

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE 3295-12



METODO ENFERMERO (PAE)
CANCER DE MAMA

Para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

NELIDA VAZQUEZ ZUÑIGA

ASESOR: MTRO. JULIO GUTIERREZ MENDEZ

MEXICO. D. F. JUNIO 2007





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

Introducción	7
Objetivos	8

CAPÍTULO I	9
Anatomía de la glándula mamaria	9
Drenaje linfático	10

CAPÍTULO II	12
Clasificación anatomopatológica de los tumores de mama	12
Tumores epiteliales benignos	12
Fibroadenoma	12
Papiloma intraductal	12
Papilomatosis subareolar	13
Adenoma del pezón	13
Carcinoma adenoidequístico	13
Carcinoma secretorio juvenil	13
Carcinoma apócrito	13
Carcinoma inflamatorio	14
Enfermedad de Paget	14
• Tumor mixto	14
Cistosarcoma piloide	14
Sarcoma	14
Fibrosarcomas	15
Cistosarcomas	15
Liposarcomas	15
Angiosarcomas	15
• Carcinoma lobulillar infiltrante	15
Carcinoma mucinoso	16

Carcinoma medular	16
Carcinoma papilar	16
Carcinoma tubular	16
• Carcinoma ductal infiltrante (invasivos)	17
• Carcinoma infiltrante de los conductos (Carcinoma canalicular infiltrante)	17
• Adenoma ductal (Adenosis Nodular)	18
• Tumores epiteliales malignos:Invasivos (carcinoma)	18
• Carcinoma intraductal (ductal)	19
• Carcinoma lobulillar in situ	19
CAPÍTULO III	20
Factores de riesgo para el cáncer de mama	20
CAPÍTULO IV	22
Métodos de diagnóstico	22
Historia clínica	22
Cuadro clínico	22
Estadios del cáncer de mama	23
Estadio 0	23
Estadio I	24
Estadio II A	24
Estadio II B	24
Estadio III A	24
Estadio III B	24
Estadio III C	24
Estadio IV	25
CAPÍTULO V	26
Examen físico	26
Autoexamen mamario	26
Examen médico clínico	26
Inspección	26

Inspección estática	26
Inspección dinámica	26
Palpación	26
CAPÍTULO VI	27
Examen de laboratorio	27
Fosfatasa alcalina	27
Marcadores tumorales	27
Estudios de gabinete	28
Mamografía	28
Mastografía	28
Ultrasonografía	28
Biopsia	28
CAPÍTULO VII	30
Tratamiento de cáncer de mama	30
Cirugía	30
Mastectomía parcial segmentaría	31
Mastectomía total	32
Mastectomía radical modificada	32
Mastectomía radical	33
Radioterapia	34
Quimioterapia	34
Terapia hormonal	35
Biopsia de ganglios linfáticos centinela seguidos de cirugía	36
Alta dosis de quimioterapia con trasplante de células madre	36
Anticuerpos monoclonales como terapia adyuvante	37
CAPÍTULO VIII	37
Hoja de valoración de enfermería respuesta humana	37
CAPÍTULO IX	50
Plan de intervenciones de enfermería	50
Diagnósticos de enfermería	50
Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje.	55

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por alteración del tono muscular.	60
Ansiedad ante la muerte manifestada por miedo a desarrollar una enfermedad Terminal.	64
Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con dificultad para percibir una parte corporal manifestado por incapacidad para lavar parcial o totalmente el cuerpo.	66
Deterioro de la mucosa oral relacionada con la quimioterapia.	67
Baja autoestima situacional relacionada con la alteración de imagen corporal manifestada a expresiones de desesperanza e inutilidad.	71
Duelo disfuncional relacionado con neurosis previa a la pérdida de una parte corporal manifestada por depresión.	75
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con sustancias químicas.	88
Riesgo de infección relacionado con la destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.	84
Nausea relacionada con tumores locales manifestado por sensación nauseosa.	87
ANEXOS	
Plan de alta	92
Conclusiones	93
Glosario	94
Bibliografía	100

CAPÍTULO I

En el primer capítulo se mencionará brevemente la anatomía y fisiología de las glándulas mamarias también llamados pechos son órganos secretores, los hay tanto en el hombre como en la mujer pero en diferente morfología, tamaño y forma, las cuales están situadas en la parte anterior y superior del tórax entre la tercera y séptima costilla desde el esternon y línea media axilar. Localizadas sobre los músculos pectorales unidas a ellas por una capa de tejido conectivo. Esto nos ayudara a conocer detalladamente esta estructura

CAPÍTULO II

Se describirá la clasificación anatomopatológica de los tumores de mama tanto benignos como malignos. En los tumores benignos se encuentran: los fibroadenomas y los cambios fibroquísticos. En los tumores malignos se encuentran los sarcomas, fibrosarcomas, cistosarcomas, liposarcomas, angiosarcomas, adenomas y carcinomas.

CAPÍTULO II

En este capítulo mencionaremos los factores predisponentes en el cual se desconoce la causa precisa del cáncer de mama, pero en algunos casos hay influencia de diferentes factores en los cuales se encuentran los genéticos, fenotípicos y ambientales.

En los factores genéticos encontramos que teniendo parientes sanguíneos cercanos con historia de la enfermedad incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Entre los factores fenotípicos se encuentran la menarquia antes de los 12 años y la menopausia natural después de los 50 años y en los factores ambientales se encuentran las radiaciones, hormonas, fármacos, los cuales incrementan el riesgo del cáncer de mama.

CAPÍTULO IV

Se hará mención de la importancia que tienen los métodos de diagnóstico utilizados como son: mamografía, mastografía, Rx. y biopsia, para una detección oportuna del cáncer de mama. Así como la historia clínica, en ésta se toman como referencia los antecedentes heredofamiliares, antecedentes patológicos, no patológicos y los factores de riesgo. En el cuadro clínico se basa en signos y síntomas de acuerdo al estadio de la enfermedad.

CAPÍTULO V

Se describirá la forma en la que se debe realizar la exploración física con la inspección, exploración y palpación. Aunque en ocasiones los pacientes se encuentra asintomático. Pero con esto se debe buscar la presencia de algún signo de importancia como bultos en la mama, hundimiento o aplastamiento de la piel, retracción o descamación del pezón, o que la mama se ve enrojecida e inflamada.

CAPÍTULO VI

En este capítulo mencionaremos los exámenes de laboratorio como: Fosfatasa alcalina, calcio, receptores hormonales y marcadores biológicos, y los exámenes de gabinete en los que se encuentran lo más comunes la mastografía, ultrasonografía, y la biopsia. Ya que con estos exámenes se puede detectar la gravedad y deseminación del cáncer de mama y llevar a cabo un tratamiento adecuado.

CAPÍTULO VII

Mencionaremos los tipos de tratamiento que puedan emplearse en un cáncer de mama. La terapia que se aplique depende de los factores entre los que se incluye el estadio o etapa que se encuentre el tumor, si hay o no metástasis, el tamaño del cáncer y también de cómo sean las células cancerosas. Estos tipos de tratamiento pueden ser; la radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y cirugía.

CAPÍTULO VIII

Se mencionará la hoja de valoración de respuesta humana basándose en los factores predisponentes, antecedentes heredo familiares patológicos y no patológicos que puede llegar a alterar el estado, biológico, psicológico, social y espiritual en el que se encuentre la paciente con cáncer de mama. Con esta valoración el personal de enfermería puede priorizar y ejecutar las intervenciones.

CAPÍTULO IX

En este capítulo se describirán detalladamente todas las intervenciones de enfermería realizadas basándose en fundamentaciones científicas y diagnósticos de la NANDA, en un paciente con cáncer de mama y así dar prioridad a cada intervención con base en la taxonomía NIC, para brindar una atención de calidad y eficiencia para el beneficio del paciente.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer en general, se presenta actualmente como la segunda causa de muerte en nuestro país. Aproximadamente el 6% de las defunciones por cáncer corresponden al mamario ocupando el sexto lugar dentro las causas de muerte por cáncer, pero el segundo lugar de muerte por cáncer en mujeres. Se considera que para el año 2010 habrá una tasa de mortalidad de 13 000 por cada 100 000 mujeres adultas y cerca de 4500 defunciones por año por esta causa de muerte en México.

En el ámbito mundial el padecimiento es la primera causa de muerte en la mujer (de acuerdo con la OMS), y en México la segunda.

La mayoría de los tipos de cáncer reciben el nombre de la parte del cuerpo donde aparecen por primera vez. El cáncer del seno comienza en el tejido del seno (mama). Hay varios tipos de tumores del seno; La mayoría son benignos, es decir, no son cancerosos. Estas protuberancias (masas o bultos) son causadas con frecuencia por cambios fibroquísticos. Los quistes son bolsas llenas de líquido, y la fibrosis se refiere a la formación de tejido conectivo o tejido cicatricial. Los cambios fibroquísticos pueden hacer que el seno se inflame y duela. Los senos pueden presentar protuberancias y, a veces producen una secreción clara o ligeramente oscura en el pezón. Los tumores Benignos del seno son crecimientos anormales, pero no se propagan fuera del seno ni constituyen una amenaza para la vida.

El presente trabajo contendrá la valoración de enfermería en una usuaria con cáncer de mama a la cual se le identificaron varios diagnósticos de enfermería; una vez identificados se reviso la bibliografía para establecer tanto los resultados esperados como cada uno de las intervenciones que como personal de enfermería podemos realizar de manera independiente como interdependiente. Todas las intervenciones tienen la fundamentación científica, lo que facilita al lector analizar el porque de cada intervención.

Finalmente se encuentran las conclusiones y sugerencias de este trabajo recepcional.

OBJETIVOS GENERALES:

- ✓ Contar con un instrumento que guíe las intervenciones de los profesionales de la enfermería en la atención de pacientes con patología de cáncer de mama.
- ✓ Brindar atención integral al paciente con cáncer de mama por medio de la realización del método enfermero para otorgar atención de calidad y humanismo.

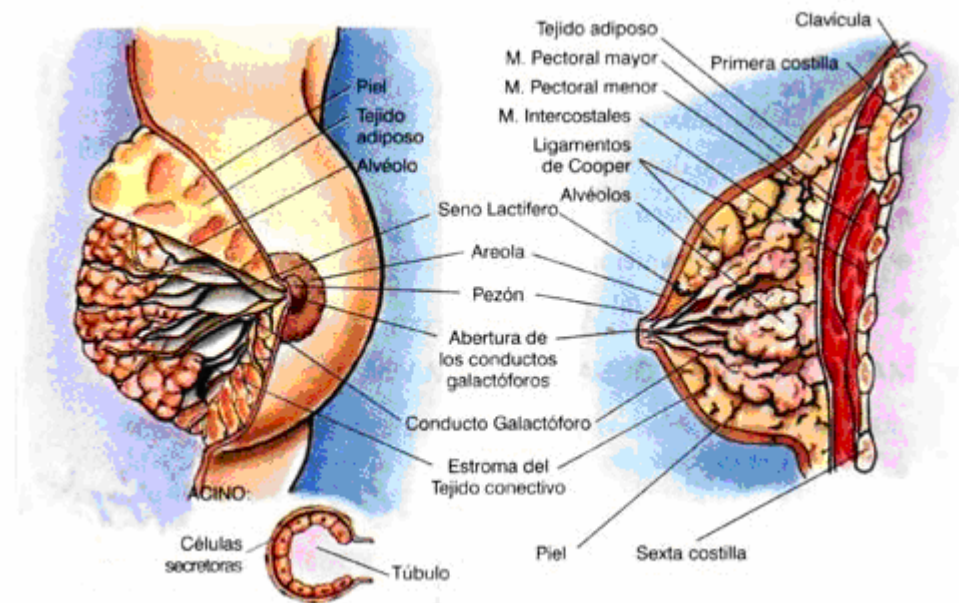
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Enseñar a la paciente la importancia de la realización de la autoexploración.
- ✓ Proponer intervenciones de enfermería a pacientes con cáncer de mama.
- ✓ Determinar el mejor diagnóstico y tratamiento para una paciente con cáncer de mama.
- ✓ Valorar y priorizar las intervenciones de enfermería en la administración de medicamentos y sus efectos colaterales en una paciente con cáncer de mama.

CAPÍTULO I.

ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA.

Las glándulas mamarias llamadas también pechos son órganos secretores, los hay tanto en el hombre como en la mujer, pero en diferente morfología y tamaño. Situadas en la parte anterior y superior del tórax entre la tercera y séptima costilla desde el esternón y línea media axilar, sobre los músculos pectorales unidas a ellas por una capa de tejido conectivo (llamada fascia). Están sostenidas a la piel por los ligamentos suspensores de Cooper. (Ver fig. 1)



(Fig.1)

Su forma puede ser hemisférica, pero puede variar de formas que pueden ser mama cónica, mama periforma (forma de pera), mama aplanada o discoide, mama cilíndrica, mama pendicular etc.

En la cara posterior están situadas sobre la cara superficial del pectoral mayor y el músculo serrato.

En la cara anterior tiene una eminencia en forma de papilla llamada pezón y areola, la cual tiene glándulas sebáceas, pigmentada un área que rodea el pezón.

El volumen depende más de la cantidad de grasa, que esta recubierta por tejido adiposo. En el recién nacido su peso es de 30 – 60 grs. en la joven de 150 – 200 grs. en la mujer que esta en lactancia es de 400 – 500 grs. Su consistencia en la mujer joven y nulípara es dura, y en la mujer múltipara son blandas.

Histológicamente es una glándula arracimada compuesta de diez o doce lóbulos, cada uno de los cuales pueden dividirse a su vez en lobulillos que son los conductos excretorios primeramente intralobulillares los cuales forman un conducto llamado conducto galactófero se dirigen hacia la base del pezón, un poco antes de cada uno de ellos presentan una dilatación fisiforme que los senos galactóferos (pequeños reservorios). Entre los lóbulos de la glándula mamaria está intercalado de tejido fibroso y adiposo; así como los conductos linfáticos, vasos sanguíneos, arterias y nervios que distribuyen al parénquima mamario.

Las glándulas mamarias están irrigadas por arterias que son; Mamaria interna, dos o tres ramos que invade la glándula por su lado superior interno. La mamaria externa de dos o tres ramos más pequeños que los procedentes llegan a la glándula por su lado externo de los intercostales, pequeños ramos perforantes, muy cortos y delgados.

Las venas se dirigen hacia la cara anterior de la glándula en cuyo punto, forman debajo de la piel una red de anchas mallas, la red subcutáneas (debajo de la areola, el círculo venoso de Haller), las venas que salen de esta red siguiendo igual trayecto que las arterias se dirigen una hacia adentro otra hacia la mamaria interna y la otra hacia fuera de la axila.

Las glándulas mamarias son drenadas por dos grupos de vasos linfáticos:

1) Los linfáticos externos que son los más importantes (en número de dos ó cuatro), rodean al borde inferior del pectoral mayor y van a terminar en la axila.

DRENAJE LINFATICO.

En el interior de la glándula los vasos linfáticos configuran un sistema de conductos interconectados que recolecta la linfa de todo el órgano.

Las zonas superiores y laterales de la mama casi siempre drena en los grupos ganglionares apical y central de la axila, a través de los ganglios infraclaviculares y pectorales. Las zonas medial e inferior de la glándula drenan en profundidad en los ganglios que acompañan a los vasos mamarios internos, a veces atraviesan también la línea media para comunicarse con los vasos de la glándula mamaria contra lateral, y a través del tronco linfático broncomediastínico la confluencia de vasos linfáticos de la base del cuello.

2) Los linfáticos internos se dirigen hacia adentro y terminan (después de haber atravesado los espacios intercostales), en los ganglios mamario interno.

La comunicación entre éste y los grandes linfáticos que drenan al tejido secretorio de los conductos de la mama se produce en el plexo subareolar o plexo de Sappey localizado bajo la areola.

Tanto los vasos linfáticos superficiales como los profundos se comunican también con los linfáticos de la fascia del músculo mayor, por lo tanto cuando hay un cáncer avanzado se requiere una intervención quirúrgica radical (modalidad del tratamiento).

El 85% de la linfa de la glándula entra a los ganglios linfáticos axilar, el resto entra en los ganglios paraesternales a lo largo del lateral del esternón.

Los ganglios de la axila se dividen en cinco grupos, reciben su nombre según su localización:

1. Grupo anterior
2. Grupo posterior
3. Grupo lateral
4. Grupo central
5. Grupo apical (infraclavicular)

Los grupos anteriores están constituidos por ganglios muy grandes que se encuentran, con una extensión de tejido mamario que se denomina cola axilar de Spencer.

CAPÍTULO II

CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA DE LOS TUMORES DE MAMA

TUMORES EPITELIALES BENIGNOS

FIBROADENOMA. Es la neoplasia mamaria más común usualmente se observa en mujeres jóvenes (18 y 35 a) como nódulo único desplazable y no se fija a las estructuras subyacentes. Es una lesión bien limitada con respecto al tejido mamario vecino aunque no está encapsulada. Mide de 3 a 5 cm. En promedio tiene consistencia firme, anulada/homogénea, móvil, no dolorosa con una superficie micronodular brillante y al corte es de color blanco por lo general es poco celular, es un tumor mixto ya que hay proliferación tanto de células epiteliales como de elementos mesenquimatosos. Hay dos variantes morfológicas de esta lesión Fibroadenoma gigante que se observa en mujeres jóvenes y tienen los mismos componentes histológicos llega a alcanzar más de 10cms.

El Adenoma tubular se caracteriza por el promedio de componentes epiteliales organizados de manera predominante en túmulos y no en conductos ramificados. En aproximadamente el 1% de los casos de fibroadenoma hay transformación maligna.

PAPILOMA INTRADUCTAL

Es la causa más común de secreción serosa o serosanguinolenta a través del pezón, es un tumor benigno solitario o más frecuentemente múltiple que puede confundirse con el carcinoma. El tumor crece siempre dentro de un conducto que se dilata (conductos galactóferos de calibre grande).

El tamaño del papiloma es pequeño, las lesiones suelen ser menores de 1cm. Microscópicamente es un tumor polipoíde pequeño ó con múltiples proyecciones papilares, rodeadas de dos o más capas de células cúbicas, de poco citoplasma y núcleo ovalado homogéneo. Las capas más internas están constituidas por células pequeñas de citoplasma claro y núcleo pequeño hipercromático que probablemente corresponden a células epiteliales.

El pronóstico es excelente con la escisión local del tumor.

PAPILOMATOSIS SUBAREOLAR.

ADENOMA DEL PEZÓN. Un tumor epitelial benigno que crece en los conductos del pezón y que muestra una proliferación intraductal que se acompaña en estadios avanzados de un componente tubular. Esta lesión debe diferenciarse de pequeños papilomas que se localizan en la región subareolar.

Esta lesión se caracteriza por una proliferación mal delimitada benigna, de los conductos mayores del pezón y la areola. A diferencia del papiloma intraductal, la papilomatosis del pezón casi nunca está contenida en la luz de un conducto.

Se caracteriza por la formación de tallos gruesos, vascularizados, revestidos por dos capas de células, las papilas frecuentemente se acompañan de formaciones tubulares, también revestidas por dos capas de células que se sitúan en el estroma mamario.

Las lesiones se identifican cuando crecen hasta casi 1cm. Es posible que muestren componentes epiteliales hiperplásico, con fibrosis que se confunden con afección maligna.

CARCINOMA ADENOIDEQUISTICO.

Es una tumoración infrecuente de mama cuya apariencia radiológica es variada, aunque predominan lesiones de moderada o alta sospecha. Esta lesión es muy rara y causa el 1% de todos los tipos de cáncer de mama, su diámetro es de 1 a 3 cm. bien circunscritos con bordes precisos. Contiene material mucoide denso dentro del espacio glandular es rara vez la metástasis asilares. Destaca la ausencia de microcalcificaciones en estos tumores, generalmente su pronóstico es bueno, aunque existe la posibilidad de desarrollar metástasis.

CARCINOMA SECRETORIO JUVENIL.

Esta es una forma muy rara de carcinoma mamario se observa en niñas aunque también puede ocurrir en mujeres adultas es un tumor pequeño y circunscrito. Es una neoplasia muy similar a un fibroadenoma con mayor densidad celular en el estroma. Clínicamente se manifiestan por un crecimiento rápido y multicéntrico. Estos tumores presentan mayor frecuencia de recurrencia.

CARCINOMA APOCRITO.

Se presenta con un patrón de crecimiento ductal con tendencia poco común a incluir el epitelio lobulillar y están bien diferenciados con núcleos redondos y nucléolos prominentes.

CARCINOMA INFLAMATORIO.

El carcinoma inflamatorio. Se trata de un tipo de cáncer de mama que se presenta con signos similares a una mastitis, enrojecimiento y edema de la piel con aumento del calor local. Estas manifestaciones clínicas, se correlacionan con el hallazgo histológico de permeación masiva de los vasos linfáticos dérmicos por émbolos de células tumorales. Son tumores siempre considerados avanzados y de mal pronóstico. Generalmente diseminados al momento del diagnóstico. Su actual tratamiento es la mastectomía total asociada quimioterapia.

ENFERMEDAD DE PAGET.

La enfermedad de Paget ocurre en 1 a 5 % de todos los carcinomas mamarios. Esta enfermedad fue descrita por Sir James Paget en 1874. Se manifiesta por lesión eczematosas, erosión o simple engrosamiento del pezón y la areola o tejido adyacente que adquieren un aspecto enrojecido. Microscópicamente hay en la dermis gran número de células con abundante citoplasma, núcleo grande y nucleolo prominente. Estos son los criterios histopatológicos de Paget, las cuales son en efecto células neoplásicas. La enfermedad de Paget se asocia en un 40% de los casos a un cáncer mamario profundo. Se asocia a un mal pronóstico

TUMOR MIXTO CISTOSARCOMA PILOIDE

Es poco frecuente, se presenta en mujeres en decenio más tardío que el fibroadenoma; la edad promedio en México es de 37 años y los extremos son 20 y 60 años. Aunque se clasifica como una neoplasia benigna, tiene potencial maligno en algunas pacientes. Se presenta como un tumor duro, móvil, voluminoso, de rápido crecimiento con protrusión de la piel, la cual es brillante delgada y se observa red venosa superficial aumentada. A la palpación son generalmente de tamaño grande, que pueden llegar a ocupar la totalidad del volumen mamario, de consistencia dura elástica, alternando con áreas remitentes, las cuales corresponden a zonas quísticas o zonas de hemorragias o necrosis. Cuando es pequeño no puede distinguirse clínicamente de un fibroadenoma.

La conducta de extirpación completa del tumor, incluyendo áreas de tejido sano alrededor del mismo, previa confirmación histopatológica transoperatoria de benignidad.

SARCOMAS

Es un tipo de tumor derivado de las células del tejido conjuntivo. Es mucho menos frecuente que el carcinoma. Los sarcomas pueden ser "de partes blandas", Representan un grupo heterogéneo de lesiones entre estos se encuentran los; Leiomiosarcomas, condrosarcomas, sarcoma u osteógeno, rhabdomiosarcoma y angiosarcoma, son extremadamente infrecuentes. Son aminosos y habitualmente dan como resultado una muerte rápida por amplia diseminación.

FRIBROSARCOMAS

La OMS lo define como un tumor maligno que se caracteriza por la presencia de haces entrelazados de fibras de colágeno formadas por las células. El fibrosarcoma es una entidad que se origina del tejido conectivo de sostén de la cavidad medular (el llamado fibrosarcoma central, endostal o medular) o mucho menos frecuente del periostio (fibrosarcoma perióstico) o de los tejidos blandos parosteales.

Por lo general no afecta la piel o causa retracción del pezón. Se desarrolla con la rapidez sin antecedentes previos de alguna pequeña tumoración. Es una tumoración bien delimitada de color blanco grisáceo y tiene zona de hemorragia y necrosis. Es predominante en los 50 años de edad. Es de pronóstico malo.

CISTOSARCOMAS

Es un tumor en partes epitelial

LIPOSARCOMAS

Son poco frecuentes, y poco comunes su pronóstico es quizá más favorable, aunque el número de casos es muy escaso

ANGIOSARCOMA.

Tumor maligno caracterizado por la formación de canales vasculares, tapizados por una o más capas de células endoteliales atípicas, a menudo de aspecto inmaduro, y acompañadas por masas sólidas de tejido anaplásico o pobremente diferenciado. Es un tumor agresivo, que se caracteriza por la capacidad de recurrencia local y las metástasis a distancia.

Se desarrolla en una extremidad linfodematosa que inicia localmente un deterioro del mecanismo inmunitario el 60% de las pacientes tienen antecedentes de radioterapia ya que contribuye a la formación del linfodematoso su pronóstico es malo.

CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE.

Es el carcinoma infiltrante primario de la mama segundo en frecuencia luego del carcinoma ductal infiltrante. Corresponde aproximadamente al 10% de las neoplasias infiltrantes. Clínicamente puede pasar desapercibido a la palpación y en la mamografía, enmascarándose como una mama densa a la mamografía. Se asocia con menor frecuencia a calcificaciones. Es más frecuentemente multifocal, multicéntrico y bilateral que los otros carcinomas. Histológicamente se caracteriza por un patrón de invasión con células en filas indias. Las células son

discohesivas de modo que no forman estructuras como túbulos y tienen mayor tendencia a la invasión linfática y metástasis a linfonodos. Existen varios subtipos histológicos de este carcinoma: Tipo clásico, Tipo histiocitoide, Anillo de Sello.

CARCINOMA MUCINOSO.

También se conoce como carcinoma coloide, mucoide y gelatinoso. Esta neoplasia es frecuente en mujeres posmenopáusicas. Es un tumor bien circunscrito, que puede simular un fibroadenoma, de consistencia blanda. Se identifican grandes lagos de material mucoide o mucinoso sobre los que flotan islotes de células neoplásicas. Habitualmente se encuentra coexistiendo con un Carcinoma Ductal de tipo clásico. La variante pura tiene muy buen pronóstico con sólo 2 a 4% de metástasis a linfonodos axilares.

Morfológicamente es semejante a los adenocarcinomas mucinosos coloides de estómago o intestino. Microscópicamente es bien limitado, con tabiques fibrosos.

CARCINOMA MEDULAR.

Más frecuente en mujeres bajo los 50 años de edad. Microscópicamente es una masa tumoral bien circunscrita que puede simular clínica, mamografía y macroscópicamente un fibroadenoma. Tiene un color oscuro o rojizo, de superficie sólida, homogénea con pequeños focos de necrosis. Microscópicamente: la celularidad es alta y marcadamente atípica con células grandes de aspecto sincicial, grandes núcleos hipercromáticos, nucléolos prominentes, pleomórficos y acentuada actividad mitótica atípica. Una de las características histológicas es la ausencia de componente de tipo in situ en el tejido mamario adyacente. Inmunohistoquímicamente carecen de tinción para Queratina 19 en contraste al carcinoma ductal habitual y a pesar de ser muy atípicos son RE positivos. El pronóstico del carcinoma medular es mejor que el carcinoma ductal de tipo clásico. En algunas series la tasa de supervivencia a 10 años fue de 84% en relación a 63% del carcinoma ductal habitual.

CARCINOMA PAPILAR.

Forma papilas revestidas por una fila de células atípicas.

CARCINOMA TUBULAR

Forma un nódulo pequeño (cerca de 1 cm.) y al microscopio parece una lesión benigna formada por tubulos angulados revestidos por una sola capa de células uniformes que proliferan en un estroma fibroso denso. Casi nunca hay mitosis, necrosis ni pleomorfismo marcado. El pronóstico es excelente, aunque esta lesión se

asocia con frecuencia a multacentricidad, bilateral y recurrencia de una morfología macroscópicamente orientadora y de hecho puede encontrarse como hallazgo accidental en mamas extirpadas.

CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE (INVASIVOS).

Es el carcinoma infiltrante más frecuente de la mama. Aproximadamente el 85% de los carcinomas infiltrantes. Clínicamente tiende a producir lesiones únicas en el CSE, muchas veces palpables. Redondeadas o estrelladas a la mamografía, que se reconocen como distorsiones arquitecturales sospechosas. Suelen asociarse a microcalcificaciones agrupadas e irregulares sospechosas. Macroscopía: Lo típico es una masa aumentada de consistencia, blanquecina grisácea, mal definida, generalmente espiculada, o a veces expansiva. La lesión mide usualmente entre 1 y 3 cm., pero pueden alcanzar tamaños enormes de 15 o más cm. Cuando el tumor es grande, es frecuente encontrar zonas de necrosis, hemorragia y áreas de degeneración quística. También puede haber invasión a tejidos adyacentes como piel o músculo pectoral.

CARCINOMA INFILTRANTE DE LOS CONDUCTOS (CARCINOMA CANALICULAR INFILTRANTE)

Microscópicamente se caracteriza por presentar un nódulo de color blanco grisáceo, con límites poco precisos, infiltrantes, con estrías amarillentas y una consistencia peculiar, arenosa, que se recuerda a una papa cruda o a una pera. La consistencia aumentada y las estrías amarillentas se deben al incremento notable en fibras elásticas. El tamaño de la lesión es muy variable cuando es menor de 1 cm. se le conoce como “carcinoma mamario mínimo”.

Microscópicamente hay gran variedad de patrones que incluyen en forma sólida (cribiformes, pseudo glandulares, mixtas).

Las células son grandes, con núcleo de membrana nuclear angulada cromática densa o grumosa, actividad mitótica normal y nucléolos prominentes. El tumor puede tener necrosis en cantidad variable cerca del 60% tiene calcificaciones gruesas o finas. Se encuentra invasión a los vasos linfáticos en 35% y a los vasos sanguíneos en 5%.

ADENOMA DUCTAL (ADENOSIS NODULAR).

Esta lesión puede ser muy similar a un papiloma. Desde el punto de vista histopatológico se relacionan con lesiones epiteliales que tienen los patrones poco comunes de esclerosis y adenosis.

INVASIVOS. TUMORES EPITELIALES MALIGNOS (CARCINOMA)

La mayoría de los tumores malignos de mama son carcinomas. Se desarrollan según a partir de los conductos o de la unidad secretora terminal se clasifican en ductales y lobulillares. El carcinoma lobulillar en el 25 – 50% de los casos. El caso de mama es mas frecuente en nulíparas y su riesgo disminuye en multíparas que dan lactancia materna. La mayoría de los cánceres de mama son de tipo epitelial, miden menos de 2cm. de diámetro y son tumores únicos. En la actualidad se pesquisa un gran número de carcinomas in situ gracias al uso de la mamografía. Aproximadamente el 50% de los carcinomas se originan en el cuadrante superior externo, 15% en el cuadrante superior interno, 10% en el cuadrante inferior externo y 5% en el cuadrante inferior interno. El 17% de los carcinomas corresponden a la zona central.

NO INVASIVOS: CARCINOMA INTRADUCTAL (DUCTAL)

Es un carcinoma limitado a los conductos sin infiltrar el estroma. Tiene varios subtipos morfológicos: Comedocarcinoma, se caracteriza por la proliferación neoplásica de células de los conductos grandes, tiene actividad mitótica prominente, sin estomas conjuntivos y posee necrosis central en grandes focos o en forma central (individual). En los focos de necrosis por lo regular hay calcificación y ésta puede identificarse en estudios radiológicos. Microscópicamente se observan un grupo de conductos de paredes gruesas con parénquima mamario normal entre ellos; a la presión sale un material espeso y blanco amarillento.

El carcinoma papilar es una lesión, poco frecuente que se origina de nuevo y menos frecuente la base de papilomas preexistentes.

El diagnóstico se basa en las características histológicas de la lesión que de forma paradójica, es más simple que las observadas en el papiloma intraductales.

Otras formas de proliferación intraductal incluyen las variantes sólida, cribiforme, micropapilar e hipersecretora quística.

CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU

La edad promedio para el diagnóstico desde 44 a 47 años es más frecuente en la población caucásica que en la raza negra. Esta lesión, a diferencia de las formas intraductales, carece de una morfología macroscopicamente orientadora y de hecho puede encontrarse como hallazgo accidental en mamas extirpadas por otra razón.

Histológicamente se caracteriza por la proliferación intralobulillar de células neoplásicas uniformes en tamaño, pequeñas con núcleos redondos, sin actividad mitótica prominente; los lobulillos se encuentran distendidos y totalmente ocupados por células neoplásicas. La atipia y necrosis son mínimas o ausentes. Pueden ocurrir también extensión hacia los conductillos vecinos esto afecta el pronóstico.

En ocasiones el crecimiento de la lesión puede adoptar un aspecto cribiforme o micropapilar. La evolución de esta lesión es controversial pero hay acuerdo en lo siguiente 25 a 30 % de las pacientes desarrollan carcinoma invasor.

Este riesgo se aplica a ambas mamas, aunque es mayor en las que se les practico la biopsia. El carcinoma invasor subsecuente puede ser ductal o lobulillar.

Si una paciente con carcinoma lobulillar in situ se examina periódicamente la posibilidad de que muera a consecuencia de esta lesión es mínima.

CAPÍTULO III

FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

CUADRO 1

GENÉTICOS

RAZA

Norte europea y Norte americana

Riesgo 5 – 6 veces superior respecto a Asia y África.

FAMILIA

Madre o hermana con cáncer, especialmente si es bilateral y en premenopausia

FENOTÍPICOS

MENSTRUACIÓN

Menarquía antes de los 12 años; Menopausia natural después de los 50 años.

EMBARAZOS

Ninguno o tardío después de los 50 años

HORMONAS

Eliminación reducida de metabolitos de andrógenos.

OTRAS

ENFERMEDADES

Presencia de mastopatía fibroquística: el riesgo es cuatro veces superior; al cáncer de endometrio, cáncer de colon, cáncer de ovario, y la obesidad

AMBIENTALES

RADIACIONES	Mamografías frecuentes utilizando 10 – 13 rad. Por examen, la mamografía con mas de 0.5 rad. Por examen está exenta de riesgo
HORMONAS	Administración prolongada de estrógenos en la menopausia
HORMONAS ENDÓGENAS	No evidencia clara a favor de estimulación tumoral por parte de prolactina o progesterona
FÀRMACOS	No evidencia clara a favor de estimulación tumoral por parte de reserpina o Contraceptivos.
DIETA	Rica en grasas puede causar o aumentar la incidencia de cáncer de mama.
VIRUS	El papel de los virus encógenos (RNA, TIPOS B Y C). No está bien establecido

CAPÍTULO IV

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

HISTORIA CLÍNICA.

En estos se encuentran los factores de riesgo como son: genéticos (raza, familia); fenotípicos (menstruación, embarazos, hormonas); y ambientales (radiaciones, hormonas endógenas, fármacos, dieta y virus

CUADRO CLÍNICO.

En ocasiones se encuentra asintomático, pero a veces las manifestaciones clínicas son variables y así, mientras en la fase preclínica es la presencia de una masa de un tumor. Este tumor es de consistencia dura, indolora en tres cuartas partes de los casos. Una mayoría (80-90%) es descubierta por la paciente al auto explorarse (práctica que debe ser estimulada al máximo a través del consejo de enfermería). Luego, en orden de frecuencia, se hacen evidentes el dolor mamario, la descarga por el pezón espontánea y persistente, la retracción del pezón, el hoyuelo en la piel, la erosión del pezón, el tumor axilar, el edema, el eritema y la ulceración cutáneos, el aumento y el absceso mamario, prurito, endurecimiento mamario generalizado, equimosis y edema del brazo.

ESTADIOS DEL CÁNCER DE MAMA

Después de que se diagnostica el cáncer del seno (mama), se realizan pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado dentro de la mama o a otras partes del cuerpo.

En el caso del cáncer del seno (mama) se utilizan los siguientes estadios:

- Estadio 0 (carcinoma in situ)
- Estadio I
- Estadio IIA
- Estadio IIB
- Estadio IIIA
- Estadio IIIB
- Estadio IIIC
- Estadio IV

Después de que se diagnostica el cáncer de mama, se realizan pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado dentro de la mama o a otras partes del cuerpo. El proceso utilizado para determinar si el cáncer se ha esparcido dentro de la mama o a otras partes del cuerpo se denomina clasificación en estadios. La información que se reúne de los procesos de estadios determinan el estadio de la enfermedad. Es importante conocer el estadio de la enfermedad a fin de planear el tratamiento. En el caso del cáncer de mama se utilizan los siguientes estadios:

ESTADIO 0 (carcinoma in situ)

Hay dos tipos de carcinoma mamario in situ:

CARCINOMA DUCTAL IN SITU. (CDIS). Es un trastorno precanceroso no invasivo, donde se encuentran células anormales en el revestimiento del ducto mamario. Las células anómalas no se han esparcido fuera de este ducto hacia otros tejidos mamarios. Algunas veces el CDIS se convierte en un tipo de cáncer invasivo mamario, aunque a la fecha se desconoce como predecir cuales lesiones se convertirán en invasivas

CARCINOMA LOBULAR IN SITU (CLIS). Es una enfermedad en la cual se encuentran células anormales en los lobulillos del seno. Muy raras veces esta enfermedad llega a ser cáncer invasivo; sin embargo, tener carcinoma lobular in situ en un seno incrementa el riesgo de desarrollar cáncer del seno en cualquier de las mamas. (Ver figura 2)



FIG.2. Comparación del tamaño del tumor con un frijol, maní, nuez y limón.

Estadio I

En el estadio I, el tumor tiene 2 centímetros o menos y no se ha diseminado fuera de la mama.

Estadio IIA

En el estadio IIA: No hay presencia de tumor en el seno, pero se ve que el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo);

El tumor tiene un tamaño no mayor a dos centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares; el tumor tiene más de dos centímetros pero no más de cinco centímetros y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Estadio IIB

En el estadio IIB. El tumor tiene más de dos centímetros pero no más de cinco centímetros y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares; o tiene un tamaño mayor a cinco centímetros pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.

Estadio IIIA

En el estadio IIIA: Hay presencia de tumor en el seno, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares que están unidos el uno al otro o a otras estructuras;

Tiene un tamaño inferior a cinco centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares que están unidos el uno al otro o a otras estructuras; o el tumor tiene un tamaño mayor a cinco centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos podrían estar adheridos entre ellos o a otras estructuras.

Estadio IIIB

En el estadio IIIB, el cáncer podría tener cualquier tamaño y: se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluyendo las costillas y los músculos pectorales); y se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de las mamas o debajo de los brazos.

Estadio IIIC

En el estadio IIIC, el cáncer: se ha diseminado a los ganglios linfáticos debajo de la clavícula y cerca del cuello; y podría haberse diseminado a los ganglios linfáticos dentro del seno o bajo los brazos y tejidos cercanos al seno. El cáncer del seno en estadio IIIC se divide en estadio IIIC operable y no operable.

En el estadio IIIC operable, el cáncer: se encuentra en diez o más de los ganglios linfáticos debajo del brazo; o se encuentra en los ganglios linfáticos bajo la clavícula y cerca del cuello en la misma parte del cuerpo en que se

encuentra el seno con cáncer; o se encuentra en ganglios linfáticos dentro del seno en sí y en ganglios linfáticos debajo del brazo.

En el estadio IIIC no operable del cáncer del seno, el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos más arriba de la clavícula y cerca del cuello en la misma parte del cuerpo en que se encuentra el seno con cáncer.

Estadio IV

En el estadio IV, el cáncer se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, hígado o cerebro.

CAPÍTULO V

EXAMEN FÍSICO.

EL AUTOEXAMEN MAMARIO.

Este procedimiento es además de sencillo, altamente recomendado. Es fácil de efectuar por la propia mujer, con resultados por demás halagador puesto, que es la propia paciente la que detecta el tumor maligno en el 80% de los casos. Se aconseja iniciar el auto examen mamario durante la juventud, a los 25 años de edad, una vez por mes, fuera del periodo menstrual. En las menopáusicas, se establecerá disciplina de vigilancia eligiendo una fecha fija, un determinado día cada mes.

EL EXAMEN MÉDICO CLÍNICO

El objetivo de tal examen es detectar la presencia de cualquier abultamiento en los senos.

LA INSPECCIÓN: Comprende los dos modos tradicionales recomendados por la propedéutica elemental: La elemental y la dinámica.

LA INSPECCIÓN ESTÁTICA. Comprende el estudio comparativo (simetría) de la forma, el volumen y el estado de la superficie de ambas glándulas mamarias con la paciente en posición de reposo con las extremidades superiores dejadas caer a los lados del tronco. Hay que recordar que en condiciones normales la mama izquierda es algo más grande que la derecha, lo cual no significa asimetría. Los signos cutáneos de mayor importancia son: Protrusión cutánea de un tumor, piel de naranja, enrojecimiento e hipertermia local, ulceración, secreción del pezón, aumento de la red venosa superficial.

LA INSPECCIÓN DINÁMICA. Se hace indicando a la paciente que contraiga los músculos pectorales y realice la elevación de los miembros superiores. Las maniobras tienen por intención poner de manifiesto signos cutáneos retractiles que pudieran pasar desapercibidos durante la inspección estática.

LA PALPACIÓN. Debe abarcar no solo a la región mamaria misma sino también las zonas linfáticas (axilar, supraclavicular, cervical, humeral). De encontrarse masa o tumor habrán de determinarse sitio, posición, forma, volumen(dimensiones), consistencia, sensibilidad, límites precisos o difusos, movilidad, fijación a los planos superficiales profundos(piel, pezón músculos).

CAPÍTULO VI

EXAMEN DE LABORATORIO

En ellos nos encontramos la fosfatasa alcalina, calcio y exámenes relacionados con los receptores hormonales y marcadores biológicos.

LA FOSFATASA ALCALINA. Es un examen que mide la cantidad de la enzima en suero o plasma. La fosfatasa alcalina es una enzima producida en varios órganos, incluyendo los huesos, el hígado y los intestinos, y se encuentra en cierta cantidad normalmente en la sangre de las personas sanas.

Las concentraciones de fosfatasa alcalina pueden subir siempre que aumente la actividad de las células óseas (p.ej, durante los períodos de crecimiento de la niñez o después de una fractura) o como resultado de enfermedades óseas, El rango normal es de 44 a 147 UI/L (UI/L = unidades internacionales por litro) en el adulto.

MARCADORES BIOLÓGICOS TUMORALES.

Sustancia que se encuentra a veces en la sangre, otros líquidos o tejidos corporales (del cuerpo). Un marcador biológico de nivel alto puede indicar la presencia de cierto tipo de cáncer en el cuerpo. Entre los ejemplos de marcadores biológicos se encuentra el CA 125 (cáncer de ovario), CA 15-3 (cáncer de mama), CEA (cáncer de ovario, pulmón, mama, páncreas y tubo digestivo), y PSA (cáncer de próstata). También se llama marcador biológico.

EL CA 15-3.

El CA 15-3 no posee suficiente especificidad ni sensibilidad para que sea utilizada como prueba de detección precoz. Su principal utilidad como marcador tumoral es para el seguimiento de la respuesta al tratamiento y para el diagnóstico precoz de recidiva, siendo detectable únicamente en estadios más avanzados cuando hay más células cancerosas y sintetizan cantidades elevadas del marcador.

El CA15-3 algunas veces puede dar información adicional al facultativo, indicando hacia que localización se ha extendido la neoplasia (ósea, hepática) y del aumento de su tamaño.

El CA 15-3 puede solicitarse junto con otras pruebas, como los receptores de estrógenos y progesterona, Si el CA 15-3 se encuentra ya inicialmente elevado, podrán utilizarse para el seguimiento de la eficacia del tratamiento y también repetido a intervalos regulares será útil para la detección precoz de recidiva. El CA 15-3 generalmente no se determina cuando la neoplasia se detecta en un estadio inicial, antes de que haya expansión o metástasis, ya que como se ha dicho, generalmente las concentraciones en estos estadios son bajas.

EXÀMENES DE GABINETE

LA MAMOGRAFIA. Es la radiografía del seno; método para detectar el cáncer del seno que no se puede palpar. Las mamogramas se hacen con un equipo especial de rayos X, que se usa solo para este propósito. Un mamograma puede mostrar un tumor que se esta formando en el seno antes de que este lo suficientemente grande para que pueda ser palpado por la mujer, o incluso por un profesional de la salud especialmente capacitado para ello. El mamograma de defeción se usa para ayudar a detectar el cáncer del seno en las primeras etapas en mujeres que no presentan protuberancias o síntomas.

LA MASTOGRAFIA. Es el principal método empleado en el estudio de tumores de la región de la mamaria. Permite identificar tumores que no se detectan por examen clínico minucioso. Se recomienda una mastografía basal a los 35 – 40 años de edad; cada dos años entre los 40 – 50-años de edad y cada año después de los 50. Después de los 70, nuevamente es aconsejable cada 2 años y cada 3 años de los 80 en adelante. La sensibilidad de este procedimiento para el diagnóstico de cáncer mamario es del 94% y la especificidad es 89% .La mastografía está exenta de riesgo porque la cantidad de radiación que expone a la paciente es casi nula y además es procedimiento aplicable a casos individuales y en grandes grupos de población.

Los criterios para establecer sospecha de neoplasia son; imagen de mayor densidad o tumor de mayor densidad, de forma irregular o estelar, ausencia de “halo de seguridad “, signo de lebornier positivo (mayor tamaño radiológico). Con frecuencia se aprecian calcificaciones pequeñas (menores de 1Mm). Pleomórficas y brillantes, engrosamiento o retracción de la piel y aumento de la vascularidad.

ULTRASONOGRAFIA. No es un procedimiento generalmente aceptado para la detección del cáncer mamario en estudios poblacionales. Es útil para establecer diagnóstico diferencial entre una lesión quística y una sólida, para evaluar un tumor palpable en una mujer joven o el tejido mamario denso o una masa palpable que la mastografía no ha logrado definir.

LA BIOPSIA. Por aspiración ofrece positividad del 90% en el diagnóstico de un carcinoma mamario.

Existen otros estudios para diagnóstico cuya utilidad es limitada y con indicaciones precisas que deben ser evaluadas para cada caso en particular en las cuales se encuentran: Xeroradiografía, Telétermografía, Rx. De tórax y rastreo óseo.

CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA.

Existen diferentes tipos de tratamientos que pueden emplearse para todos los pacientes con cáncer del seno (mama). La terapia que se aplique depende de muchos factores, entre los que se incluye el estadio o etapa en que se encuentre el tumor, si hay o no metástasis.

Algunos tratamientos se consideran estándar (tratamiento actualmente utilizado). La elección del tratamiento más apropiado para el cáncer es una decisión en la que idealmente deben participar el paciente, la familia y el equipo de salud.

Se utilizan cuatro tipos de tratamiento estándar:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia hormonal

Se están examinando nuevos tipos de tratamiento en estudios clínicos, como:

Biopsia de ganglios linfáticos centinela seguidos de cirugía.
Alta dosis de quimioterapia con trasplante de células madre.
Anticuerpos monoclonales como terapia adyuvante

CIRUGIA.

La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía a fin de extirpar el cáncer de la mama. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo y se examinan bajo un microscopio para determinar si estos contienen células cancerosas. La cirugía conservadora de la mama, es una operación para extirpar el cáncer pero no la mama misma e incluye:

TILECTOMIA: Procedimiento quirúrgico para extirpar el tumor (bulto) y una pequeña cantidad de tejido normal circundante.

MASTECTOMIA PARCIAL O SEGMENTARIA: Procedimiento quirúrgico para extirpar la parte del seno que tiene cáncer y algo del tejido normal circundante (Ver fig.3)

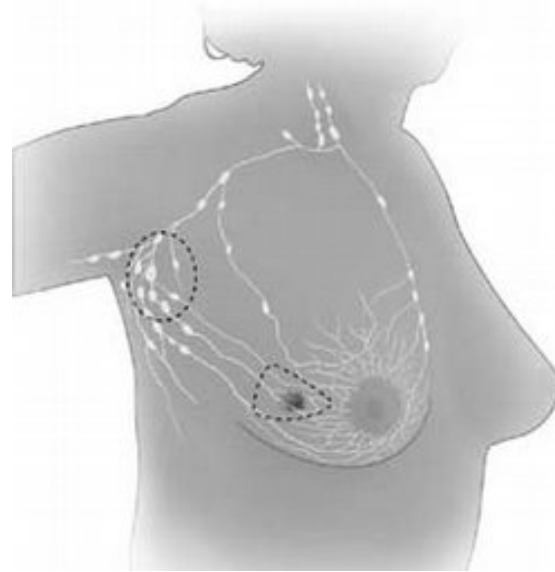


Fig.3

Cirugía preservadora de mama. Las líneas de puntos encierran el tumor extirpado y los ganglios linfáticos extirpables.

Las pacientes bajo tratamiento con cirugía preservadora del seno, podrían también experimentar la remoción de algunos ganglios linfáticos bajo el brazo para someterlos a biopsia. A este procedimiento se le llama disección de ganglio linfático. Este puede realizarse a la misma vez que la cirugía preservadora del seno o después. La disección de ganglio linfático se realiza a través de una incisión separada.

Otros tipos de cirugía incluyen los siguientes:

MASTECTOMIA TOTAL: Procedimiento quirúrgico con remoción de toda la mama afectada. A este procedimiento también se le llama mastectomía simple. Se podría llevar a cabo la remoción de algunos ganglios linfáticos bajo el brazo para someterlos a biopsia. Esto puede realizarse a la misma vez que la cirugía del seno o después. Esto se realiza a través de una incisión separada. (Ver fig.4)

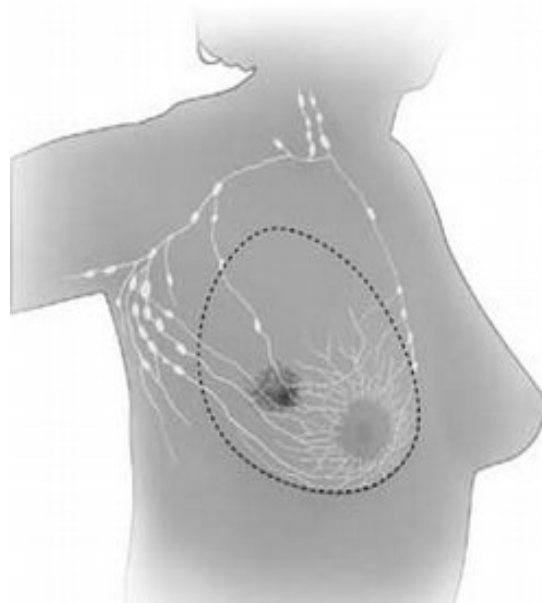


Fig.4

Mastectomía total. La línea de puntos encierra la extirpación total de la mama.

MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA: Procedimiento quirúrgico para extirpar toda la mama afectada, muchos de los ganglios linfáticos bajo el brazo, el recubrimiento de los músculos pectorales y, en algunas instancias, parte de los músculos de la pared pectoral. (Ver fig.5)

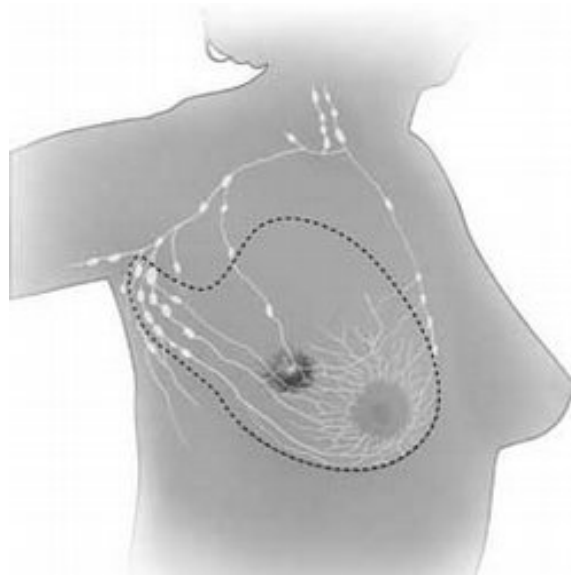


Fig.5

Mastectomía radical modificada. La línea de puntos encierra la totalidad de la mama y algunos ganglios linfáticos extirpados. Podría extirparse parte de los músculos de la pared pectoral.

MASTECTOMIA RADICAL. Procedimiento quirúrgico para extirpar el seno canceroso, los músculos de la pared torácica bajo el seno y todos los ganglios linfáticos bajo el brazo. Este procedimiento se denomina en algunas ocasiones mastectomía radical de Halsted.

Incluso si el médico extirpa todo el cáncer visible al momento de la cirugía, el paciente tal vez sea sometido a radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal después de la cirugía a fin de eliminar toda célula cancerosa que pueda

quedar aún. El tratamiento administrado después de la cirugía para incrementar las posibilidades de curación se denomina terapia coadyuvante.

Si se va a realizar una mastectomía a una paciente, tal vez se considere la reconstrucción de la mama (cirugía para reconstruir la forma de una mama después de la mastectomía). La reconstrucción de mama puede hacerse al momento de la mastectomía o posteriormente. La reconstrucción puede realizarse con el propio tejido (no de la mama) de la paciente o mediante el uso de implantes rellenos con gel salino o de silicona.

RADIOTERAPIA

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer el cual utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para eliminar células cancerosas. Existen dos tipos de radioterapia. La radioterapia externa utiliza una máquina fuera del cuerpo la cual envía radiación al área donde se encuentra el cáncer. La radioterapia interna utiliza una sustancia radioactiva sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres que se colocan directamente dentro o cerca del cáncer. La forma en que se administre la radioterapia va a depender del tipo y el grado de avance del cáncer que está siendo tratado.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia es un tratamiento del cáncer que utiliza medicamentos para interrumpir la proliferación de células cancerosas, mediante la eliminación de las células o evitando su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra oralmente o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y afectan a células cancerosas en todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en la columna vertebral, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente células cancerosas en esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administre la quimioterapia va a depender del tipo y el grado de avance del cáncer que está siendo tratado.

TERAPIA HORMONAL

La terapia hormonal es un tratamiento que elimina o bloquea la acción de las hormonas y detiene el crecimiento del cáncer. Las hormonas son sustancias producidas por las glándulas del cuerpo y que circulan por el torrente sanguíneo. La presencia de ciertas hormonas produce el crecimiento de ciertos cánceres. Si las pruebas revelan que las células cancerosas tienen sitios donde se adhieren las hormonas (receptores) se puede utilizar medicamentos, cirugía o radioterapia para reducir la producción de hormonas o impedirles que ejerzan su función.

La terapia hormonal con tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con estadios tempranos de cáncer de mama y pacientes con cáncer metastásico de mama (cáncer que se ha esparcido a otras partes del cuerpo). La terapia hormonal con tamoxifeno o estrógenos puede actuar sobre las células de todo el cuerpo y aumentar la posibilidad de padecer cáncer del endometrio. Las mujeres que reciben tamoxifeno deben someterse a un examen pélvico todos los años para controlar la aparición de signos de cáncer. Toda hemorragia vaginal, que no se trate del sangrado menstrual, debe informarse a un médico tan pronto como fuera posible.

Otros tipos de tratamiento son:

BIOPSIA DE GANGLIOS LINFATICOS CENTINELA SEGUIDOS DE CIRUGÍA.

Procedimiento que implica la remoción quirúrgica del ganglio linfático centinela (el primer ganglio linfático donde posiblemente se hayan diseminado las células cancerosas). El médico inyecta una sustancia radioactiva o un tinte azul cerca del tumor. La sustancia o el tinte fluyen a través de los conductos linfáticos hacia los nódulos centinelas. El cirujano extirpa el primer ganglio en recibir el tinte azul para someterlo a biopsia. Un patólogo luego examina los tejidos de los ganglios linfáticos centinelas en búsqueda de la existencia de células cancerosas. Si no se detectan células cancerosas, tal vez no sea necesario extirpar otros ganglios. Después de la biopsia de ganglios linfáticos centinela, el cirujano extirpa el tumor (cirugía conservadora de la mama o mastectomía) Ver fig.6

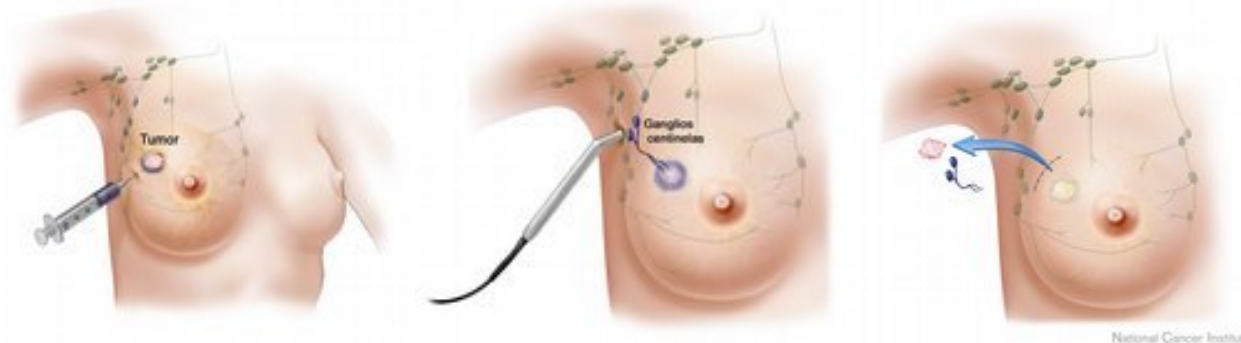


Fig.6

Biopsia de ganglio linfático centinela. La tercera de una ilustración de tres paneles, muestra la inyección de una sustancia radioactiva o tinción azul cerca del tumor, a la sustancia inyectada se le da seguimiento visual o mediante sonda y los primeros ganglios linfáticos en absorberla se extirpan y se analizan en busca de células cancerosas.

ALTA DOSIS DE QUIMIOTERAPIA CON TRANSPLANTE DE CELULAS MADRE.

Alta dosis de quimioterapia con trasplante de células madre es el método que implica la administración de dosis de quimioterapia elevadas y el reemplazo de las células generadoras de sangre que han resultado destruidas por el tratamiento del cáncer. De la sangre o la médula ósea se obtienen células madre (glóbulos sanguíneos inmaduros) del mismo paciente o un donante, la cual se congela y almacena. Al terminar la quimioterapia, las células madre guardadas se descongelan y se reinyectan al paciente mediante un proceso conocido como infusión. Estas células madre reinyectadas, crecen y restauran las células sanguíneas en el cuerpo.

Algunos estudios han mostrado que altas dosis de quimioterapia seguidas de un trasplante de células madre no tiene mejores resultados que la quimioterapia estándar en el tratamiento del cáncer de mama. Los médicos han decidido que, por el momento, las altas dosis de quimioterapia solo deben probarse en estudios clínicos. Antes de participar en un estudio de este tipo, las mujeres deben consultar a sus médicos sobre los efectos colaterales graves, incluso la muerte, la cual podría ser ocasionada por dosis altas de quimioterapia.

ANTICUERPOS MONOCLONALES COMO TERAPIA ADYUVANTE.

La terapia con anticuerpos monoclonales es un tratamiento para el cáncer que utiliza anticuerpos fabricados en el laboratorio a partir de un tipo único de células del sistema inmunitario. Estos anticuerpos pueden identificar sustancias en células cancerosas o sustancias normales en el cuerpo que contribuyen al crecimiento de las células cancerosas. Los anticuerpos se adhieren a las sustancias y eliminan las células cancerosas, impiden su crecimiento o previenen que se diseminen. Los anticuerpos monoclonales se administran por infusión. Pueden utilizarse aisladamente o para administrar medicamentos, toxinas o material radiactivo directamente en las células cancerosas. Los anticuerpos monoclonales también se pueden utilizar en combinación con quimioterapia como terapia adyuvante.

CAPÍTULO VIII

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA, RESPUESTA HUMANA

Fecha: 20 de Enero del 2007.

Unidad: Hospital de la mujer
Nombre: J. C. V.
Edad: 55 Años Sexo: Femenino Cedula: 1246
Servicio: Oncología
Fecha de Nacimiento: 24 de Enero de 1952
Dx Medico de ingreso: Tumor Mamario Derecho
Valoración realizada: Nélida Vázquez Zúñiga.
Dx. (s) de Enfermería

I. INTERCAMBIO

CEREBRAL

Nivel de conciencia

Persona:

Lugar:

Tiempo:

Apertura de Ojos

Normal: Con Problema:

Reflejo Pupilar: Normal

CARDIACO

Ritmo cardiaco normal Arritmia

Taquicardia: Bradicardia:

Tensión arterial

Brazo: Derecho: Izquierdo:

PERIFERICO

Pulso	Ausente	Débil	Normal	Fuerte
Carotídeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Sí"/>
Apical	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Sí"/>
Braquial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Sí"/>
Radial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Sí"/>

Temperatura Región: Oc.:
 Hipertermia: Hipotermia:

Piel Normal:

Color Normal: Pálida:
 Cianótica: Ictérica:

Otros:

OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria:

Respiración : Regular: Irregular:

Presencia de: Disnea: Ortopnea:
 Taquipnea: Bradipnea:

Tos: Espujo:

Color: Cantidad:

Ruidos respiratorios Burbujeo:

Estertor: Estridor: Jadeo:

Localización:



Tubos respiratorios Sí: No:

Integridad de la piel

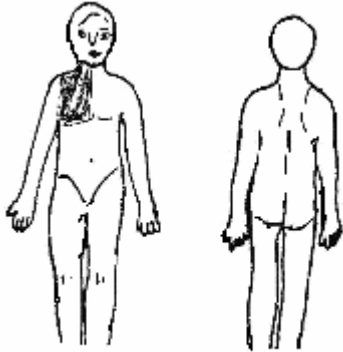
Piel Intgra: Quemaduras:
Petequias: Eritema: Ulceras:
Heridas: Abrasiones:

Contusiones:

Incisión Quirúrgica:
Resequedad de la Piel:
Edema + ++ +++
Otros:

Características:

Localización



Nutrición

Dieta indicada por el Médico: Ayuno

Comidas

1 2 3 Más

Alimentos que le gusten: Las verduras

Alimentos que le hacen daño: Huevo

Cambio actual en el apetito

Sí Sí No

Observaciones:

Ingesta de cafeína

Sí: No: Frecuencia: 1 Diaria

Talla: 1.65 Mts. Peso: 90 Kgs. Somatometría:

Estado de boca y encías

Color Rosado-seco

Húmeda Seca

Lesiones

Dentadura Completa Parcial Incompleta

Superior Sí
Inferior

Utilización de prótesis

Sí: No:

Otros:

ELIMINACIÓN

Ritmo Intestinal Habitual

Normal

Alimentos Sí Alteración Actual

Estreñimiento:

Diarrea:

Incontinencia:

Remedio para la alteración

Líquido:

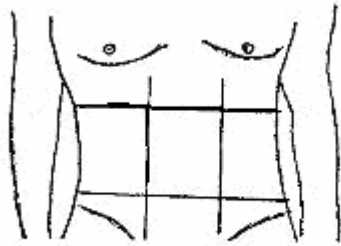
Enema: Fármacos:

Ruidos Intestinales

Sí: Sí No:

Características:

Localización



Características de heces (datos Históricos)

Color: Normal
Olor: Normal
Consistencia: Normal

Datos Actuales

Color: Normal
Olor: Normal
Consistencia: Normal
Frecuencia: Normal

CARACTERISTICAS DE LA ORINA (Datos Históricos)

Color Normal
Olor Normal
PH 6.5

Datos actuales

Color _____
Olor _____
PH _____
Tira Reactiva _____

Sonda Foley Sí: No:
Cantidad en:
1 Hora: 12 Horas: 24Horas:
Presencia de:

Anuria:

Disuria:

Polaquiuria:

Hematuria:

Otros:

SENTIMIENTO

Dolor malestar

Desde el inicio de su enfermedad ha empezado

A tener dolor Sí: No:

Intensidad de dolor

+ ++ +++

En que parte(s) del cuerpo le da el dolor

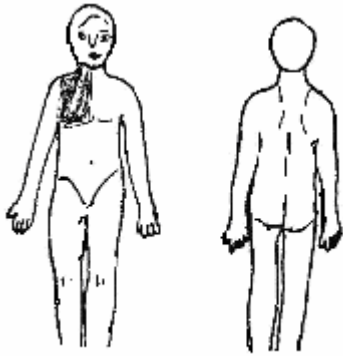
Mama derecha

Se agrava el dolor con alguna cosa

Dolor a la palpación

Con que emitió el dolor con Clorhidrato de Dextroproporcifeno (Neo-Percodan)

Localización



COMUNICACIÓN

Función de la lectura

Normal:

Dificultad:

Incapaz:

Función de la escritura

Normal:

Dificultad:

Incapaz:

Función de habla

Normal:

Dificultad:

Incapaz:

Observaciones:

MOVIMIENTO

Percepción sensorial

Alteración

Vista Sí: No:

Oído Sí: No:

Olfato Sí: No:

Gusto Sí: No:

Tacto Sí: No:

Reflejo Sí: No:

Observaciones:

AUTOCUIDADO

Actividad independencia total:

Practica ejercicio Sí: No:

Actividad ayuda con aparatos:

Actividad ayuda con personas:

Actividad con ayuda aparatos y personas:

Dependencia total:

ACTIVIDAD

Fatiga Sí:

No:

Debilidad Sí:

No:

REPOSO

¿Cuántas horas duerme regularmente por la noche? 8-10 Horas.

Siente cansancio al despertar: No tuvo dolor durante la noche.

Auxiliares de sueño:

CONSERVACIÓN DEL ENTORNO.

Distribución de cuartos que tiene la casa

0Tiene

Cocina:

Baño:

Escalera:

Cuenta con:

Agua:

Drenaje:

Luz eléctrica:

Tiene animales Sí:

No:

Se encuentra Dentro de la casa:

Fuera de Casa:

La casa es: Propia: Rentada: Otros:

CONSERVACIÓN DE LA SALUD.

¿A que servicio de salud tiene acceso?

Ninguno

¿A que servicio de salud acudió antes de llegar a esta unidad?

Centro de salud se canaliza H. Mujer.

¿En que servicio lo han atendido en esta unidad?

Cx Oncológica.

RELACIONES

Estado Civil: Casada

Vive con familia: Solo: Otros:

Tiene hijos: Sí: * No:

Edades: **0-25 Años y 0-18 Años.**

Sexo:

Trabajo actualmente: Sí No: *

Ocupación: Ama de casa.

Agrado por la ocupación: **Sí**

Preocupaciones laborales: **NO**

Gasto energético: Físico: Mental: **Sí**

Estudia: Sí: No: **Sí**

Carrera:

Preocupaciones por el estudio:

RELACIONES SEXUALES

Mujer: Menarca: **13 Años** Menopausia: **Sí / 45**

Frecuencia con que tiene las relaciones sexuales: 2 por semana.

Posibilidad de embarazarse: Sí: No:

Historia de embarazo(s): Gesta 11

Gestaciones: **11** Abortos: **NO**

Parto (s) Normal: **11** Cesárea(s):

Problemas de embarazo:

Hombre:

Posibilidad de embarazar: Sí No:

CONOCIMIENTO

Antecedentes De salud.

¿Que problemas importantes de salud ah tenido anteriormente?

Presencia y extirpación de Nódulos mamarios hace 5 años.

¿Cual es su enfermedad actual?

C A de mama Estadio III

¿Cual es la cusa que ocasiono la enfermedad?

Tumor de mama derecho y alto consumo de hormonales.

¿Que malestares le ocasiono enfermedad?

Dolor, deformación mamaria e hipersensibilidad resequedad de la piel, cambios de coloración.

FACTORES DE RIESGOS

¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión o diabetes?

Fuma: Sí: No:

Cuantas cajetillas al día: cajetillas al día.

¿Consume alcohol? Sí: No:

¿Con que frecuencia?

Frecuentemente se encuentra estresado

Sí: No:

¿Que hace para mitigar el estrés? Caminar.

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD.

¿Esta enterado el paciente de su problema actual de salud?

Sí: No:

¿Que cuidados le han proporcionado por parte del personal de enfermería en esta unidad?

Orientación sobre la enfermedad, venoclisis, toma de muestras, vendaje torácico y analgésicos.

¿Sabe para que sirven estos cuidados?

¿Le son de utilidad?

MEDICACIÓN ACTUAL

¿Que medicamentos toma actualmente?

Dextroproporcifeno (darvon) 200 mg. Metotraxate, Vincristina en infusión, difenidol cada 8 horas.

¿En que dosis?

¿Sabe para que le sirven? No sabe

DISPONIBILIDAD.

Disponibilidad del paciente por aprender

Sí: No:

Solicita información: Sí: No:

Memoria intacta: Intacta:

Solo reciente: Solo remota:

ELECCIÓN

Participación

Aceptación de la enfermedad: Sí: No:

Cumplimiento con el tratamiento terapéutico: Sí: No:

Aceptación del paciente por modificar actitudes personales y de su entorno para prevenir enfermedades:

Sí: No:

JUICIO

Aceptación del problema: Sí: No:

¿Toma usted las decisiones en caso de presentársele algún problema? Sí: No:

¿Quien? **Esposo.**

AFRONTAMIENTO.

¿Como resuelve habitualmente sus problemas?

Ayuda de sus hijos y esposo.

SENTIMIENTOS.

Emocional, Integridad y estado.

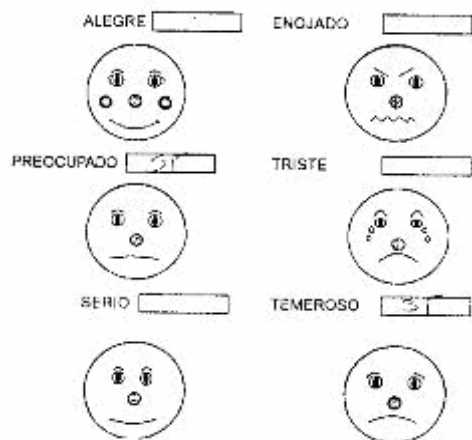
Recientemente le han ocurrido cosas que lo estresan: Falta de dinero.

¿Siente ansiedad? Sí: No:

¿Se siente afligido?

¿Que hace para relajarse?

Observaciones: Preocupada, temerosa y deprimida.



Otros:

PRECEPCIÒN.

Concepto de uno mismo

¿Como es su manera de ser habitualmente? Aprensiva.

¿Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad?

RELACIÒN.

Socialización

¿Facilidad para relacionarse con otras personas?

¿Personas que le pueden ayudar?

¿Convivencia con grupos? Sí, congregación de la iglesia.

Actividades que realiza cuando esta solo: Ver la TV

VALORACIÒN

Preferencia religiosa: Católica.

Practicas Religiosas:

Practicas Culturales:

Tradiciones familiares:

¿Interfiere la enfermedad u hospitalización con sus religiones y/o culturas? Sí porque asistía a sus reuniones.


CAPÍTULO IX

PLAN DE INTERVENCIONES:

USUARIO: JCV- Edad: 55 años GENERO: MUJER SERVICIO: Oncología FECHA DE ELABORACIÓN: 20 de enero del 2007

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje

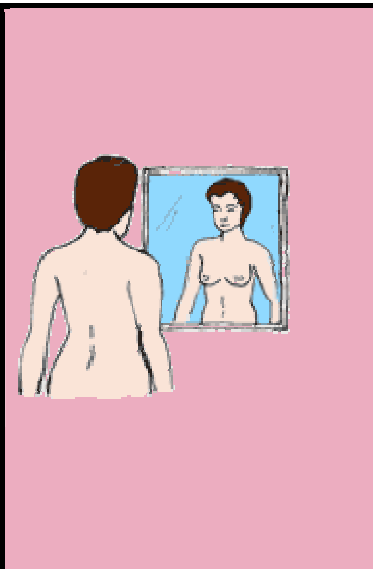
RESULTADOS ESPERADOS: Conocimiento: proceso de la enfermedad

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTES: Explicar el procedimiento al usuario (autoexploración)</p>	<p>AUTOEXAMEN Es recomendable realizarlo los días después de la menstruación, si ella aún ocurriera. Escoger un día del mes, entre el quinto a décimo día del ciclo menstrual.</p> <p>Cada mes revisar la apariencia y sensibilidad de sus senos. El propósito de este examen es identificar algún cambio como retracciones, hundimientos, secreciones del pezón, aspecto de la piel, consistencia, nodulaciones o bolitas, lunares, color, etc.</p> <p>Su revisión periódica es importante.</p> <div style="text-align: center;">  </div>

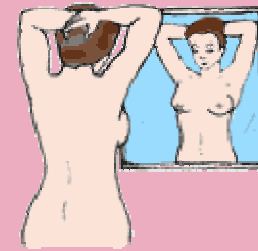
Se recomienda usar las puntas de los dedos , sintiendo su seno en áreas no mayores del tamaño de una moneda	Hacer círculos en su seno , siguiendo en línea espiral hasta el pezón, también en axilas y parte superior del tórax.	Mover sus dedos en zig-zag , comenzando a la altura de la axila, con movimiento de arriba hacia abajo.	Mover sus dedos del centro del pezón hacia fuera , cubriendo toda el área del seno hasta llegar a las axilas y parte superior del tórax.
--	---	---	---

FRENTE AL ESPEJO

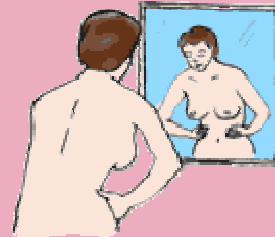
De pie frente al espejo, observe sus senos, deben estar igual en tamaño, forma y posición de los pezones. No debe haber desviación o retracción del pezón, ni cambios en la piel como enrojecimiento, hinchazón o aspecto de piel de naranja.



Con las manos en la nuca presione la cabeza. Con los músculos del tórax alargado proceda a la observación como en el paso anterior.






Repita la operación, ahora poniendo sus manos en la cintura, inclínese al frente con ambos codos y hombros. No debe haber bolitas en el contorno de los senos.



Presione cada pezón. Si hay alguna secreción, consulte a su médico.



			<p>DE PIE</p> <p>En posición de pie, levante su brazo izquierdo, revise su seno, primero con las puntas de los dedos presionando y revisando que no exista cambio dolor alguno. Repita el procedimiento con el brazo contrario para el otro seno.</p>	
			<p>ACOSTADA</p> <p>Coloque una almohada bajo su hombro, ponga la mano que corresponda a ese hombro bajo su cabeza y examine el área entera del seno. Repita el ejercicio con el otro seno.</p>	
			<p>EN LA DUCHA</p> <p>Levante la mano derecha. Con la punta de los dedos y haciendo presión suave, recorra toda la mama en su contorno, repita el examen</p>	

	<table border="1"><tr><td data-bbox="846 110 1003 186"></td><td data-bbox="1003 110 1356 186"></td><td data-bbox="1356 110 1803 186">con la mano izquierda.</td></tr></table>			con la mano izquierda.
		con la mano izquierda.		
EVALUACIÓN: La usuaria aprendió a explorarse, manifestando que le enseñará al resto de su familia				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje

RESULTADOS ESPERADOS: Conocimiento: proceso de la enfermedad

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTES: Explicar el procedimiento al usuario (tratamiento con quimioterapia)</p>	<p>Quimioterapia</p> <p>Es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas que puedan haber salido ya de la mama a través de los ganglios linfáticos de la axila o de la sangre. Habitualmente se utiliza una combinación de fármacos. Se administra en ciclos: un período de tratamiento seguido de un período de recuperación, luego otro tratamiento, y así sucesivamente. La quimioterapia puede presentar efectos secundarios (náuseas, vómitos, pérdida de pelo, desaparición del ciclo menstrual) que pueden ser mitigados por medicaciones.</p> <p>La diferencia entre la quimioterapia y las otras opciones disponibles para abordar esta patología, (radioterapia y cirugía); es que ésta puede usarse de manera sistémica. Es decir, por su propia naturaleza, estos fármacos no se limitan a actuar en un área concreta sino que llegan a diversas partes del organismo, allí donde se hayan extendido las células enfermas.</p> <p>En función del tipo de cáncer y su estadio, la quimioterapia</p>

puede emplearse con diferentes objetivos:

Para curar el cáncer.

Una meta que se considera alcanzada cuando el paciente ya no presenta células enfermas en su organismo, el tumor desaparece y el enfermo queda libre de la patología durante muchos años.

Para controlar el cáncer, es decir, para evitar que la enfermedad se siga extendiendo. En este caso, los fármacos eliminan las células enfermas que ya han llegado a otros órganos.

Paliativo, para aliviar los síntomas de la enfermedad, fundamentalmente el dolor, que merma la calidad de vida del paciente.

En muchas ocasiones el tratamiento farmacológico se complementa con el uso de radioterapia o incluso se emplea como complemento de la cirugía. En el caso de la llamada quimioterapia neo-adyuvante, los fármacos tienen como misión empequeñecer el tumor antes de que éste se extirpe; por el contrario, cuando la terapia se emplea después de la cirugía para acabar con las posibles células malignas que

Administración de medicamentos antineoplásicos
(Administración de Texate – T).

hayan quedado en el organismo se habla de quimioterapia
adyuvante

TEXATE-T. (Metotrexate)
Solución inyectable y tabletas

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: POLVO
LIOFILIZADO en frasco ampola que contiene:

Metotrexate50 mg

Cada TABLETA contiene:

Metotrexate2.5 mg

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: TEXATE está indicado
en:

- ❖ Leucemia linfoblástica aguda
- ❖ Coriocarcinoma.
- ❖ Ca. De mama, Ovario, Pulmón, Testículos, Cabeza.
Cuello.
- ❖ Sarcoma osteogénico
- ❖ Meningitis leucémica y carcinomatosa
- ❖ Carcinoma cervicouterino
- ❖ Carcinoma broncogénico.

CONTRAINDICACIONES: No usar en pacientes con daño hepático o renal como nefropatías, hepatopatías y en discrasias sanguíneas. Pacientes con úlcera péptica, colitis ulcerativa, personas extremadamente jóvenes o ancianos.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se debe administrar a mujeres embarazadas, ya que puede causar muerte fetal y/o anomalías congénitas. Tampoco se debe utilizar en mujeres en edad fértil, sólo si se hace bajo estricta vigilancia médica.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: A altas dosis puede presentarse necrosis tubular renal, náuseas, vómitos. También puede presentarse diarrea por hemorragias intestinales.

Ocasionalmente al administrar metotrexate se llega a presentar alopecia, dermatitis, furunculosis, fiebre y cefalea. La neurotoxicidad ha ocurrido en pacientes que reciben TEXATE intratecal incluyendo disfunción motora, parálisis de nervios craneales, convulsiones, coma y demencia. Problemas para el aprendizaje han ocurrido en niños, estos efectos han sido reportados cuando el TEXATE se ha empleado después de irradiación craneal.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Por vía oral: 2.5 a 10 mg/día.

Por vía intravenosa: 50 mg/m².

Por vía intratecal: 5 a 10 mg/m².

PRESENTACIONES: Frasco con 50 **tabletas** de 2.5 mg de metotrexate. Frasco ampula de 50 mg de metotrexate liofilizado para 20 ml.

RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO:

Protéjase de la luz, consérvase en un lugar fresco y seco.

EVALUACIÓN: La usuaria aprendió que la quimioterapia es buena, aunque le puedan causar efectos secundarios.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por alteración del tono muscular

RESULTADOS ESPERADOS: Control del dolor

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES: Manejo del dolor	<p>El dolor es la sensación producida por la estimulación de algunas terminaciones nerviosas especiales por exceso de estimulación de un nervio sensitivo.</p> <p>Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres. Están ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos como las paredes arteriales, el periostio, las superficies articulares y el endocráneo. Se encuentran distribuidas de manera difusa en tejidos más profundos.</p> <p>Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales que son principalmente, si no exclusivamente para el dolor. Entre estas se encuentran incluidas las vísceras del tórax, del abdomen y de la pelvis, los dientes la membrana timpánica y la córnea.</p> <p>La localización del dolor se dificulta cuando un área posee casi exclusivamente fibras para el dolor, ya que su localización depende en gran parte de la estimación de los</p>

Administración de analgésicos

NEO – PERCODAN.

(Paracetamol / Clorhidrato de dextropropoxifeno)

receptores para el dolor.

NEO - PERCODAN

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada TABLETA contiene:

Paracetamol.....500 mg

Clorhidrato de dextropropoxifeno 65 mg

Excipiente, 1 tableta.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Alivio del dolor leve a moderado. El clorhidrato de dextropropoxifeno es un analgésico opioide sintético que actúa a nivel central, y cuya estructura se relaciona con la metadona. Se une a los receptores de opioides en diversos sitios del sistema nervioso central, afectando tanto los procesos de percepción fisiológica del dolor como la respuesta emocional al dolor.

El paracetamol es un analgésico no opioide y un antipirético. Se considera que el efecto analgésico del paracetamol se debe a la inhibición de la síntesis de prostaglandinas en el

sistema nervioso central y periférico y, en menor grado, al bloqueo de la generación de impulsos de dolor a nivel periférico. El efecto antipirético se debe a una acción central sobre el centro hipotalámico de regulación térmica, que produce vasodilatación periférica y, por lo tanto, pérdida de calor. La combinación de dextropropoxifeno y paracetamol produce un efecto analgésico mayor que el de cada fármaco administrado por separado.

El dextropropoxifeno se absorbe fácilmente desde el tracto gastrointestinal, pero es objeto de un considerable metabolismo de primer paso. El dextropropoxifeno se metaboliza en el hígado, dando lugar a norpropoxifeno. La vida media de dextropropoxifeno es de 6 a 12 horas, mientras que la del norpropoxifeno es de 30 a 36 horas.

El paracetamol se absorbe rápida y completamente desde el intestino delgado después de su administración oral. El pico de concentraciones plasmáticas del paracetamol se alcanza 30 a 120 minutos después de la administración oral

El paracetamol se excreta en la orina, principalmente en forma de conjugados de glucurónido y sulfato. Menos del 5% se excreta en forma de paracetamol intacto, y entre el 85 a 90% de la dosis se elimina en la orina dentro de las 24

horas siguientes a la ingestión. La vida media de eliminación del paracetamol varía de aproximadamente 1 a 4 horas. La ingestión de alimentos retrasa la absorción del paracetamol.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

EVALUACIÓN: A la usuaria le disminuyó temporalmente el dolor, sin embargo tuvo periodos de extrema somnolencia por los efectos secundarios del medicamento

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad ante la muerte manifestado por miedo a desarrollar una enfermedad terminal

RESULTADOS ESPERADOS: Autocontrol de la ansiedad

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTES:</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Crear un ambiente que facilite confianza.</p>	<p>La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales y culturales, así como psicológico-emocionales. A lo largo de la vida de un ser humano, quizás aquéllos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona como en su red de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da es también antagónica.</p> <p>En este sentido, la muerte o su proximidad generan un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión. De acuerdo con los</p>

argumentos anteriores, es evidente que para prestar la mejor atención posible al enfermo moribundo y a su familia es necesaria una formación específica en enfermería, en los aspectos vinculados a la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos. Dado que cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay un único modo de morir, un primer paso en la mejora de la preparación de los profesionales de la salud, en general, y de enfermería, en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia su muerte y hacia la de los demás.

EVALUACIÓN: La paciente manifestó disminución de la ansiedad al saber la los procesos de la muerte

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con dificultad para percibir una parte corporal manifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

RESULTADOS ESPERADOS: Movilidad

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES: Ayuda del autocuidado (Movilizar al paciente para bañarlo)	NECESIDAD DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO. De la relación de necesidades fundamentales del ser humano que establece Virginia Henderson en orden de prioridad, la de moverse y mantener la posición conveniente (al caminar, sentarse, acostarse o cambiar de una postura a otra) ocupa el cuarto lugar. Es evidente que la respiración, la nutrición y la evacuación son aspectos básicos e imprescindibles para el mantenimiento de la vida; no obstante, el movimiento coordinado de todas las partes del cuerpo y la alineación corporal adecuada favorecen el funcionamiento correcto de los diferentes sistemas del organismo, encargados del mantenimiento de las funciones vitales. La necesidad de movimiento incluye no solamente el caminar, sentarse, acostarse o mantener una postura, sino también los gestos y las expresiones faciales necesarias

para la comunicación.

La pérdida de la movilidad, aunque sea parcial o dure poco tiempo, es suficiente para que la persona deba modificar sus hábitos y modo de vida, lo cual va a suponerle un cierto grado de dependencia de las personas que le rodean.

La coordinación de movimientos corporales depende del sistema nervioso, el cual asegura las contracciones musculares. La alteración de este sistema provocará incoordinación que podrá manifestarse por acinesia, convulsiones, temblores, tics, etc.

Movilización:

Objetivos:

- Recuperación de movimientos abolidos y/o limitados.
- Prevenir dolores con anquilosamiento muscular.
- Mantener tono muscular

Tipos de movilización:

Pasiva: se realiza sin participación del enfermo siguiendo movimientos propios de cada articulación de forma progresiva y lenta.

Activa:

Sin oposición:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la mucosa oral relacionado con la quimioterapia

RESULTADOS ESPERADOS: Higiene bucal

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES: Fomentar la salud bucal	<p>Las enfermedades periodontales constituyen una de las alteraciones de la cavidad bucal más prevalentes en el ámbito mundial y su prevención depende más de la motivación del paciente para la ejecución de comportamientos adecuados de cuidado bucal que de la aplicación de tecnología clínica.</p> <p>Esta consideración involucra a los profesionales de la salud en una responsabilidad, motivar al paciente, para que asuma la salud periodontal como un valor. El profesional de enfermería debe inducir a las personas para que contribuyan con su esfuerzo al logro de este objetivo.</p> <p>Lo expuesto orienta a considerar que las posibilidades de motivar a un paciente se incrementarán cuando se conocen sus necesidades con relación a la salud, sus creencias y expectativas, y, reconoce que las personas actúan conforme a sus propios intereses, definidos éstos por sus</p>

necesidades. Motivar para que se asuma la salud como un valor, requiere que los pacientes puedan satisfacer sus necesidades al aplicar normas para la prevención de las enfermedades y restitución de la salud periodontal. El núcleo de cualquier programa preventivo de las alteraciones gingivo-periodontales, es la fase de limpieza de los dientes, en la que al individuo se le instruye con relación a las técnicas de control de la placa bacteriana y motivarlos para que las aplique todos los días.

El control de la placa es la única medida eficaz para prevenir las enfermedades periodontales y mantener una higiene bucal adecuada, la única forma de controlar la formación de placa. Ahora bien, el cepillado dental es una actividad diaria practicada regularmente por la mayoría de la población mundial. El cepillado de los dientes es parte del proceso de socialización primaria del niño, y las madres son un elemento fundamental en el establecimiento del hábito.

Evaluación: La paciente comprendió que un aseo bucal es de gran beneficio en su aspecto personal.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Baja autoestima situacional, relacionada con la alteración de imagen corporal manifestada a expresiones de desesperanza e inutilidad.

RESULTADOS ESPERADOS: Autoestima

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES: Potenciación de la autoestima	<p>Toda persona tiene en su interior sentimientos, que según de acuerdo a su personalidad puede manifestarlos de diferentes maneras. Muchas veces estas manifestaciones dependen de otros factores, según el lugar físico, sentimental y emocional, éstos pueden influir positiva o negativamente en la formación de la persona o sea en la autoestima.</p> <p>El Autoestima .Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros,</p>

amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Baja Autoestima. Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos al enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión.

Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos. Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las

neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos, pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, vergüenza, temores y trastornos psicossomáticos.

La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran.

Otras de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, La autoestima, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro.

Esto depende, también, del ambiente familiar en el que estemos y los estímulos que este nos brinda. Muchas de las heridas emocionales que tiene una persona, producidas en su niñez pueden causarnos trastornos psicológicos

emocionales y físicos, produciendo dificultades en la vida (conflictos serios en el trabajo, disminución de la energía y de la capacidad creativa, relaciones matrimoniales desastrosas, no poder hacer o conservar amigos, poco entendimiento con las hijas e hijos).

Evaluación: Se logra que la paciente tenga una mejor relación entre familiares y amigos para mejorar su autoestima personal.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Duelo Disfuncional relacionado con neurosis previa a la pérdida de una parte corporal manifestado por depresión.

RESULTADOS ESPERADOS: Autocontrol de la depresión.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES: Potenciación de la imagen corporal	<p>Los procesos de la integración generalmente, se ven como una función del ego o del uno mismo tal y como lo experimenta el individuo, es una percepción organizada y perdurable en la cual se involucran los procesos de percepción, sensación y pensamiento.</p> <p>Los cambios fisiológicos que ocurren en el proceso normal del crecimiento y desarrollo generalmente necesitan cambios en la imagen del cuerpo. Cuando se debe cambiar la imagen del cuerpo como resultado de alteraciones fisiológicas no esperados (cirugía o lesión) , el concepto total de uno mismo se encuentra amenazado, lo cual conduce a una tensión o ansiedad psicológicas, generalmente la imagen del cuerpo se establece firmemente que cualquier cambio necesario; se lleva a cabo lentamente</p>

Apoyo emocional

(por ejemplo después de la amputación la imagen del cuerpo sigue conservando el miembro ausente durante cierto tiempo, incluyendo la sensación física de su presencia).

La emoción se demuestra o se refleja en estados subjetivos de sentimientos, en comportamiento generado a partir de emociones y en cambios adaptativos. La expresión de un sentimiento o de una emoción puede lograrse a través de una gran variedad de reacciones del comportamiento y de adaptación.

La enfermedad y los síntomas físicos pueden utilizarse como un método de expresar sentimientos inconscientes al efecto que tienen los eventos que surgen por la enfermedad y la hospitalización en el estado emocional del paciente.

La enfermera debe utilizar tanto sus conocimientos sobre los procesos emocionales como sus observaciones del paciente como individuo para planear las intervenciones de enfermería como por ejemplo:

-Promover situaciones, experiencias o eventos que aumenten las emociones agradables.

	<ul style="list-style-type: none">-Hacer un intento para controlar o eliminar las situaciones, experiencias o eventos innecesarios que aumenten las emociones desagradables.-Intervenir si una emoción específica causa depresión al cuidado de la salud.-La enfermera debe examinar y evaluar sus propias reacciones emocionales con el fin de determinar los posibles efectos que tengan en los cuidados de enfermería.
--	---

Evaluación: Se logra disminuir la depresión en la paciente obteniendo una buena relación enfermera – paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con sustancias químicas.

RESULTADOS ESPERADOS: Control de riesgo

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES: Control de infecciones.	<p>Infección es el término clínico para la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. En la utilización clínica del término infección, el organismo adelantado es deterioro para el funcionamiento normal y supervivencia del huésped, por lo que se califica al microorganismo como patógeno.</p> <p>Una infección activa es el efecto de una lucha en la cual el organismo infectante trata de utilizar los recursos del huésped para multiplicarse, a costa del mismo. El estado de la infección es, de manera frecuente, simplemente cuestión de las circunstancias. Casi todo organismo, en las condiciones adecuadas, puede volverse patógeno y casi</p>

Protección contra las infecciones.

ningún organismo, si está presente en pequeñas cantidades y en áreas bien protegidas por el sistema inmunitario del huésped, puede llevar a cabo una infección comprometedora.

Las variables que se ven envueltas en la producción en un huésped al que se le ha inoculado un patógeno y el resultado final, son:

1. La ruta de entrada del patógeno y el acceso a las zonas del huésped que gana el patógeno.
2. La virulencia intrínseca del organismo particular.
3. La cantidad o carga del microorganismo inicialmente inoculado.
4. El estado inmune del huésped que está siendo colonizado

Infección,

Contaminación patógena del organismo por agentes externos bacteriológicos (hongos, bacterias, protozoos, rickettsias o virus) o por sus toxinas. Una infección puede ser local, confinada a una estructura o generalizada extendida por todo el organismo. El agente infeccioso penetra en el organismo y comienza a proliferar, lo que desencadena la respuesta inmune del huésped a esta

Administración de Medicamentos.

agresión. Los agentes infecciosos penetran en el organismo por diferentes vías. Las más comunes son las respiratorias, la urinaria y la gastrointestinal, pero hay otras, piel (En especial si esta dañada) superficies mucosas, conjuntiva ocular. Contra las infecciones graves se pueden utilizar antibióticos, sulfamidas y otros fármacos.

Las Vacunas son útiles para prevenir un buen grupo de enfermedades infecciosas.

La administración de medicamentos.

Es una actividad que requiere de una preparación eficaz, que permita conocer la dinámica general y especificar de la aplicación de los mismos. Los medicamentos son fármacos o preparados de drogas que se usan con fines terapéuticos. Estos constan de un principio activo o sustancia medicamentosa y un vehículo o excipiente. Los objetivos de estos en el campo de la medicina son de prevención o profilaxis, de diagnóstico y terapéutica. Dependiendo del tipo de medicamentos, el tratamiento puede ser: curativo para eliminar un agente causal paliativo o sintomático para eliminar o disminuir las manifestaciones clínicas, de sostén para conservar una determinada condición del organismo indispensable para la curación y de sustitución en alguna deficiencia del organismo.

Administración de antibióticos(Idaralem)

IDARALEM. (IDARUBICINA).

Solución inyectable (lío­filizado)

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: Cada frasco ampola con liofilizado contiene: Clorhidrato de idarubicina5 mg y 10 mg

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: La idarubicina está indicada para el tratamiento de leucemia mielocítica aguda, tratamiento de leucemia no linfocítica aguda y el cáncer de mama avanzado.

La idarubicina es un glucósido antracíclico clasificado como antibiótico, aunque no se usa como antimicrobiano. Su mecanismo exacto de actividad antineoplásica no se conoce; sin embargo, se sabe que se intercala con el DNA e inhibe su síntesis, interacciona con las RNA polimerasas e inhibe a la topoisomerasa II.

El fármaco se elimina principalmente por vía biliar y en menor parte por excreción renal, La velocidad de eliminación de la idarubicina del plasma es lenta, con una

vida media terminal estimada de 22 horas, cuando se usa como agente único. La farmacocinética de idarubicina no se ha evaluado en pacientes con leucemia con función hepática disminuida.

CONTRAINDICACIONES: Pacientes con supresión de la médula ósea preexistente, inducida por quimioterapia o radioterapia previas. Embarazo y lactancia.

Infecciones virales como varicela o herpes zoster presentes o recientes, gota, enfermedad cardíaca, función hepática disminuida, función renal disminuida, sensibilidad a la idarubicina. Si hay infección, ésta debe controlarse antes de iniciar el tratamiento con idarubicina.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Leucopenia, trombocitopenia, mucositis. Con menor frecuencia; cardiotoxicidad notable en forma de arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva. Necrosis de tejidos por extravasación, hiperuricemia o nefropatía por ácido úrico.

Ocasionalmente se presentan diarrea y dolor estomacal, náusea y vómito, alopecia. Como todos los antraciclínicos, la idarubicina puede causar cardiotoxicidad, que puede

llegar a una insuficiencia cardiaca congestiva.

La terapia con idarubicina requiere una cuidadosa observación del paciente y monitoreo de laboratorio. Se recomiendan frecuentes biometrías hemáticas y monitoreo de las funciones hepática y renal.

EVALUACIÓN. Se logra prevenir la infección en la paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionado con la destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

RESULTADOS ESPERADOS: Control de riesgo.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES: Cuidados de la piel	<p>La piel es una superficie que cubre y protege el cuerpo formando una barrera efectiva contra la acción de los microorganismos. Cualquier abertura en la superficie cutánea puede resultar una puerta de entrada para las bacterias.</p> <p>En la piel están localizadas las terminaciones de fibras nerviosas sensitivas que transmiten los estímulos que ocasionan las sensaciones de presión, temperatura y dolor. También es un órgano importante de excreción, puesto que ayuda a eliminar los productos de desecho del cuerpo por medio de la sudoración.</p> <p>La piel es un órgano regulador del calor ayudando a mantener la temperatura del cuerpo.</p> <p>La piel segrega una sustancia grasa que la mantiene lisa y flexible. Si se dan baños con frecuencia este aceite natural necesita sustituirse por el empleo de cremas o lociones que eviten el resecamiento y las grietas en la piel. Si es</p>

	<p>excesivamente seca, esta expuesta a erosiones, arañazos y otras hendiduras en su superficie, por las cuales pueden penetrar en los organismos.</p> <p>El baño es calmante y vigorizante para el paciente, ayuda al buen funcionamiento de la piel como órgano regulador del calor, y facilita la eliminación de exceso de desechos corporales. La limpieza de la piel es de importancia vital en la higiene personal, tanto para el paciente como para la enfermera.</p>
<p>Cuidados de las heridas.</p>	<p>Los cuidados de las heridas son maniobras que se realizan para la asepsia de una herida favoreciendo la cicatrización por primera intención evitando un proceso infeccioso por lo cual es necesario lavarse las manos, ya que la piel y mucosas generalmente contienen gérmenes y el lavado de manos disminuye la transmisión de enfermedades.</p>
<p>Curación de la herida.</p>	<p>La curación ideal de la herida debe ser: Primero que todo, se debe utilizar una técnica aséptica estricta, Tanto el material, como los elementos para realizar la curación deben estar libres de infección. La herida es la solución de continuidad de la piel, y estas se clasifican de la siguiente forma:</p>

***Abiertas:** Es cuando se produce una pérdida en la continuidad de la piel y los tejidos quedan expuestos. La piel se encuentra rota o abierta.

***Cerradas:** Es cuando no existe pérdida en la continuidad de la piel. Se puede presentar como un hematoma. Desde el punto de vista de asepsia, se clasifican en:

***Limpias:** Son las causadas por un bisturí en cirugía, es decir durante el procedimiento quirúrgico. Hay que tener muy en cuenta que estas también son heridas de bordes regulares y similares a las causadas por un arma corto punzante.

***Contaminadas:** Son las producidas en la calle, el hogar, o el lugar de trabajo, es decir que pueden hacerse en el diario vivir.

EVALUACIÓN. Se obtuvieron resultados favorables en la cicatrización de herida quirúrgica de la paciente y no se infectó.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Nausea relacionada con tumores locales manifestado por sensación nauseosa

RESULTADOS ESPERADOS: Control de náuseas y vómito.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INTERDEPENDIENTES: Administración de medicación.	<p>La administración de medicamentos es una actividad que requiere de una preparación eficaz que permita conocer la dinámica general y especificar la aplicación de los mismos.</p> <p>La Administración de medicamentos es una responsabilidad grave encomendada a la enfermera.</p> <p>Ya que el medicamento que hay que administrar, de acuerdo a la cantidad y frecuencia de las dosis de cada una de ellas, dependiendo el tipo de vía de administración.</p> <p>Para cumplir correctamente con las ordenes en cuando a las medicaciones, la enfermera tiene que reconocer el efecto que se espera del medicamento las dosis mínima y máxima, los medios mas eficaces de administración los signos y síntomas que puede indicar que el medicamento esta produciendo efectos nocivos. Es necesario que cumpla con todas las órdenes médicas con rapidez y exactitud absoluta pero se advierte algún error no esta</p>

Manejo de la medicación.

obligada a cumplir al pie de la letra, pues si hay dudas en cuando a clase o cantidad de medicamento se consultara antes de administrarlo.

La enfermera debe conocer los diversos factores que pueden modificar la acción de un medicamento, y los que hay que tomar en cuenta para determinar la forma y momento de administración.

Hay muchos factores que modifican la acción de un medicamento y que han de tomarse en cuenta al determinar la dosis adecuada. Así como otros relacionados con al tolerancia del fármaco.

Manejo de las nauseas.

La nausea es una sensación física en la que hay malestar gástrico, repulsión hacia la comida y sensación de vómito inminente. Puede haber hiperventilación.

El vómito es la expulsión brusca del contenido gástrico a través del esófago y la boca. El estómago, el esfínter cardiaco y el esófago se relajan y las contracciones enérgicas de los músculos abdominales provocan la eyección del contenido gástrico. Generalmente el vómito no va precedido de náusea ni de arqueo.

El centro del vómito, que se localiza en el bulbo raquídeo se puede estimular por:

Administración de antieméticos(vontrol)

- 1.-Impulsos aferentes provenientes del estómago (por irritación o sobre distensión).
- 2.-Sensaciones intensas, especialmente si estas son desagradables (dolor, mal olor, o mal sabor).
- 3.-Reacciones emocionales fuertes, como cólera.
- 4.-Impulsos aferentes provenientes de partes del cuerpo involucradas en el equilibrio (por ejemplo. De la corteza visual, coclea o cerebelo).
- 5.-Presión sobre el propio centro del vómito.
- 6.-Algunas drogas eméticas.

VONTROL. (Clorhidrato de difenidol). Antivertiginoso y antiemético. Tabletas y solución inyectable.

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada TABLETA contiene:

Clorhidrato de difenidol equivalente a 25mg de difenidol

Excipiente. 1 tableta. **Cada INYECTABLE contiene** Clorhidrato de difenidol, equivalente a 40 mg de difenidol base

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Vértigo: Difenidol está

indicado en el vértigo periférico (laberíntico) y asociado a náusea y vómito, tal y como se ha visto en: Enfermedad de Ménière, cirugía de oído medio y oído interno (laberintitos).

Náusea y vómito: Difenidol está indicado en el control de la náusea y el vómito, tal y como se ve en las siguientes condiciones: Estados postoperatorios, neoplasias malignas y alteraciones laberínticas.

VONTROL está indicado para prevenir y controlar náuseas y vómitos causados por enfermedades que afectan riñones, hígado, vesícula biliar y tracto gastrointestinal; alteraciones laberínticas, neoplasias malignas, radioterapia, agentes emetizantes (medicamentos, intoxicación alimenticia), estudios posquirúrgicos, enfermedad del movimiento.

VONTROL está indicado para la prevención y control del vértigo periférico VONTROL puede ser útil para el control del vértigo central en casos como: insuficiencia de la arteria basilar-vertebral, ciertos accidentes cerebro vasculares y sus secuelas y trauma que involucre el sistema nervioso central. Después de la administración oral del difenidol, el pico de concentración sanguínea del medicamento se presenta por lo general entre 1½ y 3 horas. El difenidol es excretado por la orina y heces dentro de los tres a 4 días

después de su administración.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad conocida al medicamento. La anuria es una contraindicación ya que aproximadamente el 90% del medicamento se excreta en la orina; cuando disminuye el funcionamiento renal se puede acumular sistémicamente. Embarazo y glaucoma.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Se ha informado de alucinaciones auditivas y visuales, desorientación y confusión mental. Raramente puede ocurrir adormecimiento, sobre estimulación, depresión, alteraciones del sueño, boca seca, irritación gastrointestinal (náuseas o indigestión) o visión borrosa. Algunas veces puede ocurrir mareo, rash cutáneo, malestar general y cefalea. Se ha reportado ligera ictericia de relación dudosa al uso del difenidol.

EVALUACIÓN: Se logra mantener un control adecuado de las nauseas en la paciente y no presentó vomito.

PLAN DE ALTA.

1. Es conveniente que algún familiar cercano le acompañe al hospital para las sesiones y le recoja por si usted sale cansado o la medicación le produce algún tipo de reacción (náuseas, vómitos...).
2. Si usted trabaja organícese de manera que su horario se adapte a las sesiones; trabajar a tiempo parcial, desde casa o tomarse un día libre después de la terapia puede ayudarle a superar los contratiempos que la quimioterapia ocasiona en el organigrama vital de cada paciente.
3. Si tiene hijos pequeños, tal vez necesite una persona que le ayude con ellos, quedándose en casa mientras duren las sesiones o colaborar en las tareas de la casa.
4. Lleve una dieta equilibrada, rica en proteínas y verduras.
5. Evite las comidas flatulentas e ingiera pequeñas cantidades en lugar de grandes 'comilonas'.
6. Sea muy estricto con la higiene, realizando duchas diarias y evitando contacto con personas que puedan contagiarle resfriados u otras enfermedades.
7. Limite sus actividades a cosas importantes, evite fatigarse y descanse lo más posible.
8. Vigile la aparición de cualquier hematoma o mancha roja en la piel.

GLOSARIO

Adenocarcinoma: Tumor maligno tipo carcinoma, derivado de las glándulas de cualquier parte del cuerpo.

ADN: Ácido desoxirribonucleico. Molécula helicoidal de doble cadena de ácidos nucleicos, que contiene toda la información genética que caracteriza a un individuo.

Adyuvante: Tratamiento oncológico complementario a otro que se ha realizado previamente.

Angiosarcoma: Tumor maligno tipo sarcoma, que afecta a los vasos sanguíneos.

Antineoplásico: Fármaco que tiene como objetivo destruir las células cancerosas.

Antiemético: Fármaco que evita o reduce las náuseas y los vómitos.

Benigno: Término que describe los tumores no cancerosos, cuyo crecimiento es lento, carecen de capacidad de destrucción de tejidos y no se propagan a otros órganos.

Biopsia: Obtención de una muestra de tejido, empleando distintas técnicas quirúrgicas, para posteriormente observarla al microscopio y determinar el tipo de células que lo forman.

Blastos: Glóbulos blancos inmaduros. Un estado inmaduro en el desarrollo celular antes de que aparezcan las características definitivas de la célula.

Braquiterapia: Tratamiento de radioterapia en el que la fuente de radiación se introduce directamente en el tumor o cerca de este.

Calidad de vida: Término de difícil definición que hace referencia a un fenómeno subjetivo y multidimensional, en el que se implican factores físicos, funcionales, emocionales, sociales y espirituales. Se relaciona con la capacidad funcional del paciente, así como con la presencia de síntomas y su grado de control. La medición de la calidad de vida suele utilizarse con frecuencia en cuidados_paliativos.

Cáncer: Tumor maligno en general. La peculiaridad específica de la malignidad consiste en la capacidad para invadir y destruir tejidos sanos de su entorno (proceso que denominamos infiltración), y de enviar células a zonas distantes del organismo, donde pueden anidar o crecer originando nuevos tumores denominados metástasis.

Carcinogénesis: Proceso por el que las células normales se transforman en cancerígenas, es decir adquieren la capacidad de multiplicarse descontroladamente e invadir tejidos y órganos diferentes a donde se han originado.

Carcinógeno: Agente físico, químico o biológico capaz de provocar un cambio celular y causar un cáncer.

Carcinoma: Tumor maligno derivado de las células que forman el **epitelio** (capa superficial de la piel y estructuras mucosas (boca, faringe, pulmón, vejiga...)). Según el tipo celular afectado los tipos más frecuentes son: Adenocarcinoma (glándulas), Carcinoma de células escamosas o epidermoide (células no glandulares), Carcinoma de células basales (capa más profunda de la epidermis) y Melanoma (melanocitos).

Carcinoma epidermoide: También llamado de células escamosas. Tumor maligno tipo carcinoma, derivado de las células epiteliales no glandulares.

Carcinoma “in situ”: Cáncer que no invade en profundidad. No produce metástasis ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos.

Células madre: Células inmaduras de la médula ósea que son importantes para producir las células de la sangre.

Condrosarcoma: Tumor maligno tipo sarcoma que afecta a tendones y cartílagos.

Diagnóstico precoz: Detección de una enfermedad antes de que produzca manifestaciones. En el caso del cáncer se corresponde con las etapas más iniciales de la enfermedad.

Displasia: Anomalía en el desarrollo de los tejidos. Estadio: Cada una de las fases evolutivas de un tumor. Se aceptan cuatro estadios (I a IV) para la mayoría de los cánceres. Así, el estadio I se refiere a una fase inicial en la que la neoplasia no ha salido del órgano de origen; los estadios II y III son fases intermedias, y el estadio IV se refiere a una fase diseminada. En general, los tumores son tanto más curables cuanto menor es el estadio.

Factor de Riesgo: Cualquier elemento que incrementa el riesgo de una persona para desarrollar una enfermedad.

Gammagrafía: Técnica diagnóstica que utiliza elementos radiactivos (isótopos) para visualizar las estructuras del organismo. Si existen lesiones tumorales la zona afectada aparece como una imagen más densa que el resto de la zona donde asienta.

Ganglios linfáticos: Órganos situados en el trayecto de los vasos linfáticos, aislados o reunidos en grupos, de volumen y forma variables. Actúan como filtro del líquido linfático a medida que este los atraviesa.

Gen: Unidad de material hereditario que ocupa un locus definido en un cromosoma. Codifica determinados rasgos del individuo, incluyendo la propensión a padecer determinadas enfermedades.

Genoma: El ADN total de una célula. Representa toda la información genética de un individuo.

Glándula: Conjunto de células que producen y liberan sustancias.

Inducción: Término que suele acompañar a la quimioterapia cuyo objetivo es promover una reducción o desaparición del tumor, a fin de facilitar la intervención quirúrgica y/o la radioterapia.

Infusión: Introducción de líquido, por ejemplo, de quimioterapia en la sangre.

Iniciación tumoral: Primera fase de la carcinogénesis. Alteración irreversible del material genético de una célula (mutación) que se transmite a sus descendientes.

Inmunodepresión: Situación en la que la capacidad de respuesta del sistema de defensa del organismo (sistema inmunológico) está disminuida. Puede ser congénita o puede deberse a distintos agentes como virus, (HIV) o terapias oncológicas.

Inmunosupresión: Estado en el sistema inmune no responde adecuadamente

Inmunoterapia: Tratamiento que estimula al sistema inmunológico.

In situ: Se dice de la lesión tumoral localizada en el lugar donde se ha originado. Una de las primeras etapas del cáncer.

Leucemia: Enfermedad neoplásica de los órganos formadores de células sanguíneas, caracterizada por la proliferación maligna de leucocitos o sus precursores en médula ósea o sangre periférica.

Leucopenia: Disminución del número de leucocitos.

Leucoplasia: Lesiones blancas en la cavidad oral. Con frecuencia son premalignas.

Linfa: Líquido transparente y poco espeso que circula a través del sistema linfático. También se denomina líquido linfático.

Linfadenectomía: Extirpación de los ganglios linfáticos.

Linfático (sistema): Conjunto de canales por los que circula la linfa, que discurren paralelamente a los vasos sanguíneos. Junto con el sistema circulatorio es una de las vías de diseminación más importantes de las células cancerosas para formar metástasis.

Linfedema: Inflamación que se produce debido a un cúmulo de líquido linfático, por afectación de los ganglios linfáticos. En el caso del cáncer de mama se produce en el brazo correspondiente a la mama afectada, tras la extirpación o radiación de los ganglios axilares.

Linfoma: Tumor generalmente maligno originado en el tejido linfoide. Las células afectadas son un grupo de glóbulos blancos denominados linfocitos.

Liposarcoma: Tumor maligno tipo sarcoma que afecta al tejido adiposo (grasa).

Maligno: Término empleado para designar a los tumores que crecen invadiendo los tejidos que le rodean y son capaces de diseminarse a otros órganos del cuerpo.

Mamografía: Radiografía de la mama. Prueba diagnóstica que permite detectar precozmente el cáncer de mama.

Marcadores tumorales: Proteínas producidas por algunos tipos de cáncer que se pueden determinar en la sangre o en los tejidos. Cuando estos marcadores están elevados, generalmente, indican que el tumor maligno está activo.

Mastectomía: Intervención quirúrgica en la que se extirpa la mama.

Médula espinal: Cordón de tejido nervioso que atraviesa el centro de la columna vertebral que conecta el cerebro a otras partes del cuerpo.

Médula ósea: Tejido esponjoso y blando que se encuentra en el interior de los huesos. Se encarga de la producción de las células de la sangre (hematopoyesis).

Melanoma: Tumor maligno tipo carcinoma que afecta a las células de la piel denominadas melanocitos.

Menarquia: Aparición de la primera menstruación o regla.

Menopausia: Etapa en la vida de la mujer caracterizada por la desaparición de la menstruación.

Metástasis: Diseminación de células cancerosas, derivadas de un tumor maligno, a otro órgano diferente al de origen.

Náuseas: Ganas de vomitar. Es un síntoma inespecífico ligado a muchas enfermedades. En Oncología suele asociarse a la administración de la quimioterapia y/o radioterapia.

Neoadyuvante: Primera modalidad terapéutica que se aplica en el tratamiento oncológico.

Neoplasia: Masa o bulto producido por crecimiento excesivo de células. Puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). También se denomina tumor.

Neutrófilo: Tipo de glóbulos blancos que combaten las infecciones bacterianas.

Neutropenia: Disminución del número de neutrófilos.

Nódulo: Protuberancia sólida que se puede palpar. En oncología se utiliza para designar tumores observados en las radiografías.

Osteosarcoma: Tumor maligno tipo sarcoma que afecta a los huesos.

Paliativo: Tratamiento cuyo objetivo es mejorar los síntomas derivados del cáncer, sin aspirar a su curación.

Pólipo: Crecimiento benigno que se desarrolla sobre una mucosa.

Precanceroso: También denominada premaligno. Lesión benigna con alto riesgo de malignización.

Quimioprevención: Prevención de una enfermedad mediante fármacos.

Quimioterapia: Tratamiento farmacológico antitumoral. En sentido estricto, se refiere al tratamiento farmacológico de cualquier enfermedad, pero su uso más habitual en la actualidad es el relacionado con el cáncer. Su objetivo es destruir las células cancerosas en su lugar de origen y en cualquier otra zona donde se pudiera estar diseminando. Puede ser endovenosa (el producto se inyecta lentamente en la sangre) u oral (en forma de comprimidos, sobres o cápsulas).

Quimioterápico: Fármaco utilizado en quimioterapia. Su objetivo es destruir las células cancerosas.

Radioterapeuta: Oncólogo que realiza tratamientos del cáncer empleando radiaciones ionizantes.

Radioterapia: Tratamiento antitumoral realizado con radiaciones ionizantes. Su objetivo es destruir el tumor en su lugar de origen y en los ganglios próximos al mismo. Suele ser de administración diaria (una fracción, cinco días por semana), aunque existen variantes de dos fracciones al día. Su duración es muy variable, oscilando entre dos y siete semanas, dependiendo del tipo de tumor y de la existencia de otros tratamientos PRE (cirugía, quimioterapia). La radioterapia se administra a través de grandes aparatos como el acelerador lineal o la unidad de cobaltoterapia.

Receptor hormonal: Sustancias que se encuentran en las células de algunos tumores a los que se unen determinadas hormonas. Desde el punto de vista del tratamiento, su existencia, determina la posibilidad de tratar el tumor con hormonoterapia.

Sarcoma: Tumor maligno que afecta al tejido conjuntivo. Según la estructura a la que afecte se clasifican en: osteosarcomas (hueso), condrosarcomas (tendones, cartílagos), liposarcomas (grasa), angiosarcomas (vasos sanguíneos).

Sistema linfático: Conjunto de canales por los que circula la linfa, que discurren paralelamente a los vasos sanguíneos. Junto con el sistema circulatorio es una de las vías de diseminación más importantes de las células cancerosas para formar metástasis.

CONCLUSIÓN:

El método enfermero es una manera de realizar las actividades de manera sistémica y científica, por lo que al aplicarlo en las intervenciones que realiza el personal de enfermería en los pacientes hospitalizados se tiene como resultado una atención de calidad, se lleva una metodología en cuanto a sus necesidades y de esta manera jerarquizando prioridades, ya que también al realizar una evaluación del estado del paciente se puede detectar las necesidades que tiene como persona, logrando satisfacer sus necesidades y mejorando la estancia en el hospital.

Así también podemos prevenir complicaciones a nivel intrahospitalario con las técnicas y procedimientos adecuadas de enfermería, además que tiene la función de docencia quedando atrás el empirismo con el que se cataloga a la enfermera, demostrando que tiene una actitud profesional de decisión y que también puede participar en la atención y tratamiento de manera independiente.

Por lo que una vez más se demuestra la importancia de enfermería en el tratamiento y atención de los pacientes y que no solo es de manera individual sino que también forma parte de un equipo multidisciplinario que va encaminada a un mismo objetivo: el tratamiento, atención y rehabilitación del paciente de manera profesional, científica pero sobre todo humana.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Alice. L. Price. Tratado de enfermería. Ed. Editorial Interamericana. Tercera Edición. México 1965. 602 pp.
- 2) Diagnósticos Enfermeros: y Clasificación NANDA.2003 – 2004.Elsevier .España.2003.
- 3) Guyton.Fisiología Humana. Interamericana.1998. 6ª edición. México
- 4) J. O Brien Mauren. Comunicación y relación en enfermería. Manual moderno 2ª reimpresión. México
- 5) Joanne .Mc.closkey. Dochterman.Gloria.M.Bulechek.Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Elsevier. 4ª edición. Madrid España 2005
- 6) Ledesma. Fundamentos de enfermería. Uteha.Noriega Editores.México 2000
- 7) Nordmark Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería.Ed. Prensa Medica Mexicana. México 1990.712pp.
- 8) Manual de Oncología. Ed. MC Graw-Hill Interamericana. México.1999
- 9) Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno. 2ª edición. México.1999
- 10) Sue morread. Marion Jonson. Merodean Maas.Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).E.d. Elsevier. Mosby. Tercera Edición. Madrid.España 2005

http://www.buenbusto.com/SaludBelleza/Salud_Belleza_2.htm

http://www.selecciones.com/htbin/enriquezca_plantilla2.pl

<http://www.drscope.com/privados/pac/generales/ginecologia/fisiolog.htm>

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cancer-de-seno-y-embarazo/Patient/page2>

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cancer-de-seno-y-embarazo/Patient/page4>

<http://www.tusalud.com.mx/index.htm>

<http://www.entornomedico.org/noticias/modules/php?>

<http://www.teknon.es/iot/riesgo-mama.htm>

<http://www.boloncol.com/boletin-14mujer-de-riesgo-para-cancer-de-mama-prevencion-y-manejo.html>

<http://familydoctor.org/ed8.xml>

http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/medicina/APUNTES_MAMA2006.pdf

<http://www.labtestsonline.es/index.html>