear Research. About Zenodo [Internet]. Geneva: CERN; 2013 [citado em 06 Nov. 2025]. Disponível em: <https://about.zenodo.org/>.
14. Sanhueza Muñoz MP, Paravic-Klijn T, Lagos Garrido ME. La teoría de las transiciones como paradigma de apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas. *Enfermería Actual Costa Rica*. 2024;28(46):58603. <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.53066>
15. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2024 [citado em 30 Set. 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/Resolucao-Cofen-no-736-2024-Dispoe-sobre-a-implementacao-do-Processo-de-Enfermagem-em-todo-contexto-socioambiental-onde-ocorre-o-cuidado-de-enfermagem.pdf>
16. Leão DCMR, Pereira ER, Silva RMCRA, Rocha RCNP, Cruz-Quintana F, García-Caro MP. Spiritual and emotional experience with a diagnosis of breast cancer: a scoping review. *Cancer Nurs*. 2021;45(3):224-35. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000936>
17. Thiruchelvam PTR, Leff DR, Godden AR, Cleator S, Wood SH, Kirby AM, et al. Primary radiotherapy and deep inferior epigastric perforator flap reconstruction for patients with breast cancer (PRADA): a multicentre, prospective, non-randomised, feasibility study. *Lancet Oncol*. 2022;23(5):682-90. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00145-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00145-0)
18. Zuchetto MA, Engel FD, Medeiros LSP, Hammerschmidt KSA, Schoeller SD. Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. *Rev Cuid*. 2019;10(3):e624. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>
19. Freitas RA, Menezes TMO, Silva GTR, Guerrero-Castañeda RF, Moura HCGB, Oliveira ES, et al. Implementing nursing diagnoses and care for the spiritual dimension of people with cancer: educational actions. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230141. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0141en>
20. Wu SS, Raymer C, Culbert A, Schafer R, Bernard S, Djohan R, et al. Predictors of complications in autologous breast reconstruction using DIEP flaps: implications for management. *Plast Reconstr Surg*. 2023;152(4):566e-577e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000010343>
21. Fritzen A, Santos DP, Rocha BS, Jost MT, Caregnato RCA, Linch GFC. Implementation of transoperative and immediate postoperative nursing diagnoses in the computerized management system. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20220123. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0123en>
22. Foppiani J, Valentine L, Hernandez Alvarez A, Weidman A, Stearns S, Foster L, et al. Comparing microsurgical breast reconstruction outcomes following postoperative monitoring techniques: a systematic review and meta-analysis of 2529 patients. *Plast Aesthet Res*. 2023;10:53. <https://doi.org/10.20517/2347-9264.2022.137>
23. Vanags I, Stepanovs J, Ozolina A, Mukans M, Bjertnaes LJ, Mamaja B. Thromboelastometry for assessing risks of free flap thrombosis in patients undergoing microvascular surgery. *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:289. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00289>
24. Aljindan F, Allababidi NH, Mortada H, Alhumaid F, Alzaidi SA. The preoperative management of oral contraceptive pills in aesthetic plastic surgery practice in Saudi Arabia. *Cureus*. 2022;14(11):e31121. <https://doi.org/10.7759/cureus.31121>
25. Preventing venous thromboembolism in hospitalized plastic surgery patients [Internet]. American Society of Plastic Surgeons; 2023 [citado em 18 Ago. 2025]. Disponível em: <https://www.plasticsurgery.org/documents/Health-Policy/Resources/2023-vte-prevention-hospitalized-patients.pdf>
26. Sousa LCS, Silva AF, Figueiredo BQ, Coury BF, Soares FA, Caixeta NC, et al. Prevention of venous thromboembolism in plastic surgery: a literature review. *Res Soc Dev*. 2021;10(11):e267101119687. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19687>
27. Biermann N, Chak JC, Wiesmeier A, Klein SM, Ruewe M, Spoerl S, et al. Evidence-based approaches to anticoagulation in reconstructive microsurgery—a systematic literature review. *Life (Basel)*. 2024;14(1):82. <https://doi.org/10.3390/life14010082>
28. Campos MPA, Dantas DV, Silva LSL, Santana JFNB, Oliveira DC, Fontes LL. Complicações na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão integrativa. *Rev SOBECC*. 2018;23(3):160-8. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030008>
29. Teixeira GL, Marques DG, Santos EA, Hortense P, Napoleão AA, Carvalho EC, et al. Efeitos mediadores do medo e ansiedade pré-operatórios na intensidade da dor pós-operatória. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE02305. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00002305>