

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

MUJER ADULTA CON PÉRDIDA DE LA INTEGRIDAD FISICA POR EXTIRPACION DE GLANDULA MAMARIA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

KARINA HERNANDEZ COPADO

NUM. CTA. 092599767

DIRECTOR ACADEMICO:

L.E.O. FEDERICO SACRISTAN RUIZ



MÉXICO, D. F. OCTUBRE DE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

| | |
|--|----|
| Introducción | 3 |
| Justificación | 5 |
| Objetivos | 6 |
| Metodología | 7 |
| Capítulo I: Marco Teórico | |
| 1.1- Concepto de Enfermería | 13 |
| 1.2- Proceso Atención de enfermería | 16 |
| 1.2.1- Etapas del proceso de atención de Enfermería | 18 |
| 1.2.2- Valoración | 19 |
| 1.2.3- Diagnóstico de enfermería | 20 |
| 1.2.4- Planeación | 24 |
| 1.2.5- Ejecución | 25 |
| 1.2.6- Evaluación | 27 |
| 1.3- Anatomía y fisiología de la mama | 27 |
| 1.4- Cáncer mamario | 30 |
| 1.4.1- Epidemiología | 31 |
| 1.4.2- Etiología y factores de riesgo | 32 |
| 1.4.3- Signos y síntomas | 35 |
| 1.4.4- Diagnóstico | 35 |
| 1.4.5- Tratamiento | 46 |
| 1.4.6- Complicaciones de Cáncer de Mama | 52 |
| 1.4.7- Rehabilitación y Ejercicios Físicos | 54 |
| 1.5- Intervenciones de enfermería en Preoperatorio, Transoperatorio y Posoperatorio | 59 |
| Capítulo II: Aplicación del proceso atención de enfermería | |
| 2.1- Presentación del caso | 70 |
| 2.2- Valoración de enfermería por aparatos y sistemas | 70 |
| 2.3- Diagnósticos de enfermería | 73 |
| 2.4 Planeación, Ejecución y Evaluación | 76 |
| Conclusiones | 93 |
| Sugerencias | 94 |
| Glosario | 95 |
| Bibliografía | 99 |
| Anexos | |

INTRODUCCION

El cáncer de mama que se manifiesta por tumores malignos, es uno de los problemas de salud emocionalmente perturbadores que se presentan en nuestra sociedad femenil.

El diagnóstico temprano de tumores efectuado por medio del auto examen o con exploración periódica realizada por la enfermera constituye la mejor alternativa que una mujer tiene para sobrevivir en caso de presentar un cáncer de mama.

Para investigar la enfermedad mamaria es indispensable una valoración clínica completa, realizar una exploración minuciosa y auxiliarse de métodos para-clínicos y elaborar un diagnóstico que sirva a la enfermera para realizar intervenciones.

De las neoplasias malignas femeninas, el cáncer de mama en México ocupa el segundo lugar como causa de muerte. Desde 1987 la tasa de mortalidad por cien mil habitantes de veinticinco años o más fue de 11.9 y esto va en aumento cada año. En las instituciones oncológicas de este país las mujeres con cáncer de mama que se atienden en etapa temprana del padecimiento sigue siendo la minoría, lo cual conlleva a un aumento en el costo económico y social a tratar enfermas en fase avanzada de la enfermedad.

Aunque no se ha encontrado un modelo de prevención del cáncer de mama si se ha identificado una serie de factores de riesgo que al reconocerse en una mujer que sea objeto de vigilancia más estrecha para prevenir tumores de mama malignos. En la actualidad se desconoce la causa principal del cáncer de mama.

Para atender a estas personas ya sea en el ámbito hospitalario o familiar se utiliza el proceso de enfermería y se puede demostrar que se adapta a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialidad con la persona, con la familia y en la comunidad.

La función específica de enfermería consiste en ayudar a las personas enfermas, o no, a realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación o a una muerte digna.

El proceso de Enfermería es un proceso mental y una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en los conocimientos. El uso del proceso de enfermería ayuda a que enfermería organice su trabajo y amplíe el campo de sus conocimientos y práctica.

En nuestra sociedad se ha producido un considerable avance en lo referente a la atención de la persona y su familia, ya que los cuidados de enfermería se refieren a la necesidad de brindar una atención, no solo a disminuir el dolor físico, sino también a optimizar su calidad de vida, a través del control de los síntomas biológicos, psicológicos y sociales.

A fin de estudiar con profundidad esta enfermedad y proporcionar una atención de calidad, la preparación para el ejercicio de la profesión de enfermería exige del conocimiento y los elementos fundamentales de la profesión con su evolución, determinando las necesidades de manera oportuna y de calidad a pacientes que han sufrido un CÁNCER MAMARIO y han sido sometidas a una MASTECTOMÍA.

El presente trabajo está organizado en dos capítulos, el primero de ellos está el marco teórico donde se describe el proceso y sus etapas a sí mismo la fisiopatología del cáncer de mama. Y en el segundo capítulo se refiere a la aplicación del proceso iniciando con la presentación del caso y el desarrollo de la planeación ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería, realizadas en cada uno de los diagnósticos de enfermería, se concluye el trabajo con las conclusiones y sugerencias.

JUSTIFICACIÓN

La preparación para el ejercicio de la profesión de enfermería exige del conocimiento y los elementos fundamentales de la profesión con su evolución determinando las necesidades para las intervenciones de enfermería.

Con la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería, se pretende incrementar, los conocimientos teóricos obtenidos durante la formación profesional, mismos que se llevan a la práctica con la elección de una paciente que es sometida a cirugía de mastectomía secundaria a un cáncer de mama.

Este conocimiento contribuye a que se obtenga una visión integral de la profesión de enfermería esto ayuda a tener mayores elementos en la formación de esta disciplina.

La única función de Enfermería es ayudar al individuo que requiere de su atención a realizar sus actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación de tal forma que le ayuden a ser independiente en el menor tiempo posible para integrarse a la vida laboral y diaria de la paciente del presente Proceso de Atención de Enfermería en su readaptación posterior al evento patológico que presenta.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Adquirir información útil para conocer signos y síntomas tempranos que permitan detectar oportunamente el cáncer de mama a través del Proceso Atención de Enfermería

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Que la Sra. R.G tenga conocimientos sobre la enfermedad y contribuya con actividades que le permitan una pronta rehabilitación.
- Tener un instrumento con bases teóricas para el examen profesional de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia aportando información del padecimiento de cáncer de mama.
- Determinar los diagnósticos de enfermería y realizar los planes de cuidados implementando acciones que nos permitan mejorar el estado de salud de la persona.
- Dar orientación a la persona y explicarle la importancia sobre esta enfermedad.

METODOLOGÍA

Para la realización de este estudio de caso se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería y el método clínico sustentándose en la valoración por aparatos y sistemas, donde dichos indicadores nos permiten determinar la prioridad en los cuidados de enfermería

La recolección de datos se obtuvo de fuentes primarias: valoración de enfermería, por aparatos y sistemas y de fuentes secundarias como: expediente clínico, interacción con otros profesionales de salud y fuentes bibliográficas. Para el registro de datos se utilizaron instrumentos acordes a la valoración de enfermería y modelo proporcionados por el asesor

Posterior a la evaluación se establecieron los diagnósticos de enfermería utilizando el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) y se formularon diagnósticos reales y potenciales durante el periodo evolutivo de la paciente y se brindaron los cuidados de enfermería correspondientes.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

La práctica de los cuidados de enfermería es la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar los cuidados de calidad. Algunos de ellos los más fundamentales constituyen un conjunto de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión, a la vez que le confiere características especiales.

Los cuidados de enfermería son un factor clave para la supervivencia del paciente y para aspectos relacionados con el mantenimiento, la rehabilitación y la prevención de enfermedades, primordialmente estos elementos se refieren a la capacidad que ha de tener la enfermera de basar su práctica en un marco conceptual definido, apoyándolos en determinados conocimientos y de establecer una relación enfermera-paciente, debe igualmente ser capaz de aplicar estas funciones en los diferentes niveles de prevención.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Benner (1989) define Cuidar: lo que preocupa a una persona, un amplio rango de implicaciones, desde amor paterno hasta amistad, desde tener cuidado del propio trabajo hasta cuidar de un animal doméstico, o de cuidar del propio cliente. Cuidar también indica cuáles son los factores estresantes y cuáles son las opciones disponibles para afrontarlos. El compromiso personal por alguna persona, acontecimiento o cosa proporciona a las personas motivación y sentido.¹

Cuidar es el requisito esencial para afrontar. Benner contempla el compromiso personal del cuidado como una característica inherente de la práctica de enfermería. En el que las enfermeras ayudan a los clientes a recuperarse frente a la enfermedad, a darle un sentido a esa enfermedad, y a mantener o restablecer la conexión. El cuidado hace que las enfermeras detecten cuáles

¹ Potter, A. Patricia. (2001). *Fundamentos de enfermería*. Editorial HARCOUT. p. 1007

son las intervenciones que tienen éxito y, éste compromiso es el que guía la selección de cuidados futuros.

Cada uno de las personas tiene un distinto trans fondo de experiencias, valores y perspectivas culturales frente a una situación como el encuentro con la atención sanitaria. Por eso los cuidados siempre son específicos y depende directamente de la relación cliente enfermera. La teoría de Benner de la práctica enfermera se centra en los cuidados para ayudar a los individuos a que afronten el estrés de la enfermedad en sus situaciones únicas específicas.²

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe, se desarrolle y, de este modo, luchar contra la muerte. Es decir que, durante los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. La historia de los cuidados asegura que la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo, era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos. Actualmente ésta expresión cuidar de, ocuparse de, transmite el sentido inicial y original de la palabra “cuidado”.

Cuidar es, por lo tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida, de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.³

Del mismo modo en que todas las profesiones guardan un cierto grado de cuidado en aquello que ejercen, la enfermería ejecuta esta actividad como su función principal. Según Colliere, el origen de las prácticas de cuidados está

² *Ibidem.*

³ Colliere, M. Françoise (1982). *Promover la vida*. McGrawHill Interamericana. p. 395

ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

La Enfermería es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. Como dice M. Patricia Donahue en su libro *“La historia de la enfermería”* su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería.

Para que pueda haber un reconocimiento eficaz de los cuidados de enfermería como tales, las enfermeras y enfermeros de hoy están obligados a demostrar que los cuidados de enfermería son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida, servicio que no está cubierto por otros grupos profesionales. El campo de competencia de los cuidados de enfermería se ha dejado desbordar, invadir y más tarde absorber por el campo de la práctica médica, o al menos como un dominio explícitamente reconocido de la aplicación de los cuidados.

El terreno de los cuidados de enfermería, se sitúan en todo aquello que concierne a la persona, a su defecto físico o a su enfermedad, a su entorno y a su medio ambiente. Los cuidados para mantener la vida se basan en todo aquello que le permite a una persona seguir viviendo. El cuidar es el encuentro de una persona que vive una enfermedad, un defecto físico, o que tiene una dificultad que puede tener efectos sobre su salud.

Cuidar es una función cotidiana que cualquier persona se garantiza a sí misma cuando tiene autonomía, o cuando no tiene un obstáculo mayor en su vida, dentro de una familia, entre vecinos entre amigos ésta función no puede ser monopolizada por uno o varios grupos de profesionales de la vida, por buenos que sean.⁴

⁴ *Ibidem.*

DUELO

DEFINICIÓN .- Estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales, la pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y proceso para volver el equilibrio normal que es lo que constituye el duelo.

Fases del proceso

- Experimentar pena y dolor
- Sentir miedo ira culpa y resentimiento
- Experimenta apatía, tristeza y desinterés
- Reparación de la esperanza y reconstrucción de la vida

TANATOLOGÍA

La Tanatología es la disciplina que se encarga del estudio integral e interdisciplinario de la muerte, es decir que busca resolver las situaciones conflictivas que existen en torno a la muerte, como la eutanasia, el suicidio, el abandono de enfermos terminales y ancianos, así como los sentimientos y efectos que hacen de la aceptación una difícil labor.

La Tanatología considera que la muerte humana tiene distintas dimensiones y por lo tanto la estudia apoyándose en diferentes ciencias considerando los factores que se relacionan con ella (psicológicos, espirituales, religiosos, sociales, corpóreos, legales, culturales, etc.) Por ejemplo en el área psicológica se interesa por sus reacciones, como la depresión, neurosis, enojo, mecanismos de defensa, ansiedad aprehensión, culpa, tristeza, etc.

Debido a esa visión integral de la muerte, el tanatólogo puede comprender los temores y estados emocionales de quienes están involucrados en un proceso de muerte (familiares, médicos, amigos, etc.) y debe contribuir a que todos

ellos sean tomados en cuenta en la medida de lo posible y que se consideren sus diferentes inquietudes.

Dentro del proceso de aceptación existen 5 pasos para consolidar el hecho y tener la conciencia de que es irreversible. A continuación se definirán las etapas por las que se divide este proceso con el fin de tener un mayor entendimiento de lo que se experimenta una vez que se diagnostica la enfermedad mortal.

- **Negación.-** Consiste en ignorar el suceso doloroso o incluso afirmar que no es real. Es un mecanismo de defensa primario. Al ignorar el evento desarrolla su vida como si nada estuviera sucediendo. Esta etapa trae consigo angustia y aislamiento. Angustia a lo desconocido, al futuro incierto y aislamiento pues considera que nadie podrá entender lo que está viviendo.
- **Ira o Rabia.-** Sentimiento de enojo por la impotencia que se experimenta, al enfrentar el sufrimiento, generalmente dirigida hacia una persona querida, involucrada sentimentalmente, también se manifiesta contra el equipo médico muy comúnmente, o contra Dios. En esta etapa es importante atender al paciente y a las personas involucradas, hacerles entender lo que les está sucediendo y de esa manera evitar conflictos. Es característica de esta etapa el enojo, odio y envidia hacia otros.
- **Negociación o Regateo.-** Se pretende intercambiar algún bien presente o futuro por el bien que se ha perdido. Es el ofrecimiento de actitudes y sacrificios a cambio de la pérdida. Lo que se va a negociar, son sentimientos de culpa, ocultos o manifiestos. Se promete dejar de hacer algo, a cambio de salud y hacer sacrificios para recuperar lo que se pierde.
- **Depresión.-** Se manifiesta a través de sentimientos de tristeza, decepción, desamparo y soledad. Es una etapa de mucha tristeza, se tiende al llanto, es importante llorar pues es una forma positiva de externar el dolor.

- Aceptación.- Es la capacidad de reconstruir una nueva vida a pesar de las pérdidas y adoptando una actitud activa ante ellas, dándole un sentido positivo al sufrimiento.

Actualmente en México, hay una carencia casi total de la formación de personas que se dedican a proveer esa ayuda tan especial que requieren tanto el enfermo terminal, el crónico como los familiares. Es por eso que se creó el Instituto Mexicano de Tanatología, A.C. cuyo propósito es ayudar a tantos seres humanos, que al enfrentarse con una enfermedad terminal o crónica, se sienten desesperados, con una enorme angustia. Se busca ayudar a la familia para que comprenda el proceso de este sufrimiento, que se dé cuenta de que el duelo tiene un curso progresivo y al final se podrá seguir viviendo y experimentando la alegría de vivir.

La finalidad del Instituto es ayudar al enfermo a bien morir, a morir con dignidad, a aceptar la muerte como una culminación de vida, como algo trascendental y aprovechar al máximo el tiempo de vida que le queda, sin darse por vencido ante su deterioro biológico, considerando que psicológica, social y espiritualmente todavía le queda mucho por hacer. Además, pretende que todos aceptemos nuestro pasado, por más doloroso que parezca, y planeando hoy nuestro futuro, aunque indudablemente tarde o temprano tendremos que despedirnos.

1.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA

CONCEPTO

La única función de la enfermera constituye en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible.⁵

⁵ Marriner, T. Ann. (1999). *Modelos y teorías de enfermería*. McGrawHill Interamericana. p. 825

La enfermería o el ejercicio de la enfermería significa, la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud y comprende la práctica, y la supervisión de las funciones y servicios que, directa o indirectamente, y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de salud que no son enfermeros tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la supervisión de la salud y el desarrollo óptimo de ésta e incluye todos los aspectos implicados en el proceso de enfermería.⁶

La enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de enfermería.⁷

Hace casi más de 100 años, Florencia Nightingale definió la enfermería como el acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarla a su recuperación, Nightingale creía que un ambiente limpio bien ventilado y tranquilo era esencial para la recuperación del paciente. Por lo que Nightingale elevó el prestigio de ésta profesión por medio de la enseñanza. Las enfermeras dejaron de ser amas de llaves sin entrenamiento para convertirse en personas instruidas para cuidar a los enfermos.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas que definió la enfermería en 1960: La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a morir en paz, que el mismo realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma le ayudará a adquirir independencia lo más rápidamente posible. Al igual que Nightingale, Henderson describió la enfermería en relación al cliente y su entorno, pero a diferencia de Nightingale, Henderson consideraba a las enfermeras interesadas por los individuos enfermos y sanos, reconocía que se relacionan con los clientes incluso cuando la recuperación quizá no sea factible, y mencionó las funciones de enfermería como educadora y defensora.

⁶ Kozier, Bárbara (1999). *Fundamentos de enfermería*. McGrawHill Interamericana. p. 964

⁷ King, M. (1984). *Inmugene, enfermería como profesión*. Limusa S.A. p. 58

La American Nurses Association (ANA) describe el ejercicio de la enfermería como directo, orientado hacia un objetivo y adaptable a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad. En 1980, La ANA publicó la definición: La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.⁸

Sin embargo, durante el último siglo, la opinión pública asocia la enfermería al cuidado del enfermo, sobre todo al interior de un hospital. Conforme las enfermeras se involucran más en los procedimientos curativos y técnicos que aplica al personal médico han ocupado una posición estratégica. Las enfermeras no sólo se han relacionado con personas enfermas. Durante muchos años las parteras han controlado la salud de mujeres embarazadas, la mayoría de las cuales permanecen saludables mientras atraviesan por una experiencia fisiológica normal.⁹

La enfermería se había basado en una idea de arte y no de ciencia, pero la impotencia de los cuidados llevó a Florence Nightingale a rechazar las orientaciones que, durante siglos, habían paralizado a la disciplina, y a desear y propugnar su integración en un sistema interdependiente, que le permite elaborar, en el futuro y dentro de los límites de la ciencia.

La enfermería, en ese momento histórico, debió proveerse de un método de análisis y de un trabajo riguroso que la acercarán a las demás disciplinas tal y como, en esencia, propugnaban la obra y los escritos de Florence Nightingale.

La enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación el Proceso de Atención de Enfermería que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas. Por lo tanto, se debe partir de dicho método científico como instrumento de

⁸ *Idem.*

⁹ Roper, P. Nancy Logan. *Modelos de enfermería interamericana*. McGrawHill Interamericana. p. 359

acercamiento a la explicación científica de la realidad humana, sobre la que se asienta la enfermería.¹⁰

1.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONCEPTO

El Proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería. Su finalidad es reconocer al estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo. Organizar/ planear para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería son los objetivos para cubrir dichas necesidades.

El Proceso de Enfermería es cíclico, es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico pero en cualquier momento pueden intervenir más de uno de ellos.¹¹

OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También permite:

- Identificar las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

VENTAJAS

Tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el cliente es beneficiado, por lo

¹⁰ Hernández, C. J. (2003). *Historias de enfermería*. McGrawHill Interamericana. p. 1177.

¹¹ *Ibidem*. (1999).

que este proceso garantiza la calidad de los cuidados de enfermería. Para el profesional enfermero produce un aumento de satisfacción así como la profesionalidad.

- Beneficia la contribución de la enfermera a los cuidados preventivos y curativos.
- Contribuye al desarrollo de conocimientos propios de los cuidados de enfermería y favorece las intervenciones autónomas.
- Permite a la enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo.
- Puede servir como instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados y de la carga de trabajo.¹²

CARACTERÍSTICAS

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963) consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación, realización y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y

¹² Phaneuf, Margot. (1999) *La planeación de los cuidados de enfermería*. McGrawHill Interamericana. p. 284

Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa, diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado.

Solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Es un marco de referencia para la resolución de problemas que permite a la enfermera planear los cuidados para el paciente de forma individual. El proceso de enfermera no se lleva a cabo una sola vez, ya que con frecuencia cambian las necesidades del paciente y la enfermera debe de responder a ella de forma adecuada.

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar, planear para satisfacer las necesidades detectadas y, llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso de enfermería es cíclico: es decir sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento pueden intervenir más de uno de ellos.

1.2.1 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Este método permite a las enfermeras, prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática

Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tengan como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los cuidados oportunos orientados al bienestar del paciente.

1.2.2 VALORACIÓN

Esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería. La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente.

Observación:

Una descripción de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de color y material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

Entrevista:

La entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de obtener información acerca de su estado de salud con la finalidad identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar y dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento.

Hay dos sistemas de entrevista la dirigida y no dirigida. La dirigida está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio haciendo preguntas cerradas en busca de datos específicos.

En la no dirigida la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y ritmos de charla.

Existen fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:

- a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente.
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de las demás miembros de salud.
- d) Material bibliográfico.

Exploración física:

La actividad final de la recolección de los datos que se utiliza las capacidades de observación para descubrir los problemas de salud por lo que se valora por medio de:

- Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente.
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
- Percusión: Dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos sordos, aparecen cuando se percuten en los músculos o huesos. Mates. Aparecen sobre el hígado y el bazo.
- Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

1.2.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN

Por la NANDA de 1990: Un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a los problemas de salud presentes y potenciales o a los procesos vitales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de las intervenciones de la misma con el objeto de lograr los resultados en los cuales es responsable el personal de la carrera.¹³

¹³ Atkinson, Leslie. (1997). *Guía clínica para la planificación de los cuidados*. McGrawHill Interamericana. p. 518

Es un enunciado o conclusión definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención de enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos.¹⁴

Un diagnóstico de enfermería es el resultado específico de diagnosticar, y es la forma de decisiones que la enfermera utiliza para establecer juicios y conclusiones acerca de las reacciones del paciente a problemas de salud reales o potenciales.

Cabe mencionar que otra función del diagnóstico de enfermería es el de enunciar problemas por medio de la cual la enfermera se comunica profesionalmente.¹⁵

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

A) DIAGNÓSTICO REAL:

Es el enunciado o juicio sobre la respuesta del paciente a un problema de salud que existe el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Constan de tres partes: problema (P)+ etiología, factores causales contribuyentes (E)+ signos y síntomas (S).

B) DIAGNÓSTICO DE RIESGO O POTENCIAL:

Es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros por lo que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo que pueden aparecer en un momento posterior. Constan de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/ factores contribuyentes (E).

C) DIAGNÓSTICO POSIBLE:

Son enunciados que describe un enunciado sospechado para un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Consta de dos componentes, Formato PE: problema (P).+etiología/ factores contribuyentes (E).

¹⁴ Rosales, Susana. (1999). *Fundamentos de enfermería*. Manual moderno. p. 556

¹⁵ Murray, M. (1996). *Proceso de atención de enfermería*. McGrawHill. P. 225

D) DE BIENESTAR:

Se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un nivel mayor de salud.

COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS:

1.- Etiqueta diagnóstica o nombre: Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.

2.- Definición: Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.

3.- Características definitorias: Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

4.- Factores relacionados: Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales pueden ser descritos como:

1. Antecedente de

2. Asociado con

3. Relacionado con

4. Contribuyente a

5. Provocado

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL no existen características definitorias y los factores relacionados se les denominan FACTORES DE RIESGO.

BASES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

Teniendo en cuenta los diferentes tipos o clases de diagnósticos descritos, existen distintas formas de enunciarlos:

1.- Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un *Diagnóstico Real*, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado

con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definitorias mayores y menores observadas.

2.- Si el Diagnóstico identificado se define como un Diagnóstico Potencial, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <potencial> y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.

3.- En el caso de que consideremos un Diagnóstico Posible la forma correcta de redactarlo sería anotando el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <posible> y relacionado con la etiología como factor relacionado contribuyente.

FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

La formulación de los problemas de salud en forma de diagnóstico parece una forma simple de trabajar unificada y sistematizada, en la práctica pueden aparecer dificultades en la identificación correcta de un diagnóstico determinado y en su formulación completa.

Cuando se establece una etiqueta diagnóstica de forma intuitiva. Suele ocurrir cuando cada una de nosotras tiene su propio concepto de situaciones o problemas que se presentan y les atribuimos un significado que en realidad es producto de las propias experiencias o creencias.

Cuando se confunden las características definitorias con la etiqueta diagnóstica.

Una etiqueta diagnóstica se fórmula, teniendo en cuenta un conjunto de signos y síntomas o características definitorias observadas. A veces una misma palabra puede ser considerada como una característica definitoria perteneciente a un diagnóstico, o ser ella misma una etiqueta diagnóstica que como tal incluye otras características definitorias, constituye un diagnóstico en sí mismo, que puede estar relacionado con factores varios y manifestado por irritabilidad, pérdida de apetito.

Cuando se confunden los factores relacionados con la etiqueta diagnóstica.

Puede ocurrir que una misma palabra indique la presencia de un diagnóstico o bien sea un factor relacionado/contribuyente de otro diagnóstico. El mismo concepto tiene diferentes posibilidades de utilización según el sentido en que se use (como diagnóstico, como característica definitoria mayor o menor, o como factor relacionado/contribuyente).

Cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología, o la causa de dificultad, se recomienda formular el diagnóstico escribiendo nombre o etiqueta diagnóstica con etiología desconocida.

Cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería. Se sugiere que a partir de los datos se identifique un problema sobre el que se debe actuar buscando de la cooperación de otros profesionales para poder validarlo y tratarlo adecuadamente.¹⁶

1.2.4 PLANEACIÓN

Cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y los conocimientos, que lleva a cabo un profesional de enfermería para favorecer los resultados del paciente. El producto de la fase de planificación es un plan de cuidados para el paciente.

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conlleva la toma de decisiones y resolución del problema.

En la planificación el personal de enfermería consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la formulación de los objetivos del paciente y la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

En esta fase se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los problemas identificados previamente. Se orientada a la acción ya, que se trata de establecer un plan de actuación y de terminar sus diferentes

¹⁶ *Ibidem.* 1993

pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptar en el curso de todo proceso de enfermería.

- El proceso de planificación: Es el proceso de desarrollo de los planes de cuidado del paciente, el profesional de enfermería lleva a cabo las siguientes actividades.
- Establecimiento de prioridades: Es el proceso dirigido a establecer una secuencia preferente para abordar los diagnósticos y las intervenciones de enfermería.
- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados: Una vez establecidas las prioridades el personal de enfermería y el paciente establecen los objetivos para cada diagnóstico de enfermería.
- Selección de las intervenciones de enfermería: Son acciones que el profesional realiza para alcanzar los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas deben centrarse en la reducción de la etiología del diagnóstico de enfermería.
- Redacción de las prescripciones de enfermería: Tras elegir las órdenes de enfermería adecuadas, el profesional las redacta en el plan de cuidados como órdenes de enfermería. Las cuales son instrucciones para las actividades concretas que el profesional de enfermería realiza con el fin de ayudar al paciente a conseguir los objetivos de la salud establecidos.

1.2.5 EJECUCIÓN

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados. Consiste en hacer y registrar las actividades que son actuaciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones.

PROCESO DE EJECUCIÓN

Consta de los siguientes pasos.

- Realizar una nueva valoración del paciente para asegurarse de que aún es necesario la realización de las intervenciones a realizar.
 - Determinar las necesidades de intervención del profesional de enfermería
- 1.- Al ejecutar algunas intervenciones, el profesional de enfermería puede requerir ayuda por uno de los siguientes motivos.
 - 2.- Porque no es capaz de ejecutar por sí sólo.
 - 3.- La ayuda reducirá el estrés del paciente.
 - 4.- El profesional de enfermería carece de los conocimientos o las habilidades para ejecutar una intervención de enfermería concreta.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería.

Es importante explicar al paciente qué intervenciones van a llevarse a cabo, qué sensación debe esperar, qué se espera que haga y cuál es el resultado esperado con el fin de que al experimentar lo advertido no sienta temor o preocupación.

- Supervisar los cuidados delegados.

El profesional de enfermería es responsable de los cuidados globales del paciente debe asegurarse de que las actividades se hayan ejecutado de acuerdo con el plan de cuidados.

- Registrar las intervenciones de enfermería.

Se completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería.

1.2.6 EVALUACIÓN

Es la quinta y la última fase del proceso de enfermería. La evaluación es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos en la cual los pacientes y profesionales de enfermería determinan la evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos/resultados. Por lo que es un aspecto importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

Consta de cinco componentes:

- Obtención de datos relacionados con los resultados esperados.
- Comparación de los datos de los resultados
- Relación con las intervenciones de enfermería con los resultados
- Extracción de conclusiones sobre el estado del problema

Continuación, modificación o suspensión del plan de cuidados de enfermería.¹⁷

1.3 ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA MAMA

Los hombres y las mujeres tienen glándulas mamarias y en condiciones normales solo se desarrollan plenamente en las mujeres. Las glándulas mamarias tienen una misión reproductora accesoria para la mujer, y son estructuras rudimentarias y carentes de función para los hombres. Las glándulas mamarias se localizan en el tejido subcutáneo y cubre de los músculos pectorales (mayor y menor) la cantidad de grasa que rodea el tejido glandular establece el tamaño de las mamas. El pezón es el elemento que mas sobresale de la glándula y está rodeado de una zona pigmentada y circular de piel, la areola (que significa área pequeña en latín).

Las glándulas mamarias están situadas sobre el músculo pectoral, mayor y serrato mayor al músculo oblicuo externo. La fijación de la glándula la realiza el ligamento de Cooper, el cual está constituido por bandas de tejido fibroso que fijan fuertemente la mama a la aponeurosis.

¹⁷ *Ibidem.* 1999.

El parénquima (tejido propio de un órgano distinto del soporte o tejido conectivo) se compone de 15 a 20 lóbulos o compartimientos, separados por tejido adiposo. La cantidad de tejido adiposo determina el tamaño de las mamas. En cada lóbulo existe compartimientos más pequeños denominados lobulillos, compuestos por tejido conjuntivo en el que se encuentran incluidos racimos de glándulas secretoras de leche que reciben el nombre de alvéolos cada uno de los cuales se abren al pezón a través del conjunto galactóforo la función de la mama es la lactancia.¹⁸

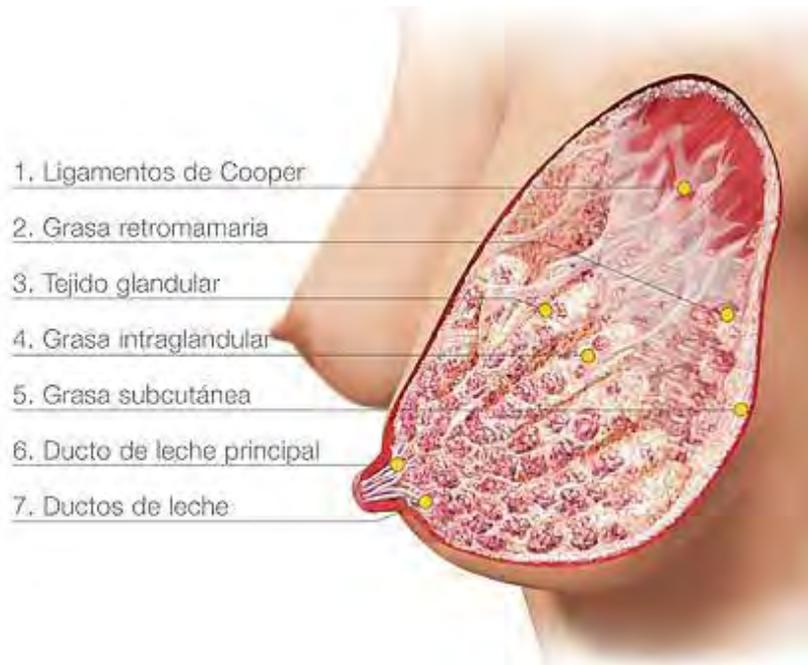
A continuación se presenta un esquema de la mama para ejemplificar lo anteriormente expuesto:



La mama solo se desarrolla en la mujer, durante la pubertad, gracias a la acción de las hormonas femeninas y alcanzan sus caracteres óptimos en edad adulta. Está constituida por glándulas exocrinas túbulo alveolares que ramificadas junto con sus conductos excretores, nervios y vasos sanguíneos y linfáticos se encuentran envueltos en la fascia superficial, grasa cubierta por la

¹⁸ Tortora, J. (1996). *Principios de la anatomía y fisiología*. OXFORD. P. 999.

piel y sostenida por elementos suspensorios, fibrosos que parten de la porción mas profunda del músculo pectoral mayor.¹⁹



La unidad funcional de la mama es el lobulillo, formado por las glándulas y su conducto. Un conjunto de lobulillos, independientes uno de otros, integran un lóbulo y entre 15 y 25 de estos forman la mama cada

lóbulo drena por un conducto. La unión de los conductos glandulares constituye los conductos galactóforos que convergen en el pezón un poco antes de su terminación los conductos galactóforos se dilatan en los senos galactofóricos que funcionan como reservorios lácteos durante la lactancia la extremidad interna de cada ducto se ramifica varias veces, y al final de las arborizaciones se encuentran los acini o pequeñas glándulas,

Entre los conductos existe tejido conjuntivo que les da soporte. Desde el punto de vista histológico, los conductos galactóforos están revestidos de epitelio cilíndrico pseudo estratificado. Dentro de la membrana basal de dicho epitelio se encuentran las células mioepiteliales, que tienen aspecto fusiforme cuando la mujer alcanza la madurez sexual, las células de los acini tienen su máxima diferenciación. Debido a la acción de las hormonas femeninas la mama sufre cambios cíclicos que consisten en hiperplasia discreta, seguida de involución y descamación epitelial linfocitaria en el tejido conjuntivo.

¹⁹ Mondragón, H. (1999). *Gineco- obstetricia elemental*. Trillas. (17-24)

Durante el embarazo aumenta considerablemente la cantidad del tejido acinar y disminuye la de conjuntivo en tanto que durante la menopausia hay involución y el tejido conjuntivo reemplaza gradualmente al glandular. El pezón, de piel pigmentada, posee tejido conjuntivo y fibras de músculo liso, que le dan su carácter eréctil. La erección del pezón tal vez tenga como función aumentar el flujo de leche a través de los conductos galactóforos. La areola del pezón también está recubierta por piel hiperpigmentada, rica en glándulas sebáceas que la lubrican durante la lactancia.²⁰

Los vasos linfáticos mamarios desempeñan un papel importante ya que drenan la grasa de la leche durante la lactancia, dicha grasa está integrada por moléculas demasiado grandes para transportarse en las venas, Constituyen un transporte muy favorable para las infecciones y procesos malignos y dan paso a las células neoplásicas a sitios distantes. Por ello es importante considerar los ganglios linfáticos que filtran la linfa de la mama, de los cuales los axilares son los más importantes.²¹

1.4 CANCER MAMARIO

CONCEPTO:

El cáncer mamario es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad esta entre los 35 y 54 años de edad. Es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo, su incidencia está aumentando a nivel mundial por razones que aún no se han determinado.

En los últimos años la conciencia de la ciudadanía sobre el cáncer de mama ha crecido de manera considerable, las mujeres han comentado ampliamente sus experiencias de esta enfermedad, los medios de comunicación divulgan la información sobre el cáncer mamario y los temas relacionados con el padecimiento.

²⁰ Mondragón, H. (1991). *Gineco- obstetricia elementales*. Trillas (17-24).

²¹ *Ibidem*. 1991.

Los estudios clínicos experimentales nacionales siguen tratando de encontrar solución a diversas preguntas relacionadas con este padecimiento. La detección precoz continúa siendo la clave para controlar el cáncer de mama. La mamografía sigue siendo la principal forma de descubrir la enfermedad antes de que pueda detectarse clínicamente. Cuando se utilizan en combinación con el auto examen detallado y regular, y el examen periódico por un profesional es posible detectarlo en una etapa precoz.

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en la mujer y su familia sigue siendo una de las responsabilidades clínicas y de investigación más importantes de la enfermería.²²

1.4.1 EPIDEMIOLOGIA

Dadas las características de la transición demográfica epidemiológica a la que se enfrenta nuestro país, la manera en la que la población enferma y muere, ha sufrido cambios importantes en las últimas décadas.

El panorama que ahora se observa presenta tanto patologías de tipo infecciosas relacionadas con el grado de rezago con el que cuentan algunas regiones; pero también figuran ahora como causas importantes de morbi-mortalidad, patologías muy relacionadas con los cambios en los estilos de vida, esperanzas de vida cada vez mayores, esto representa no solo nuevos retos para los profesionales de la salud, sino también que padecimientos que no presentaban incidencias altas, sean ahora los que representan cargas importantes de enfermedad y muerte entre la población.

Podemos observar claramente este fenómeno en el caso del cáncer de mama que pasó de una tasa de 3.72 por 100,000 habitantes en el año 2000; a una 7.05 por 100.000 habitantes para el año 2007, según los anuarios de morbilidad del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, lo que representa un incremento en la morbilidad por esta causa de 89 % en tan solo 8 años.²³

²² Rebeca Crane Oncológica Clínica Segunda Edición Ed. McGraw Gill Interamericana

²³ Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica

Durante el mismo periodo la mortalidad por este padecimiento pasó de figurar en la lista de las principales causas del año 2000 en el lugar 12 y una tasa de 6.9 por 100,000 mujeres, al 10° lugar para el año 2007, con una tasa de 8.9 por 100,000 mujeres de acuerdo con los datos publicados por el Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal.

Se estima que a una de cada 9 mujeres se le diagnostica Ca de mama en algún momento de su vida, por lo que debe considerarse como un problema de salud pública. En pacientes mayores de 65 años se duplica la frecuencia de Ca de mama. En esencia la tasa de mortalidad no ha sufrido modificaciones durante los últimos cincuenta años, a pesar de las mejoras en el tratamiento y la detección precoz. La mama sigue siendo la localización más común para el cáncer en las mujeres. La tasa de incidencia de cáncer de mama es menor en las mujeres negras que las mujeres blancas pero en ellas aumenta a una mayor velocidad.²⁴

1.4.2 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

Las investigaciones han demostrado que no existe una causa única del cáncer mamario, es una enfermedad heterogénea que se desarrolla como resultado de muchos factores que difieren de una mujer a otra y que en su mayoría aún se desconocen. El riesgo de cáncer mamario puede expresarse como el riesgo de padecer la enfermedad o de morir a consecuencia de ella.

Riesgo absoluto: Es el número de casos de cáncer mamario en una población dada, dividido por el número de mujeres que en ella exista, el riesgo absoluto se expresa como el riesgo específico para la edad en diversos intervalos. El riesgo es más alto para las mujeres mayores puesto que la enfermedad aumenta en frecuencia a medida que pasan los años.

Riesgo Relativo: Es la incidencia de la enfermedad en una población de mujeres con factores de riesgo conocido o sospechado. El riesgo relativo

²⁴ *Idem.*

expresa el exceso de riesgo de sufrir el cáncer a un mayor número de factores de riesgo.

El Riesgo Atribuible: Es el número de casos de cáncer en una población que se asocian con determinados factores de riesgo y que podrían prevenirse.

FACTORES DE RIESGO MÁS RECONOCIDOS

- A) Género: Las mujeres tienen una mayor probabilidad que los hombres de padecer cáncer de mama.
- B) Edad: La incidencia del cáncer mamario aumenta con la edad, la mayoría de los casos se diagnostica en mujeres mayores de cuarenta años.
- C) Antecedentes personales de cáncer: Un diagnóstico previo de cáncer mamario aumenta el riesgo de padecer un segundo tumor en la mama opuesta.
- D) Antecedentes familiares de cáncer y genética: Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama es una pariente de primer grado (madre, hermana o hija) tienen un riesgo de dos a tres veces de padecerlo. Menarquia precoz y menopausia tardía: Menarquia precoz antes de los doce años y la menopausia tardía después de los cincuenta años, esto se asocia con un mayor riesgo.
- E) Historia reproductiva: El hecho de no tener hijos (nuliparidad) o el primer embarazo después de los treinta años incrementa el riesgo en la mujer.
- F) Enfermedad benigna de mama: Este término abarca una amplia gama de diagnósticos histopatológicos. Las lesiones benignas de mama se clasifican en tres grupos:
 - Lesiones no proliferativas: Estas no se asocian con un mayor riesgo de cáncer.
 - Lesiones proliferativas sin atípia: Incluyen las hiperplasias moderadas, adenosis esclerosantes y papilomas.

- Lesiones proliferativas con atíпия: Son las que tienen un mayor riesgo de transformación maligna.
- A) Obesidad y grasa en la dieta: Se ha demostrado que la obesidad se asocia con mayor riesgo de cáncer mamario en mujeres posmenopáusicas, esto por el exceso de tejido adiposo. La incidencia de cáncer mamario es mayor en los países industrializados con un nivel socioeconómico alto y un aumento en el consumo de grasa.
- B) Exposición a la radiación: Se ha observado una incidencia de cáncer mamario superior a la esperada en las mujeres expuestas a radiación ionizante para el tratamiento de tuberculosis o mastitis posparto o en las supervivientes de las bombas de Nagasaki, Japón.
- C) Hormonas exógenas: Se considera que el cáncer de mama se relaciona con las hormonas, se han realizado estudios para evaluar el riesgo asociado con el uso de anticonceptivos orales y terapia de reposición de estrógenos.
- D) Consumo de alcohol: Diversos estudios han demostrado un ligero aumento en el riesgo con el consumo de alcohol, la edad a las que las personas inician a beber (antes de treinta años), el volumen y la duración son variables importantes para comprender el riesgo en el consumo del alcohol, ingerir grandes cantidades también se relaciona con una nutrición deficiente.
- E) Otros factores: El nivel socioeconómico alto se asocia con el riesgo de padecer cáncer, sin embargo el nivel socioeconómico bajo se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad debido a la enfermedad, la etnia también es importante.

1.4.3 SIGNOS Y SINTOMAS

- Masa (sobre todo si es dura, irregular y asintomático) o endurecimiento en la mama o en la axila.
- Secreción espontánea, persistente y unilateral de pezón, de carácter ceromático, hemático o seroso.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama (asimetría).
- Depresión o rugosidades en la piel.
- Piel escamosa alrededor del pezón.

1.4.4 DIAGNÓSTICO

Dentro del diagnóstico diferencial del Ca de mama deberá descartarse la mastopatía fibroquística, la cual consiste en la presencia de pequeñas masas mamarias, de diámetro variable, frecuentemente relacionado con el final del ciclo menstrual (es decir, poco antes del inicio de la menstruación). Generalmente el Ca de mama es indoloro, y no varía su diámetro súbitamente, además de no tener influencia por el ciclo menstrual en su tamaño.

El fibroadenoma es una masa de diámetro entre 1 a 5 cm, móvil, indolora, benigna, que se presenta generalmente en mujeres de 20 a 30 años de edad.

La necrosis adiposa puede ocasionar retracción de la piel y asimetría, por lo que debe considerarse en el diagnóstico diferencial.

El absceso mamario es poco frecuente, y se presenta especialmente en la lactancia, el diagnóstico diferencial se establece por su evolución, que es relativamente rápida hacia la resolución, ya sea con drenaje espontáneo o a consecuencia del tratamiento.

Tumoraciones benignas

- Mastopatía fibroquística
- Fibroadenoma mamario

Otros

- Necrosis adiposa
- Absceso mamario

DIAGNOSTICO TEMPRANO

PREVENCION, TAMIZAJE Y DETECCION

No se sabe que causa el cáncer de mama ni cómo prevenirlo, se trata de una enfermedad heterogénea es decir, una que tiene muchas características, cuyo potencial de desarrollo crecimiento y metástasis varia de una mujer a otra. El periodo de promoción celular se caracteriza por ser reversible, es decir, que el cáncer puede evitarse si se reduce la exposición o se previenen sus efectos adversos, la detección precoz es el medio más importante para controlar el cáncer de mama.

METODOS PARA LA DETECCION PRECOZ

- El auto examen de mama: debe de realizarse todos los meses a partir de los 20 años.
- El examen clínico de mama: debe de realizarse cada 3 años a las mujeres entre los 20 y 40 años.
- Las mamografías: Se realiza a partir de los 40 años de edad, debe de realizarse cada uno o dos años en mujeres entre 40 y 49 años de edad y anualmente a partir de los 50 años.
- La mamografía es el único método comprobado para detectar el cáncer de mama antes de que pueda palpase por medio del auto examen y detecta la enfermedad en mujeres asintomáticas
- El auto examen de mama (AEM) es un examen gratuito, privado y sencillo. El realizar el AEM de modo habitual puede reducir la mortalidad global de cáncer mamario en casi un 19%.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En las mujeres asintomáticas la mamografía sirve para detectar los cambios microscópicos sugestivos de cáncer, como una masa pequeña e irregular, engrosamiento de la piel retracción del pezón.

Los síntomas más comunes de manifestación son:

- Masa endurecimiento de la mama o axila
- Secreción espontánea, persistente y unilateral del pezón de carácter serohemático, hemático o serosa.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambios en el tamaño, la forma o la textura de la mama.
- Depresiones o rubosidades en la piel.
- Piel escamosa alrededor del pezón.

Síntomas de propagación local:

- Enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas
- Piel de naranja.
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos auxiliares.

Evidencia de enfermedad metastásica:

- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos.
- Anomalías en la radiografía torácica.
- Elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio.
- Gammagrafía ósea positiva.
- Resultados anormales de las pruebas de función hepática.²⁵

El diagnóstico temprano es la medida más adecuada para el tratamiento precoz del Ca de mama y para obtener mejores resultados. La exploración mamaria deberá ser realizada con una frecuencia mínima de una vez al año. Cualquier cambio en el aspecto de la piel, o la presencia de masas mamarias deberán ser

²⁵ Shirley E. Otto. (1987). *Enfermería Oncológica*. Ed. Harcoute / océano. P. 84

valoradas por el médico, y de haber datos que sugieran malignidad, la paciente deberá ser sometida a biopsia.

- Es recomendable que el médico realice la exploración una vez al año.
- Buscar retracción o asimetría mamaria y cambios cutáneos.
- Palpitación del centro a la periferia.
- Búsqueda de secreción a través del pezón.

Al igual que la mayoría de las neoplasias, el Ca de mama no suele producir sintomatología, sino hasta etapas avanzadas. La manera más adecuada de detectar el Ca de mama es efectuar la exploración rutinaria de ambas mamas con objeto de detectar masas, especialmente indoloras.

Cuando se detecte una masa mamaria, deberá someterse a biopsia, aunque es recomendable que antes de ésta se realice una mamografía con objeto de conocer la extensión del tumor. Habitualmente, la biopsia puede realizarse en un consultorio bajo anestesia local. Preferentemente, la muestra deberá ser analizada por un patólogo experimentado.

La medición de marcadores tumorales puede ser útil en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con Ca de mama.

- Cuadro clínico y exploración física
- Mamografía
- Biopsia
- Antígeno carcinoembrionario
- Receptores estrogénicos

Mamografía: Radiografía de los tejidos blandos que permiten la identificación de diversos procesos, neoplásicos malignos o benignos.²⁶

El cribado con mamografía consiste en dos proyecciones de cada mama: una de lado a lado (oblicua medio lateral) y otra de arriba abajo (cráneo caudal). La mama se comprime en ambas proyecciones para disminuir su grosor y permitir

²⁶ Marriner, Ann. (1999). *Modelos y teorías de enfermería*. Interamericana.

una mejor visualización de las estructuras del tejido, lo cual reduce también la cantidad de radiación. Este procedimiento puede resultar incómodo, pero si se explica a la paciente que la comprensión apropiada de la mama es uno de los factores más importantes para obtener una mamografía de calidad, se les ayudara a comprender la importancia de esta molestia momentáneamente, con el fin de evitar la incomodidad, es mejor no realizar la mamografía de cribado antes de la menstruación.

La mamografía es el único método comprobado para detectar el cáncer de mama antes de que pueda palparse por medio del examen clínico o el autoexamen, el cribado con mamografía se usa para detectar la enfermedad en mujeres asintomáticas. Cuando una lesión mide un cm. de diámetro y puede palparse, se calcula que ha estado presente durante más de ocho años. Las mamografías deben comenzar a los cuarenta años de edad. El cribado habitual con este procedimiento debe realizarse cada uno o dos años en las mujeres entre los cuarenta y los cuarenta y nueve años y anualmente a partir de los cincuenta años.²⁷

Es necesario que la enfermera o enfermero aconseje a la mujer con factores de riesgo conocidos (como los antecedentes familiares) o sintomatología crónica, que consulte a su médico sobre la frecuencia y la especificidad de los exámenes clínicos de mama y las mamografías adecuadas para su caso. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la enseñanza de estas directrices a todas las mujeres que pueden potencialmente salvar sus vidas. Para una mayor efectividad, en cada método de cribado deben considerarse dos aspectos claves: la frecuencia y la destreza (habilidad y minuciosidad) (Harris, 1991 p. 89)

Biopsia: Extirpación de un pequeño fragmento de tejido vivo de un órgano u otra parte del cuerpo para su examen microscópico a fin de confirmar o establecer un diagnóstico, estimar un pronóstico o seguir la evolución de una enfermedad (Mosby, 1996. P.158)

Es un procedimiento relativamente sencillo en el cual se aspira material de la masa con una jeringa y una aguja de calibre veintiuno a veintitrés. El contenido

²⁷ De Vita, H. (2000). *Cáncer principios y práctica de oncología*. P. 1774.

de la aspiración se coloca en un porta objetos y se procesa para su estudio. Esta técnica es muy precisa en manos experimentadas; los resultados falsos negativos y los falsos positivos no son frecuentes (Parker, 1993 p.95)

Marcadores tumorales

Los marcadores tumorales son hormonas, antígenos o enzimas producidos por las células cancerosas, que pueden cuantificarse en la sangre. Estos marcadores se miden por medio de análisis químicos o de anticuerpos monoclonales. La sensibilidad y la especificidad de un marcador tumoral determinan su utilidad en el diagnóstico y rastreo de la enfermedad. El marcador más sensible es aquel que siempre se identificará en presencia de un tumor. El más específico nunca será positivo si no hay enfermedad. La sensibilidad y la especificidad de los marcadores tumorales varían; por ejemplo un antígeno del tejido mamario, tiene una baja sensibilidad en las primeras etapas de la enfermedad, pero es útil para monitorizar e identificar la diseminación metastásica.

Antígeno carcinoembrionario

Sustancia, generalmente proteica, que da lugar a la formación de un anticuerpo con el que reacciona específicamente. Antígeno presente en cantidades muy pequeñas en el tejido adulto. Las cifras superiores a lo normal sugieren la posible existencia de cáncer.²⁸

Explicar el procedimiento y su fundamento.

Receptores estrogénicos

Este valor de laboratorio será útil para determinar el pronóstico y el tratamiento del cáncer de mama.

Los receptores de estrógeno son proteínas que tienen la capacidad de fijar sus hormonas respectivas y también al DNA. Se piensa que las hormonas esteroides que actúan por medio de receptores controlan la transcripción de subgrupos definidos de genes. Los tumores primarios de la mama que expresan, receptor de estrógeno (ER) y receptor de progesterona (PhRs), o ambos tienen menor posibilidad de recurrir, que los tumores que no expresan

²⁸ Mosby, (1989).

estas proteínas. Si el tejido tumoral tiene menos de diez femtomoles (fmol), por miligramo de proteína receptora, de progesterona y de estrógeno, es improbable (40%) que el tratamiento hormonal vaya a producir regresión del tumor. Si el tumor tiene ya sea más de diez fmol/mg de proteínas de ER o PgRs, hay una probabilidad aproximada de 40% de que el tumor responda a la manipulación hormonal. Si el tumor es positivo para ER hay probabilidad de 70 a 80% de respuesta a la terapéutica hormonal. Por tanto, el conocimiento del estado del receptor hormonal puede ayudar en la selección del tratamiento ya sea manipulación hormonal o quimioterapia o ambas, en situaciones postoperatorias inmediatas, para la prevención de recurrencia y en el tratamiento de la edad avanzada.²⁹

Explicar el propósito, la preparación y los pasos de los procedimientos requeridos para el diagnóstico. Permitir que la paciente exprese sus preocupaciones relacionadas con su diagnóstico de enfermedad maligna.

Informe a la paciente que venga acompañada de su esposo, amigo o una persona cercana cuando vuelva por los resultados de los estudios realizados.

Exploración Física:

EXPLORACIÓN DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS.

Proceso de observación y palpación de las mamas y sus estructuras accesorias con el fin de descartar la presencia de alteraciones que podrían ser indicativas de alguna enfermedad maligna.

Debe realizarse de una semana a diez días después del comienzo del ciclo menstrual, momento en el cual el tamaño de las mamas es mínimo y su modularidad cíclica es menor.

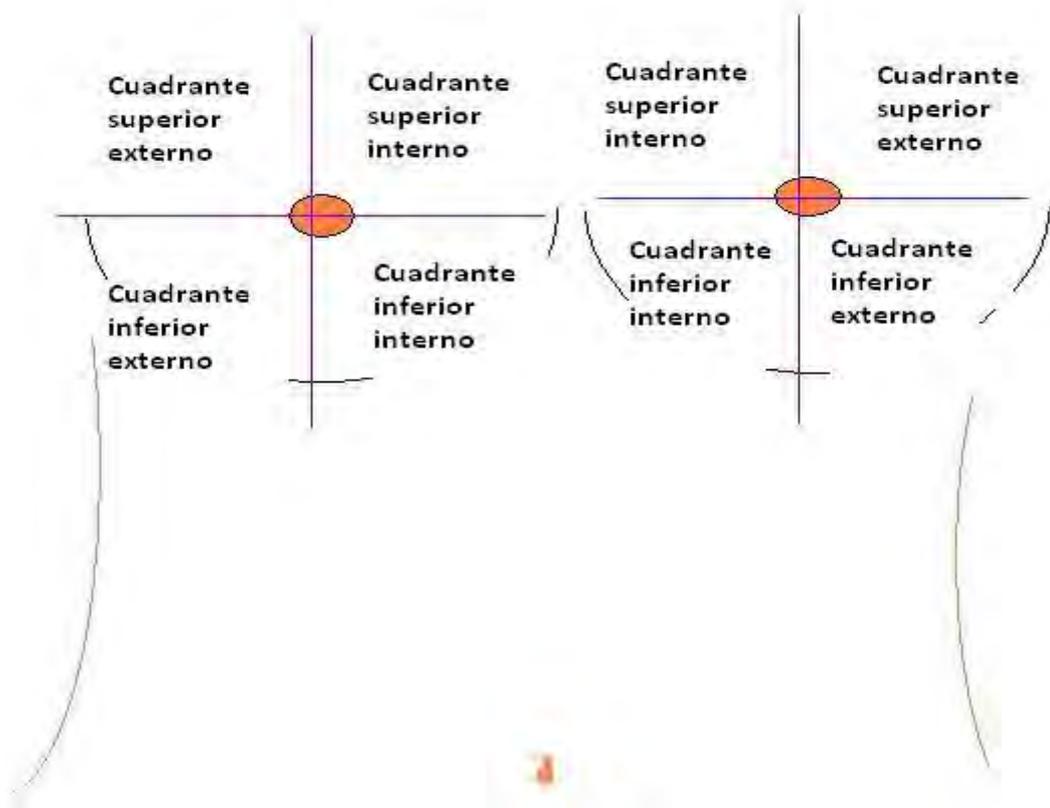
Para facilitar la localización topográfica de la mama, ésta se divide en las secciones que muestra la figura.

²⁹ Weiss (1997). *Oncología clínica*. El manual moderno. P. 178

Cuadrantes mamarios

Para la localización anatómica y la descripción de los tumores se divide la superficie de la glándula en cuatro cuadrantes. Por ejemplo, las anotaciones del médico pueden indicar:

Se palpa una masa dura e irregular en el cuadrante superior interno de la mama, a las dos de la tarde, aproximadamente a 2.5 cm del borde areolar.



Para explorar la región mamaria, la paciente debe encontrarse sentada, con el tórax y los brazos desnudos y tener una iluminación adecuada.

El procedimiento consta de tres etapas: inspección, estática, inspección dinámica y palpación.

INSPECCIÓN ESTÁTICA. En este tipo de inspección (con la paciente inmóvil) se debe hacer las observaciones siguientes:

- a) La forma, volumen, superficie y simetría; de ambas mamas deben ser simétricas, generalmente un poco más grande la del lado izquierdo.

- b) La presencia de protusiones en alguna parte del seno, las tumoraciones superficiales o muy voluminosas, benignas o malignas
- c) Descartar la presencia de umbilicación o depresión en el pezón o modificaciones en la dirección de su eje; la umbilicación del pezón carece de importancia clínica cuando es bilateral e hizo su aparición desde la pubertad.
- d) La existencia de retracción de la piel. Los procesos malignos adyacentes pueden condicionar una depresión de la piel.
- e) Existencia de “piel de naranja o de cochino”, tipos de piel que aparecen en lesiones malignas.
- f) Enrojecimiento superficial o hipertermia local y ulceraciones en la piel; estas alteraciones aparecen tanto en la patología mamaria maligna como en los procesos inflamatorios.
- g) Salida de secreción por el pezón, que puede ser sanguinolenta, serosa, purulenta, o láctea, según el proceso que la origine.
- h) Aumento de la red venosa superficial, fenómeno común en los grandes tumores mamarios.

INSPECCIÓN DINÁMICA. Se pedirá a la paciente que contraiga los músculos pectorales, de modo que sus manos queden sobre la nuca, y que repita la contracción de los mismos músculos, ahora con ambas manos a la cadera. Con esta maniobra se buscarán los datos consignados en la exploración estática ya que se hacen más evidentes.



La palpación de la mitad de la mama derecha deber ser igual que para la mitad interna



La palpación de la mitad interna de la mama deber ser efectuada en direcciones bien determinadas



La palpación también será de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro



Los movimientos serán de arriba hacia abajo y de la parte interna hacia el centro



La paciente buscará nódulos, retracciones de la piel, del pezón y secreciones a través del pezón



La paciente ahora debe colocar el brazo a lo largo del cuerpo y palpar con delicadez la mitad externa de la mama

PREVENCION

Es importante que la enfermera o el enfermero como profesional de la salud, esté presente al realizar el auto examen por primera vez, ya que la mujer está aprendiendo a reconocer las características normales de su mama para poder detectar y evaluar cualquier variación en el futuro. Debe buscar atención médica inmediata si se presenta cualquiera de las características clínicas o síntomas comunes del cáncer.

DIAGNOSTICO:

Se puede diagnosticar mediante evaluación citológica (de las células) o histológicas (de los tejidos). La biopsia es una técnica preferida cuando pueden palparse masas dominantes. El cáncer mamario por lo general se clasifica de acuerdo con el sistema T.N.M el cual evalúa:

El tamaño del tumor (T)

La afección de los ganglios linfáticos (N)

La propagación o distancia de la enfermedad (M) y las clasificaciones son:³⁰

³⁰ Trujillo Román Torres. Op cit.;

CLASIFICACION DEL CANCER MAMARIO DE ACUERDO A LA EVALUACION DEL TAMAÑO DEL TUMOR

| Estadio | Descripción |
|---------------|--|
| Estadio 0 | Ausencia de tumor palpable |
| Estadio I | Tumor menor de 2cm con ganglios sanos (T1) |
| Estadio II A | Tumor entre 0 y 2cm. con ganglios afectados de 2 a 5 cm. con ganglios sanos |
| Estadio II B | Tumor de 2 a 5 cm con ganglios afectados o mayor de 5cm con ganglios sanos |
| Estadio III A | Tumor de menos de 5 cm con ganglios afectados móviles o inmóviles |
| Estadio III B | Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared tóxica o a la piel, ganglios afectados, con o sin ganglios linfáticos internos afectados. |
| Estadio IV | Cualquier metástasis o distancia incluyendo los ganglios supraclaviculares. ³¹ |

METÁSTASIS:

El cáncer de mama se propaga por invasión directa de los tejidos adyacentes, a lo largo de los conductos galactóforos o por vía linfática, el lugar principal de la diseminación regional son los ganglios linfáticos axilares, que son positivos casi en un 50% en pacientes con tumores palpables en el momento del diagnóstico, la propagación sistémica de la enfermedad puede afectar a diversos órganos y tejidos, los más frecuentes son los huesos, los pulmones, la pleura, el hígado y las glándulas suprarrenales.

Los síntomas más frecuentes relacionados con la metástasis son náuseas y vómitos no asociados con quimioterapia, pérdida del apetito, pérdida de peso, dolor, desaliento y problemas neurológicos

³¹ Crane, Rebeca. *Oncología Clínica*. Ed. Harcourt / Océano: España. Pag. 96

1.4.5 TRATAMIENTO

Hay cinco modalidades principales en el tratamiento del cáncer

| | |
|------------------|---|
| Por cirugía | <ul style="list-style-type: none">• Elimina el cáncer del cuerpo• Tratamiento de tumores localizados |
| Radioterapia | <ul style="list-style-type: none">• Matar células malignas• Tratamiento del cáncer localizado, que se han diseminado cerca de los tejidos normales. |
| Quimioterapia | <ul style="list-style-type: none">• Matar o inhibir la replicación de células malignas a través del cuerpo• Tratar las metástasis• Combinación con cirugía o radioterapia |
| Terapia Hormonal | <ul style="list-style-type: none">• Matar o reducir células tumorales• Alterar de los niveles hormonales que afectan |
| Radioterapia | <ul style="list-style-type: none">• Activar el sistema inmune• Células blanco específicas |

POR CIRUGÍA

Interviene en todos los niveles de la enfermedad

Como son: Prevención, Diagnóstico, Cirugía plástica reparadora

a) Cirugía con objetivos curativos

- Aglactación del tumor primitivo con o sin extirpado
- Cirugía amplia para un tumor limitado
- Disminuir el grado de extensión del tumor

b) Cirugía de reducción tumoral:

Disminución de la masa tumoral para hacerla más accesible a los tratamientos complementarios (radioterapia, quimioterapia)

c) Cirugía exéresis de la metástasis

La metástasis debe ser, única o poco numerosa, accesible, secundaria a un tumor.

d) Cirugía sintomática

Esta cirugía permite suprimir una de las consecuencias sintomáticas vinculadas al desarrollo de un tumor

Las observaciones para la cirugía se deben de tomar en cuenta como: tamaño del tumor, localización del tumor, tamaño de la mama, preferencias y actitudes de la paciente.³²

Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha demostrado beneficios en la supervivencia, su principal objetivo ha sido siempre lograr el control local y regional de la enfermedad.

- **Tumorectomía** (o escisión). Se extirpa el tumor dejando la mayor parte de la mama y se refiere a una resección amplia que cubra por lo menos tres centímetros de tejido mamario no afectado alrededor del tumor.
- **Mastectomía parcial** (o escisión amplia). Escisión del tumor con grandes márgenes de tejido de la mama no afectado.
- **Cuadrantectomía**. Se reseca todo el cuadrante de la mama que contiene el tumor junto con la piel que lo cubre y la aponeurosis del pectoral mayor.
- **Mastectomía total** (o mastectomía simple). Se extirpa todo el tejido de la mama, incluidos el pezón, la areola y la aponeurosis del músculo pectoral mayor. No hay vaciamiento ganglionar ni resección de los músculos de la pared torácica.
- **Mastectomía radical modificada** (o Mastectomía total con vaciamiento ganglionar axilar). Se extirpa toda la mama junto con los ganglios

³² Organización Panamericana de la Salud, (1996). Manual de la American Cancer Society, *Oncología Clínica* . Gerald P. Murphy

linfáticos axilares y la aponeurosis del músculo pectoral mayor, el cual no se reseca. El músculo pectoral menor puede o no resecarse.

o **Reconstrucción de la mama.** La desfiguración y la pérdida asociada con la Mastectomía pueden ser devastadoras para muchas mujeres y sus parejas sexuales. Los pechos de la mujer son signos de feminidad, atractivo sexual, y comportamiento orientado a la nutrición del bebé. Como resultado, la reconstrucción se ha convertido en un elemento importante en la rehabilitación de la paciente sometida a este procedimiento. Las mejoras en las técnicas reconstructivas ofrecen esperanza de tener una imagen corporal sin mayores alteraciones. Un enfoque de tratamiento coordinado por parte del cirujano, el radiólogo, el oncólogo y el cirujano plástico aumentará la posibilidad de lograr los resultados deseados.

Todavía existe algo de debate alrededor del momento oportuno para realizar la reconstrucción de la mama, si debe hacerse de inmediato (en el momento de la mastectomía) o posponerse hasta después de haber terminado otros tratamientos. Antes había preocupación sobre si la reconstrucción interfería con la detección de la recurrencia local del cáncer de mama o con la curación de la herida. Si el cáncer recurre en el nivel local, por lo general solo afecta la pared torácica o la piel que la recubre, y las recurrencias en el pectoral mayor no son frecuentes.

No se ha demostrado que la reconstrucción de la mama oculte o retrase el diagnóstico de recurrencia local. Se ha encontrado que las pacientes a quienes se hace la reconstrucción inmediata experimentan menos traumatismo general en relación con la mastectomía y recuerdan el dolor de la primera cirugía con menos intensidad. Otra ventaja de la reconstrucción inmediata es que se eliminan la hospitalización y anestesia adicionales en la primera etapa del procedimiento.

La reconstrucción inmediata es quizá más apropiada cuando la enfermedad se encuentra en estadios I o II, mientras que la reconstrucción diferida es más apropiada para los estadios II localmente avanzada, cuando es crítico iniciar la terapia adyuvante justo después de la cirugía.

Es probable que las pacientes con expectativas irreales de que la reconstrucción eliminará los efectos físicos y psicológicos de la mastectomía, o que producirá una réplica perfecta de la mama perdida, queden inconformes con los resultados. Las mujeres obesas, fumadoras o con antecedentes de diabetes o de enfermedad debilitante tienen las mayores tasas de complicaciones.

Los objetivos de la cirugía reconstructiva son: 1) reconstruir la mama, 2) lograr simetría con el lado opuesto y 3) reconstruir el pezón y la areola. Las consideraciones para el tipo de cirugía incluyen la calidad y la cantidad de la piel, el tamaño y la forma de la mama contra lateral, el procedimiento quirúrgico inicial del cáncer y los objetivos y la salud en general de la paciente.³³

Medicamentos

- **Quimioterapia** (citotóxicos) Término que indica el empleo de productos químicos para destruir selectivamente las células cancerosas. Actúan dañando la capacidad de replicación celular.
- **Quimioterapia adyuvante.** Empleo de fármacos antineoplásicos, tras la extirpación quirúrgica del tumor, cuando existe riesgo de que queden células cancerígenas indetectables.³⁴

En cáncer mamario puede diseminarse no solo a los ganglios axilares sino a lugares distantes a través del torrente sanguíneo, por consiguiente, un cierto porcentaje de mujeres tendrán micrometástasis en el momento del diagnóstico. La aplicación se realiza después del tratamiento quirúrgico definitivo cuando la carga tumoral aún es pequeña y hay menos probabilidad de que las células se tomen resistentes a los medicamentos. Los estudios clínicos han demostrado con claridad que la quimioterapia retrasa la recurrencia y mejora la supervivencia global en particular en las mujeres pre menopáusicas y con ganglios afectados.

No existe una combinación de medicamentos, un plan de tratamiento o una duración de la terapia que sean óptimos para todas las pacientes, sin embargo los regímenes que se usan con más frecuencia en la terapia de apoyo.

³³ *Ibidem, Weiss.*

³⁴ *Idem. Marriner.*

Incluyen una combinación de ciclofosfamida, metotrexate, fluoruracilo. Como la dorrubicina es uno de los agentes individuales más activos en el tratamiento del cáncer mamario.

La quimioterapia actúa de la siguiente manera

Las células normales crecen y mueren de una manera controlada. Pero las células del cáncer continúan creciendo y reproduciéndose y tardan mucho en morir. Los medicamentos anticancerígenos destruyen las células del cáncer no dejando que crezcan o que se multipliquen en uno o varios puntos de su ciclo de vida. Debido a que algunas medicinas funcionan mejor juntas que solas, la quimioterapia puede constar de más de un medicamento.

La quimioterapia se usa además de la cirugía. Existen muchas razones por las cuales la quimioterapia se puede administrar además de otros métodos de tratamiento. Por ejemplo, la quimioterapia se puede usar para reducir un tumor antes de la cirugía. También se puede usar después de la cirugía para ayudar a destruir cualquier colección microscópica de células cancerígenas que pudieran existir.

Cuando inicia la quimioterapia, quizá la paciente necesite quedarse en el hospital por un corto periodo, para observar de cerca los efectos de la medicina y hacer cualquier ajuste que se requiera.

La frecuencia y duración de la quimioterapia dependen del tipo de cáncer que tenga, de lo que se pretenda alcanzar con el tratamiento, las medicinas que se estén usando y cómo su cuerpo responda a ellas. Puede recibir quimioterapia diario, cada semana, o cada mes. La quimioterapia se administrará en ciclos con intervalos que incluyen periodos de descanso para que su cuerpo tenga oportunidad de construir células nuevas saludables y pueda recuperar su fortaleza. En la mayoría de los casos, los tratamientos continúan por lo menos desde 3 meses hasta aproximadamente 4 años.

Recibir quimioterapia intravenosa generalmente se siente como si le estuvieran sacando sangre para una prueba de laboratorio, aunque la aguja permanece durante un periodo mas largo de tiempo. Algunas personas sienten frío u otras sensaciones raras en el área de la inyección en la vena cuando reciben la quimioterapia. Reporte estas sensaciones a su enfermera. Asegúrese también

de reportar cualquier dolor, sensación de ardor o incomodidad que ocurra durante o después del tratamiento.

Si la quimioterapia la hace sentir muy cansada, deberá, ajustar su programa de trabajo durante un tiempo. Con frecuencia se le harán exámenes físicos, pruebas sanguíneas y rayos X.

Mientras que las pruebas y los exámenes pueden decir mucho acerca de cómo está trabajando la quimioterapia, los efectos secundarios dicen muy poco. (Los efectos secundarios tales como náusea o pérdida de cabello, ocurren debido a que la quimioterapia dañan algunas células además de las células cancerígenas).

Además la severidad de los efectos secundarios varía enormemente de persona a persona. El que la paciente tenga un efecto colateral en particular y qué tan severo pueda ser, depende del tipo de dosis de la quimioterapia que está recibiendo y de cómo reacciona su cuerpo.

Debido a que las células cancerígenas crecen y se dividen rápidamente, los medicamentos anticancerígenos están hechos para matar a las células a la misma velocidad con la que éstas crecen. Pero algunas células normales y sanas también se multiplican rápidamente y la quimioterapia puede afectarlas. Cuando lo hace, es cuando los efectos secundarios pueden aparecer. Las células normales que crecen rápido y que son las más propensas a ser afectadas son las células sanguíneas que se forman en la médula ósea, en el tracto digestivo, en el sistema reproductivo y en los folículos capilares. Las drogas anticancerígenas también pueden dañar las células del corazón. Los riñones, la vejiga, los pulmones y el sistema nervioso. Los efectos colaterales más comunes de la quimioterapia incluyen la náusea y el vómito, la pérdida del cabello y la fatiga.

La mayoría de las células normales se recupera rápidamente cuando se termina la quimioterapia, así que los efectos colaterales desaparecen gradualmente.

Quimioterapia

Entre el 50 y el 80% de las pacientes responden a las fármaco-terapia combinada las remisiones de la enfermedad casi siempre duran de 5 a 13 meses, la doxorubicina es el agente individual más eficaz en el tratamiento del cáncer mamario metastásico, otros fármacos empleados con régimen combinado son las ciclofosfamida, el metotrexate y el 5-fluoruracilo.

Los fármacos antineoplásicos tienen como características el ocasionar diferentes daños en las células por diversos mecanismos de acción, tanto en las células sanas como en las células tumorales.

La Toxicidad general de la quimioterapia es:

- Hematológica como: leucopenia, trombopenia y anemia
- Digestiva como: náuseas y vómito, diarreas
- Mucosas como: mucositis, estomatitis, lesiones erosivas de la mucosa bucal y faríngea, disfagia, dolores locales.
- Alopecia: caída del cabello debido a la acción tóxica sobre los folículos pilosos.

Vías de la administración de la quimioterapia

- Vías - endovenosa, como son los dispositivos, implantables (catéter)
- Bolo, perfusión continua
- Intramuscular
- Por vía oral
- Vías locales 84

1.4.6 COMPLICACIONES DE CÁNCER DE MAMA

Relacionadas con la enfermedad:

Recurrencia local o regional

- Ulceración
- Linfedema

- Plexopatía

Recurrencia a distancia:

- Compresión de la medula espinal
- Metástasis cerebral o leptomeningea
- Hipercalemia
- Fracturas patológicas
- Derrame pleural
- Diseminación linfática
- Derrame o taponamiento pericárdico³⁵

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO

Recurrencia de la enfermedad, infección cicatrización lenta de la herida, linfedema, disfunción del hombro, supresión de la medula, alopecia, estomatitis, cistitis hemorrágica, ganancia excesiva de peso, dolor, anorexia,

COMPLICACIONES

Después de la cirugía de mama:

DOLOR Algunos pacientes mastectomizadas desarrollan dolor reflejo en la mama. No suele representar enfermedad orgánica. En algunas ocasiones esta mama se hace mayor después de la operación.

INFECCION El sitio de amputación puede infectarse o acumular líquido seroso. Cuando la enfermera cambie al apósito y después que ya no necesite inspeccionarla diariamente la herida. Con cuidado buscaremos signos de evaginaciones en que haya tumefacción, enrojecimiento, expulsión de líquidos, fetidez y desgarros en la línea de sutura.

LINFEDEMA El linfedema moderado o transitorio del brazo suele aliviarse al recuperar la función del miembro. No obstante en algunos pacientes mastectomizadas, el edema es

³⁵ Archundia, A. (2007). *Educación quirúrgica*. Méndez. P. 24

incapacitarte. Puede aparecer poco después de la operación o años después. Su causa es una obstrucción de flujo linfático. La radiación puede agravar el cuadro. Este edema se trata con antibióticos, pero este tratamiento es eficaz solamente si se aplica antes que la fibrosis haya bloqueado el flujo linfático.

Puede emplearse también un aparato con aire a presión que automáticamente llena los segmentos de la manga con aire y ejerce presión acumulativa y progresiva en el brazo, haciendo que el líquido pase a la fuerza, por las válvulas linfáticas insuficientes, hacia el corazón. Este tratamiento debe aplicarse varias veces al día para que sea eficaz

METASTASIS

La diseminación o la recidiva de cáncer de la mama es un peligro siempre presente. Las células cancerosas pueden diseminarse a cualquier órgano; las metástasis suelen causar dolor en el nuevo sitio atacado. Estas molestias pueden aliviarse por radiación de la zona afectada. Cuando hay ataque óseo, existe el peligro de fractura patológica. Se enseñara a la paciente a tomar precauciones contra caídas, a evitar golpes. Se le debe alentar a examinar la mama restante regularmente y señalar cualquier cambio, así como a solicitar regularmente citas con su médico³⁶.

1.4.7 REHABILITACION Y EJERCICIOS FISICOS

El objetivo de la rehabilitación, es rehabilitar los movimientos del hombro, flexión, extensión, abducción, adicción y rotaciones externas e internas, con mayor estímulo. Deben ser ejecutados de forma suave, progresiva y sin brusquedades, con el fin de evitar el edema del brazo y del hemotórax, ya que al hacer un vaciamiento axilar el drenaje linfático y venenoso es deficiente.

La mujer mastectomizada sentirá sensación de insensibilidad y acorchamiento,

³⁶ Harrison, *Principios de medicina interna*. McGrawHill p. 1914

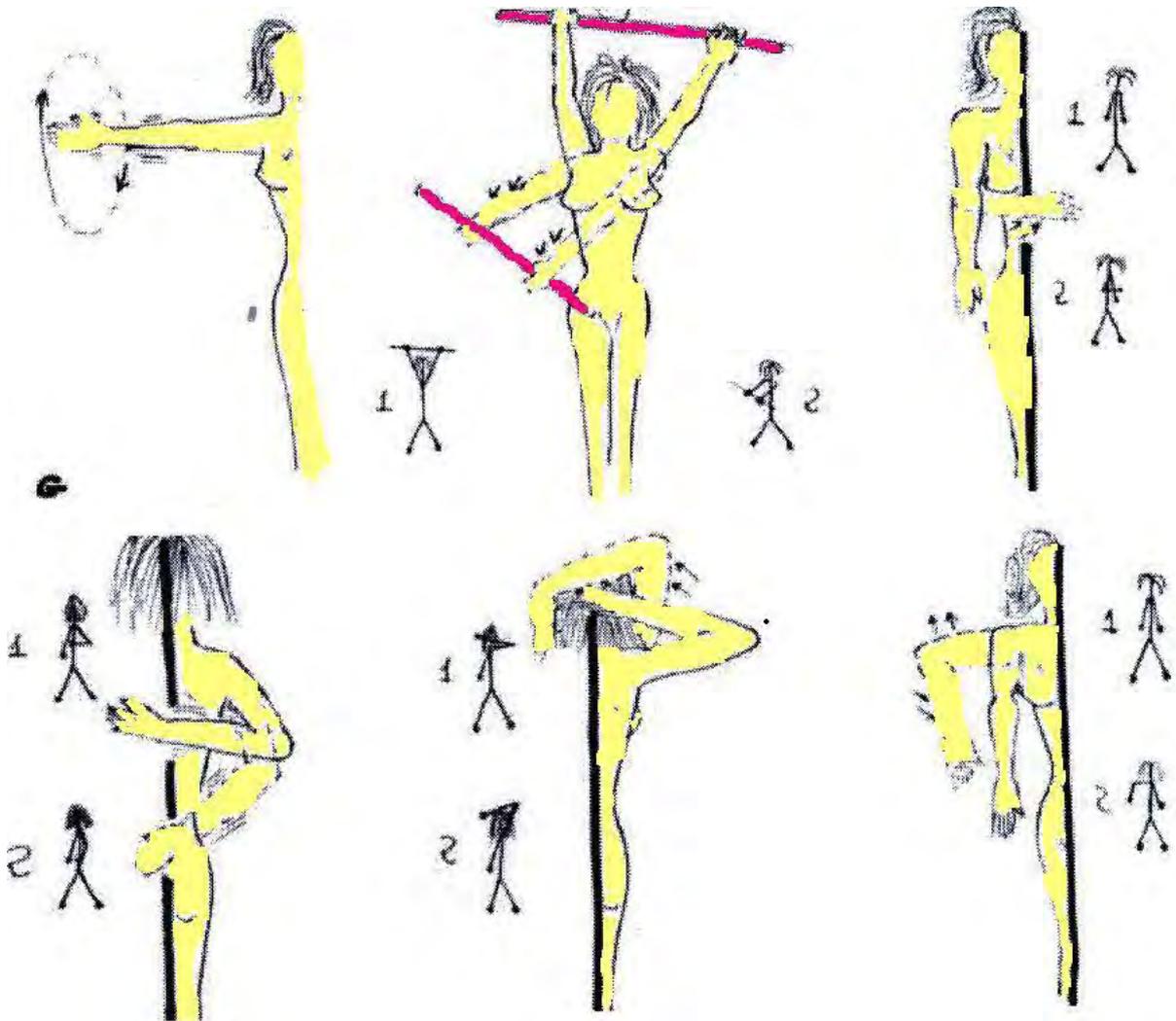
que desaparecerá poco a poco, y que es debido a las desinversiones musculares y menos frecuentemente a la sección de terminaciones nerviosas.³⁷

La rehabilitación se iniciara a las 24-48 horas de la intervención.

Los ejercicios a realizar son:

1.- Ejercicios activos libres:

- Flexo-extensión del hombro, codo, muñeca y dedos.
- Abducción muy suave del hombro.
- Rotaciones interna y externa en aducción del hombro.
- Cuando se haya llegado a la flexión del hombro de 90°, se iniciaran las rotaciones en abducción sin forzar.



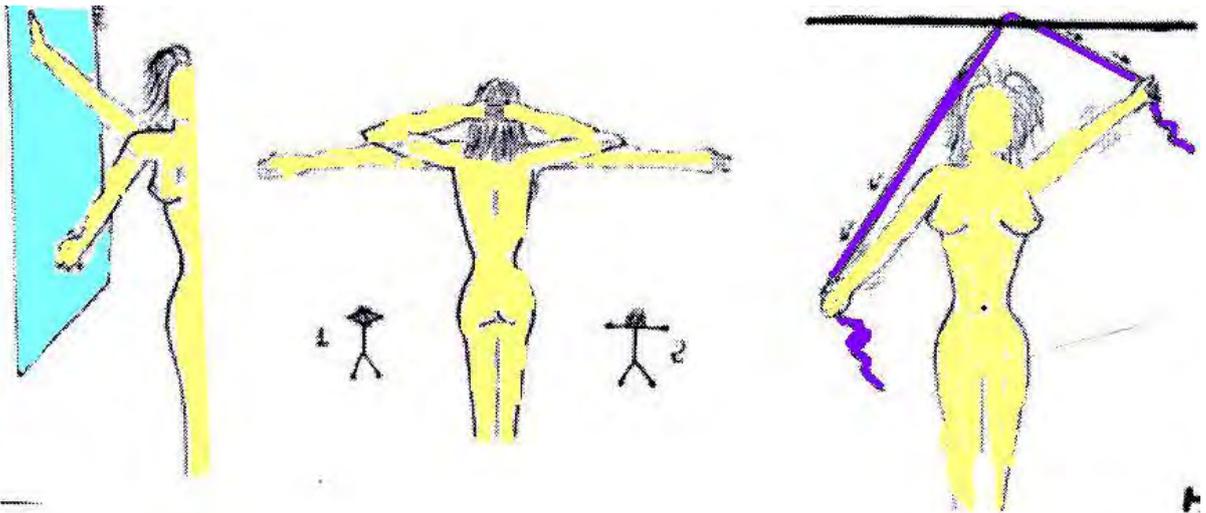
³⁷ INC Manual de Oncología: *Procedimientos Médico Quirúrgicos*. McGrawHill p. 315

2.- Ejercicios Isométricos: ejecutar contradicciones estáticas suaves con la extremidad en elevación.

EJERCICIOS PARA RECUPERAR LA MOVILIZACION:

- Están diseñados para no causar dolor y ayudar a recuperar el movimiento normal. Deben hacerse lentamente y estirando los músculos con suavidad. Si siente mucha tensión o dolor después de hacerlos, al día siguiente hágalos con mayor suavidad. Es más importante ser regular y constante que fuerte y rápido.
- Si no los hace, pueden aparecer problemas de movimiento que serán muy difíciles de tratar.
- Haga cada ejercicio cuatro veces al día, descanse un poco entre un ejercicio y otro, respire lenta y profundamente antes de volver a empezar.
- En cualquier momento puede ayudarse con el brazo sano.
- Abra y cierre la mano del brazo afectado, puede enriquecer el ejercicio apretando una pelota con la mano.
- Sentada, recorra su muslo hacia arriba y hacia abajo con los dedos del brazo afectado.
- Con el codo pegado a la cintura, extienda y flexione el antebrazo.
- Mírese al espejo, si puede hacerlo, y eleve los hombros, encójalos, gírelos hacia delante, relájelos, extiéndalos hacia atrás. Puede intentar este ejercicio en sentido contrario. También puede intentarlo con movimientos circulares.
- Coloque la mano del brazo afectado sobre el hombro como si tuviera un "ala". Haga pequeños círculos en el aire con el codo, hacia adelante y hacia atrás.
- Con la mano del brazo afectado, trepe el brazo opuesto hasta el hombro, sobre la cabeza y hasta el otro hombro. Regrese al punto inicial.
- Trate de llevar la mano del lado operado por detrás de la espalda a nivel de la cintura y vuelva hacia la parte delantera.

- Con las manos detrás de la cabeza, dirigir los codos hacia delante y hacia atrás.
- Acostada sobre una pequeña plana, levantar el brazo del lado afectado por encima.
- Suba las manos por la pared. Póngase frente a ella, usando ambas manos para no perder equilibrio, trepe o deslice sus dedos hacia arriba y vaya lo mas alto posible, sin que cause dolor. Cuando tenga los brazos en alto déjelos caer. Posteriormente hágalos con los dedos del lado operado únicamente. Este es el ejercicio más difícil e importante.³⁸
- Dar vuelta a una cuerda atada a la chapa de una puerta.
- Cepillar el pelo.
- La natación es un ejercicio muy bueno que puede ayudar a la recuperación.



CUIDADOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

Los cuidados generales van encaminados a evitar posibles complicaciones en el brazo afectado y a detectarlas precozmente:

- Uso de guantes protectores para actividades que comparten un riesgo: jardinería, cocina, utilizar dedal para coser, llevar guantes de goma cuando se utilicen detergentes fuertes los estropajos de fibras metálicas.

³⁸ Boletín Oncológico. *Cuidados tras el alta hospitalaria*. [Fuente Electrónica]. (Rescatado el día 15 de octubre de 2010). <http://www.boloncol.com/boletin-13/mastectomia-cuidados-tras-el-alta-hospitalaria.html>

- Evitar comprensión en mangas y puños.
- No usar joyas que puedan comprimir la extremidad: anillos pulseras, relojes, etc.
- No exponer la extremidad al sol sin utilizar crema con filtro solar, FP 15 o superior.
- Evitar en el brazo afecto inyecciones, vacunas y tomas de TA.
- Prevenir el sobre peso, evitando el exceso de sal en las comidas.
- Practicar la natación.
- Mantener el brazo en elevación el mayor tiempo posible y durante la noche.
- Aplicar crema de manos para evitar piel seca.
- Emplear rasuradora eléctrica para quitar vello axilar, con el fin de evitar la erosión de la piel.
- Emplear repelente de insectos para evitar las picaduras.
- Llamar al profesional sanitario si se presenta enrojecimiento, dolor o si aumenta la hinchazón.
- Ducharse manteniendo el chorro de agua alejado de la incisión y secarlo bien, para evitar maceraciones.
- Utilizar crema hidratante y dar masaje en la zona de la cicatriz para evitar adherencias a planos profundos y lograr una cicatriz elástica.

Para la tranquilidad de la mujer, se le explicara que el proceso de cicatrización durará más o menos 30 días y que posiblemente quedara una cicatriz de tamaño notorio.³⁹

³⁹ *Ibidem.*

1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSOPERATORIO

PREOPERATORIO

El preoperatorio corresponde al periodo que transcurre desde la iniciación de la cirugía hasta la víspera de su realización o sea 24 horas antes del acto quirúrgico, los cuidados preoperatorios de enfermería en la paciente se concentran en la evolución y la intervención, plan de cuidados y fundamentos de los procedimientos y estrategias de cuidados personales para prevenir y minimizar complicaciones de la cirugía. A continuación se hace mención de los pasos a seguir para conducir a la paciente a la siguiente etapa:

1. La visita preoperatoria de enfermería es importante para reducir el nivel de ansiedad a través de información y ser escuchada.
2. Esté presente con el equipo médico, en lo posible cuando se discuta por primera vez el plan de tratamiento y en las sucesivas reuniones.
3. Aclare la información según sea el caso.
4. Sirva de enlace entre la paciente y el equipo médico.
5. Anticipe a las preocupaciones y preguntas de la paciente y su familia y haga participar a otras personas cercanas según lo indique la paciente y la situación
6. Permita que la paciente y su familia expresen sus preocupaciones y refuerce la normalidad de las respuestas.
7. Aclare la información errónea sobre el cáncer mamario y su tratamiento que la mujer pueda tener o recibir a través de otras fuentes.
8. Considere la derivación a otros profesionales para obtener apoyo adicional en el afrontamiento situacional y la adaptación para las pacientes que tienen una gran dificultad para procesar información y que no puedan tomar una decisión final sobre el tratamiento.

CUIDADOS TRANS-OPERATORIO

- Apoyar al anestesiólogo para el procedimiento anestésico
- Verificar permeabilidad venosa
- Dar posición de acuerdo al procedimiento quirúrgico
- Participación en el procedimiento de asepsia y antisepsia
- Cuenta de material radiopac como gases Rayos x. y compresas
- Registro de signos vitales
- Control de líquidos
- Colaborar con la integridad del campo estéril
- Cubrir herida quirúrgica
- Colocar vendaje elástico compresivo torácico
- Colaborar con el traslado a recuperación.

POSTOPERATORIO

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio se planifican en función de las necesidades de la paciente y de acuerdo al plan terapéutico establecido.

Las primeras actividades de enfermería que tenemos que realizar de momento que la paciente recién operada nos llega es lo siguiente:

- Valoración inicial del estado de la paciente: nivel de conciencia, agitación, constantes vitales, aspecto de los apósitos, permeabilidad de los drenajes, control de la cantidad y aspecto del líquido drenado.
- Valorar el nivel del dolor y administración de la analgesia prescrita.
- Colocar el brazo del lado invertido en posición elevada para facilitar el drenaje de las vías linfáticas y venosas.
- Que el ambiente que la rodea sea limpio, tranquilo y seguro.
- Proporcionarle a la paciente el bienestar físico y psíquico durante la estancia en el hospital.

- Pasadas las 24 hrs de la intervención, se debe estimular a la paciente para que inicie la práctica de sus actividades habituales, como: lavarse, peinarse etc. Empezar la movilización activa levantándose de la cama, acudiendo al servicio, dando pequeños paseos por la habitación, etc. Además tiene que ir esforzándose en tener una alimentación equilibrada.
- Valorar los conocimientos de la paciente para rectificarlos o ampliarlos por medio de la entrevista de enfermería.

A las 48 horas:

- Explicarle a la paciente los cuidados que se le van a realizar.
- Controlar y retirar el apósito quirúrgico.
- Comprobar el aspecto de la herida, prestando mayor atención a la aparición de hematomas y Seromas.
- Cubrir con venda elástica todo el tórax.
- Iniciar la recuperación mediante ejercicios.

A las 72 horas:

- Hay que recomendar duchas con agua y jabón neutro. Se tiene que realizar curación y cambio de apósito. También es importante hacer participe de la información de los cuidados al familiar mas allegado.
- En esta fase de hospitalización también es importante valorar la existencia de cuadros depresivos en estas pacientes, ya pueden pasar fácilmente desapercibidos en personas físicamente enfermas. Esto se debe a que nosotras no podemos llegar a ocupar mas del tratamiento de los problemas físicos dejando en segundo plano los problemas emocionales.
- Enseñar a la paciente a realizar ejercicios para que los realice diez días después de la intervención.
- Repetir cada ejercicio hasta llegar a 10 veces cada uno.
- No practicarlos un tiempo superior a 20 minutos.

- Los ejercicios deben de ser sencillos como: abrocharse el collar, abrocharse el delantal, peinarse, etc.
- Mas adelante cuando la paciente vaya a recibir el alta le tenemos que informar o incluso enseñarle los cuidados que ella misma tiene que realizar.

Actividades que puede realizar en su vida cotidiana

- Recomendar una dieta sin grasas.
- Enseñarle como se tiene que lavar la herida.
- Explicarle los cambios que observara en la incisión a lo largo de la fase de cicatrización.
- Enseñarle a hacer un vendaje compresivo de todo el tórax con venda elástica, sujetándolo a modo de tirante en el hombro sano.
- Decirle que es muy importante que el vendaje deba quedar amplio y firme.
- Proporcionarle información sobre la existencia de prótesis y la sistemática a seguir para su utilización, dirigirla para su colocación (a través de consultas externas y cirujano responsable de la paciente).

Alimentación y recomendaciones a la paciente durante el tratamiento

- Evite grandes comidas para que su estómago no se sienta demasiado lleno. Ingiera comidas pequeñas durante todo el día.
- Beba líquidos por lo menos una hora antes o después de la comida, en lugar de con las comidas.
- Coma y beba lentamente.
- No consuma alimentos dulces, fritos o grasosos.
- Coma alimentos fríos o a temperatura ambiente para que no le molesten los olores fuertes.
- Mastique bien sus alimentos para una más fácil digestión.

- Si la náusea es un problema en la mañana, trate de comer alimentos secos como cereal, pan, tostado o galletas antes de levantarse. (No trate de hacer esto si tiene lastimada la boca o la garganta o si tiene problemas por falta de saliva).
- Beba jugos de frutas, refrescos y transparentes, sin azúcar, como de manzana o de uva o sodas de colores claros, como en ginger ale, que hayan perdido su efervescencia.
- Chupe cubos de hielo, mentas, o dulces acidulados (No use estos dulces ácidos si tiene lastimada la boca o la garganta).
- Trate de evitar olores que lo molesten, tales como el olor de las comidas, el cigarro o perfumes.
- Prepare y congele alimentos con anticipación para varios días si no tiene ganas de cocinar.
- Descanse en una silla después de comer pero no se acueste por lo menos hasta dos horas después.
- Use ropa suelta.
- Respire profunda y lentamente cuando sienta náuseas.
- Distráigase platicando con sus amistades o miembros de la familia, escuchando música o viendo una película o programa de TV.
- Use técnicas de relajación para ayudar a prevenir las náuseas anticipatorias.
- Evite comer por lo menos unas cuantas horas antes del tratamiento si la náusea generalmente ocurre durante la quimioterapia.

Pérdida del cabello

La pérdida del cabello es un efecto común de la quimioterapia pero no siempre sucede. El cabello puede volverse más delgado o puede caerse por completo, y generalmente crece de nuevo después de que se termina el tratamiento. Algunas pacientes empiezan a recuperar su cabello estando aún en tratamiento.

La pérdida de cabello puede ocurrir en todas partes del cuerpo, no sólo en la cabeza. El vello facial, el de los brazos y las piernas, el de las axilas y el vello púbico pueden verse afectado también.

La pérdida de cabello generalmente no sucede inmediatamente, a menudo inicia después de algunos tratamientos. En este momento, el cabello puede caerse gradualmente o en mechones. Se rompe en la piel o cerca de ella y el cuero cabelludo puede hacerse blando. El resto del cabello que quede puede volverse opaco y seco.

Para cuidar su cuero cabelludo y su cabello durante quimioterapia.

- Use shampoo suave
- Use cepillos suaves
- Use temperatura baja cuando use la secadora
- No use tenazas para peinarse
- No se tiña ni se haga permanente
- Use el cabello corto, para que luzca más grueso y abundante

El perder cabello de su cabeza, rostro, o cuerpo puede ser difícil de aceptar. Es común y normal sentirse enojado o deprimido por esta pérdida, el hablar acerca de sus sentimientos puede ayudar, sobre todo recuerde que el cabello perdido durante la quimioterapia puede crecer nuevamente, aún más grueso que antes.

Fatiga/Anemia

La quimioterapia puede reducir la habilidad de la médula ósea para producir los glóbulos rojos, los cuales contienen hemoglobina que lleva oxígeno a todas las partes de su cuerpo. Cuando hay muy poca hemoglobina los tejidos del cuerpo no obtiene suficiente oxígeno para hacer su trabajo. Esta condición se llama anemia.⁴⁰

La anemia nos puede hacer sentir muy débiles y cansados. Otros síntomas de la anemia incluyen mareo, escalofríos o dificultad a respirar. Recomendaciones:

- Descanse lo suficiente. Duerma más durante la noche y, si puede, tome siestas durante el día.

⁴⁰ De Vita, H. (2000). *Cáncer: principios y práctica de oncología*. México, Editorial PANAMERICANA.

- Limite sus actividades. Haga sólo lo que es más importante para usted. No teme recibir ayuda cuando lo necesite. Pídale a su familia y amigos que lo ayuden con el cuidado de, los niños, las compras, el trabajo de la casa o manejar.
- Coma bien y tenga cuidado de incluir hierro en sus alimentos. Agregue a su dieta más verduras de hojas verdes y carnes rojas, especialmente hígado
- Cuando esté sentado o acostado, levántese lentamente. Esto le ayudará a no sentirse mareado.

Infección

La quimioterapia lo puede hacer propenso a las infecciones. Esto sucede porque la mayoría de las medicinas anticancerígenas afectan la médula ósea, disminuyendo su habilidad para producir glóbulos blancos (las células que combaten las infecciones). Casi cualquier parte de su cuerpo puede contraer una infección incluyendo su boca, piel, pulmones, tracto urinario, reproductivo y el recto.

Cuando su cuenta de glóbulos blancos es más baja que lo normal, es muy importante tratar de prevenir infecciones llevando a cabo los siguientes pasos:

- Lávese las manos a menudo durante el día, cuide de lavárselas muy bien antes de comer y antes y después de ir al baño.
- Lave muy bien las verduras y las frutas.
- Evite comer hojas crudas (espinacas, lechuga, etc.)
- Limpie su área rectal cuidadosamente después de defecar. Pídale consejo a la enfermera si el área se le irrita o si tiene hemorroides. Aléjese de personas que tengan enfermedades de las que se pueda contagiar, tales como es resfrío, la varicela, o sarampión. También trate de evitar las multitudes.
- No corte ni rasque las cutículas de sus uñas. Use crema para cutícula y removedor.

- Tenga mucho cuidado de no cortarse cuando use tijeras, agujas o cuchillos.
- Use un rasurador eléctrico en lugar de la navaja para prevenir cortes en su piel.
- Use un cepillo de dientes suave que no lastime sus encías.
- No se exprima los granos
- Tome un baño tibio (no caliente) de tina o ducha o báñese con la esponja diariamente. No se talle la piel. Use loción o aceite para suavizar y curar la piel si se pone muy seca o arrugada.
- Limpie las cortadas y rasguños inmediatamente con agua tibia, jabón y antiséptico.
- Use guantes protectores cuando esté trabajando en el jardín o limpiando a sus animales.
- No reciba ninguna vacuna sin autorización de su médico

Aún cuando tenga cuidado excesivo, puede llegar a tener una infección. Esté alerta a los signos que pudiera tener de una infección y cheque su cuerpo regularmente teniendo especial atención con sus ojos, nariz, boca, áreas genitales y rectas. Los síntomas de infección incluyen:

- Fiebre (temperatura de 38 C o más)
- Escalofríos
- Sudor
- Diarrea (esto también puede ser un efecto colateral de la quimioterapia)
- Una sensación de ardor al orinar
- Tos severa o garganta lastimada
- Flujo o picazón vaginal
- Color rojo o hinchazón especialmente alrededor de alguna herida, raspadura, grano o ampolla.

Informe inmediatamente a su médico cualquier signo de infección. Si tiene fiebre, no use aspirina ni ninguna otra medicina para bajársela sin antes haber consultado con su médico.⁴¹

Efectos sobre la piel y las uñas

Puede tener problemas menores en la piel mientras que está recibiendo quimioterapia. Los posibles efectos colaterales incluyen comezón, acné, que la piel se ponga rojiza, se pele o se seque. Sus uñas pueden volverse quebradizas o débiles y desarrollar líneas verticales o bandas.

Si tiene acné trate de mantener su cara limpia y seca y use cremas medicadas y jabones que se venden sin receta. Para la picazón aplique almidón de maíz como usaría cualquier talco. Para ayudar a evitar la sequedad tome regaderazos rápidos o baños de esponja más que baños largos y calientes. Aplique crema y loción mientras que su piel aún esté húmeda y evite perfumes, colonias o lociones que contengan alcohol.

Algunos medicamentos anticancerígenos, cuando se administran por vía intravenosa, pueden producir oscurecimiento de la piel a lo largo de la vena. Las áreas oscurecidas generalmente desaparecerán solas, pocos meses después que termine el tratamiento.

La exposición al sol puede incrementar los efectos de algunos medicamentos anticancerígenos. Hable con su enfermera acerca de usar una loción con filtro solar con factor 15 de protección para protegerse de los efectos del sol.

Sexualidad

Los sentimientos y las actitudes sexuales de la gente varían durante la quimioterapia. Algunas personas encuentran que se sienten más cerca que nunca de sus parejas y tienen un deseo cada vez mayor por tener actividad sexual. Otros experimentan poco o ningún cambio en su deseo sexual y su nivel de energía. Una tercera posibilidad es que el interés sexual decline debido al estrés físico y emocional de tener cáncer y estar recibiendo quimioterapia. Estas tensiones pueden incluir preocupaciones acerca de los cambios en la apariencia, ansiedad por el estado de salud, la familia o las finanzas, o efectos

⁴¹ *Ibidem*

colaterales que incluyen la fatiga y los cambios hormonales. Todo esto puede disminuir el deseo por la actividad sexual.

La quimioterapia puede traer grandes cambios a la vida de una persona.

Puede afectar la salud en general, amenazar el sentido de bienestar, interrumpir los itinerarios diarios y dificultar las relaciones personales. Es por ello que mucha gente se siente temerosa, ansiosa, enojada o deprimida en algún momento durante su quimioterapia.

Estas emociones son perfectamente normales y comprensibles, pero poco convenientes. Afortunadamente, existen formas de poder enfrentarse con estos “efectos colaterales” emotivos, tal como existen maneras de hacerle frente a los efectos colaterales físicos de la quimioterapia.

Puede usar varios métodos para poder hacerle frente a la tensión del cáncer de mama y tratamiento. Las técnicas descritas aquí pueden ayudarle a relajarse y a aliviar la náusea y vómito que llegará a sentir durante el tratamiento. Trate algunos de estos métodos para encontrar uno (o varios) que funcionen mejor con la paciente.

- Tensión y relajación muscular. Acuéstese en un lugar tranquilo. Respire lenta y profundamente. A medida que inhale, tense su músculo en particular o grupo de músculos. Por ejemplo, puede apretar sus ojos, su ceño, apretar sus dientes, los puños o sus brazos o piernas. Sostenga el aliento y mantenga sus músculos tensos por un segundo o dos. Después exhale, relaje la tensión y deje que su cuerpo se relaje completamente. Repita el proceso con otro músculo o grupo de músculos.
- También puede tratar una variación de este método, llamado “relajación progresiva”. Empiece con los dedos de un pie y trabajando hacia arriba, progresivamente vaya tensando y relajando todos los músculos de una pierna, después hago lo mismo con la otra pierna, después tense y relaje el resto de los grupos musculares en su cuerpo, incluyendo aquellos en su cuero cabelludo. Recuerde sostener el aliento mientras está tensionando sus músculos y exhalar cuando relaja la tensión.

- Respiración rítmica. Tome una posición cómoda y relaje todos sus músculos. Si mantiene los ojos abiertos, enfóquelos en un objeto distante. Si los tiene cerrados, imagine una escena pacífica o simplemente aquiete su mente y enfóquela en su respiración. Inhale y exhale lenta y cómodamente a través de su nariz. Si gusta puede mantener un ritmo constante diciéndose a si mismo “adentro, uno, dos; afuera, uno, dos”. Siéntese relajado y suéltese cada vez que exhale. Puede hacer esta técnica durante unos cuatro segundos o hasta 10 minutos. Termine su respiración rítmica contando lenta y silenciosamente del uno al tres. Para terminar, cuente lentamente hasta tres, respire profundamente, abra sus ojos y dígame a si mismo, “me siento alerta y relajado”.
- Distracción. Trate ver la TV, escuchar la radio, leer, ir al cine, o trabajar con sus manos, tejer, armar rompecabezas, o pintar. Se sorprenderá de ver qué rápido pasa el tiempo.

CAPITULO II. APLICACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

2.1 PRESENTACION DEL CASO

Femenina de 49 años de edad cursando postoperatorio inmediato de mastectomía radical de mama derecha consciente, orientada, ansiosa, en momentos se muestra indiferente al medio, con llanto fácil. Renuente a la ingesta de alimentos.

Signos vitales: TA 110/60 FC 92 FR 18 Temp 36 Saturando 95%

2.2 VALORACION DE ENFERMERIA POR APARATOS Y SISTEMAS

CABEZA. Normocefala, sin endostosis ni exostosis, cuero cabelludo sin problema, cabello negro chino largo bien implantado.

CARA. Facies de dolor, palidez de tegumentos, sin presencia de edema, simetría de pliegues frontales, sin datos de alteración en la movilidad de párpados y faciales ausencia de dolor a la palpación de senos paranasales, con alopecia por tatuaje en cejas, pestañas largas abundantes, sin edema palpebral, conjuntivas normales isocóricas, normorrefléxicas agudeza visual sin alteración. Nariz pequeña, recta, orificios nasales permeables, sin presencia de secreción, suelo de la nariz y cornete inferior visibles, sin malformación, ni presencia de pólipos, de color rosa tabique nasal centrado en la línea media, recto y grueso en su extremo anterior, no se observa perforación alguna. ni inestabilidad, cavidades nasales simétricas, sin compromiso respiratorio, no se observa aleteo nasal apoyada con oxígeno suplementario profiláctico a 3 litros por minuto, a la palpación sin dolor. Senos maxilares sin presencia de dolor

OIDOS. Simétricos de tamaño medio bien implantadas sin malformación, conducto auditivo interno permeable con presencia de cerumen paredes rosadas, no se observa nódulos, ni presencia de fístula, en ambos lóbulos con zonas de perforación (área de aretes), audición sin alteración bilateral.

BOCA. Mucosas orales semihidratadas, labios delgados tatuados, sin presencia de lesiones, con resequedad, encías rosadas no se observa gingivorragia, ni abscesos, dientes blancos con ausencia de 1 y 2 molar del lado derecho, lengua semihidratada, sin alteraciones en los movimientos en todas direcciones, piso bucal sin alteraciones, paladar duro y blando sin alteración, úvula rosada, amígdalas rosadas, reflejo nauseoso presente, sin llegar a la emesis.

CUELLO. Corto, sin presencia de plétora yugular, ni cicatrices, movimientos normales a la extensión y rotación, reflejo de deglución presente, sin palpar crepitaciones anterior y posterior, traquea con movilidad lateral y superior sin dolor, pulsos carotídeos y yugular palpables no se auscultan soplos, tiroides sin alteración adenomegalia ausentes submaxilares, yugular y cervical

TORAX. De forma normal sin alteraciones, línea media axilar izquierda sin adenomegalias, línea media axilar derecha herida quirúrgica con suturas sin datos de sangrado o hematoma, campos pulmonares anterior, posterior, laterales y apicales ventilados, no se auscultan estertores, amplexión y amplexación torácica rítmica sincrónica. Focos aórtico, pulmonar, tricuspídeo, mitral no se auscultan soplos, o ruidos agregados; mama izquierda sin presencia de retracción, piel de naranja, pezón bien formado, areola sin presencia de cicatriz o absceso; mama derecha ausente herida quirúrgica con puntos de sutura no hay dolor, rubicundez ni salida de líquido purulento, drenaje tipo biovac abocado a lecho quirúrgico, con gasto de serohemático 70 ml, vendaje torácico. Columna con curvaturas normales sin alteración, piel hidratada sin observar zonas de presión, a la palpación sin masas musculares, o crepitaciones, refiere dolor en dorso.

ABDOMEN. Piel hidratada, sin presencia de cicatrices. Ligera distensión abdominal, blando depresible, ausencia de panículo adiposo, no se palpa hepatomegalia, esplenomegalia o tumoración. Movimientos peristálticos disminuidos, la paciente refiere

estreñimiento, durante el turno no evacua, a la percusión cuadrante superior derecho e izquierdo matidez.

EXTREMIDADES SUPERIORES. Asimétricas, miembro superior derecho con edema +++, llenado capilar 3-4 segundos no se observa cianosis distal, eutérmico, incremento de la sensibilidad, la paciente refiere sensación de hormigueo del brazo, fuerza muscular media, movimiento limitado a la abducción, al movimiento refiere dolor, reflejo osteotendinoso no valorable la paciente no acepta. Miembro superior izquierdo sin edema, pulsos perceptibles rítmico

EXTREMIDADES INFERIORES. Simétricas piel hidratada, buen tono muscular sin compromiso neurocirculatorio (pulsos femoral, poplíteo, tibial y post y pedio presentes), eutérmicos, llenado capilar de 3 segundos, sin presencia de cianosis, edema ++, sin alteración en la sensibilidad, rodillas sin dolor al deslizamiento antero posterior sin limitación para el movimiento. Pelvis integra sin dolor al movimiento, ni limitación.

GENITALES. Correspondiente a edad y sexo, sin presencia de masas, ni dolor a la palpación, vello púbico de distribución normal en monte de Venus, labios mayores no se observa edema, ni leucorrea, sonda Foley con gasto urinario de 700 ml en 24 hrs.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

REALES

- a. Deterioro de la movilidad física relacionada con procedimiento quirúrgico manifestado por dolor al moverse.
- b. Alteración de la sensibilidad en el miembro superior derecho relacionado con lesión muscular y nerviosa manifestada por edema y sensación de hormigueo.
- c. Ansiedad relacionada a la reintegración familiar manifestada por temor al rechazo y no aceptación de su persona.
- d. Estreñimiento relacionado con cambios por baja ingesta de líquidos manifestado por distensión abdominal
- e. Alteración de la nutrición relacionada con indiferencia al medio manifestado por poca ingesta de alimentos y desagrado
- f. Alteración del sueño relacionado al dolor manifestado por incapacidad para conciliar el sueño.
- g. Alteración del estado emocional relacionado con pérdida de una parte del cuerpo manifestado por tristeza, expresión de sufrimiento ante el cambio de la imagen corporal.
- h. Dificultad para integrarse a las actividades cotidianas relacionada con la limitación del movimiento manifestado por incapacidad y dolor al movimiento del miembro afectado.

POTENCIALES

- a. Riesgo de alteración en la frecuencia respiratoria relacionado con los efectos de la anestesia

- b. Riesgo de infección de la herida quirúrgica relacionado con lesión tisular
- c. Riesgo de lesión cutánea relacionado con el edema
- d. Riesgo de deterioro de la salud relacionado con la falta de conocimiento acerca de los cuidados de la herida quirúrgica, y precauciones de miembro afectado
- e. Riesgo de hemorragia relacionado con el procedimiento quirúrgico
- f. Riesgo de lesión motora y sensitiva de miembro superior derecho relacionado con el drenaje.
- g. Posible complicación hídrica relacionada con la poca ingesta de líquidos manifestada por mucosas orales semihidratadas
- h. Riesgo de baja autoestima relacionado a la alteración de su imagen corporal
- i. Riesgo de deterioro del comportamiento sexual relacionado con alteración de su imagen corporal, manifestado por ansiedad y temor
- j. Riesgo de aislamiento social relacionado con la ansiedad, temor a la aceptación manifestada, llanto fácil, cambios de estado emocional
- k. Riesgo de aceptación del auto concepto relacionado con los cambios del estilo de vida
- l. Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con la pérdida de mama derecha

BIENESTAR

- a. Conductas generadoras de apego al programa de ejercicios físicos en casa para conservar la movilidad eficiente
- b. Conocimientos adecuados sobre complicaciones y cuidados para el buen manejo adecuado de drenaje en casa
- c. Conductas generadoras de salud para llevar a cabo una alimentación adecuada
- d. Conductas generadoras de buenas técnicas de relajación para mejorar el sueño

- e. Conductas generadoras de salud para su incorporación al 1er Grupo de apoyo de las mujeres con la misma condición para socializar experiencias de cuidado.
- f. Conductas generadoras de salud para la integración de la familia a las actividades del grupo de apoyo para fomentar la unión.
- g. Conductas generadoras de la salud para las prácticas espirituales respecto a su creencia religiosa y su condición actual para conservar la esperanza.

2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Reales

Problema 1. Movilidad

Diagnóstico de enfermería.- Deterioro de la movilidad física relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por dolor al movilizarse

Objetivo. Aumentar la movilidad de la persona y disminuir el dolor

| INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|---|
| Hacer abordaje a la administración de analgésico. | La administración adecuada optimiza la eficacia de los analgésicos la intravenoso es preferida para reducir el dolor y hacer máxima la absorción, sin embargo la IV puede producir efectos secundarios más profundos que las demás vías. | No se logro mitigar el dolor, y ansiedad de la paciente, hubo necesidad de cambiar analgésico |
| Reducir el miedo del paciente, explicar que es mejor favorecer cambios de posición por lo menos c/2horas | La pronta movilización favorece la cicatrización el dolor y coadyuva a la pronta recuperación | |
| Valorar signos vitales. | Los signos vitales son parámetros que nos pueden indicar el estado de salud integral de una persona | |
| . | | |
| Explicar a la persona y familia sobre técnicas para disminuir el dolor como: aromaterapia, musicoterapia, relajación, y técnicas de respiración | Estas terapias nos brindan excelente opción para disminuir el dolor sin la utilización de fármacos. | |

Problema 2- Compromiso neurovascular

Diagnóstico de enfermería.- Alteración de la sensibilidad en el miembro superior derecho relacionado con lesión muscular y nerviosa manifestada por edema y sensación de hormigueo.

Objetivo. Reducir y controlar la complicación neurovascular

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|---|
| Vigilar incremento de compromiso neurocirculatorio. | Los cambios de calor, temperatura, la sensibilidad y la calidad de los pulsos periféricos pueden indicar disminución del flujo arterial La lesión de la extremidad. requiere una cantidad de sangre para la circulación superior a la necesaria para mantener el tejido intacto, una extremidad con circulación comprometida puede no ser capaz de proporcionar la sangre adicional necesaria | Se logro aumentar la sensibilidad y disminuyo la sintomatología. |
| Comprobar el calor, la temperatura, la sensibilidad y la calidad de los pulsos | | |
| Mantener la extremidad caliente y reducir el riesgo de traumatismos | | |
| Explicar la necesidad de movimiento del miembro a donde tolere | Los movimientos frecuentes con el brazo afectado evitan el linfodema y las contracturas | Se logró que ella siguiera esta indicación porque de no haberlo hecho, se habría manifestado algún signo. |
| Proporcionar analgesia ketorolaco 1 gramo c/8hrs | Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la ciclooxigenasa y por lo tanto de la síntesis de prostaglandinas, sin tener efecto alguno sobre los receptores de los opiáceos | Mejoró el dolor con manejo de analgésico. |
| Mantener el miembro elevado con una almohada | En esta posición por la fuerza de gravedad se elimina el líquido por las vías linfáticas y venosas. Dicha posición es útil para evitar el linfedema. | Se logró evitar que presentara edema del miembro superior derecho. |

Problema 3: Ansiedad

Diagnóstico de enfermería.- Ansiedad relacionada a la reintegración familiar manifestada por temor al rechazo y no aceptación de su persona.

Objetivo. Lograr que la paciente disminuya su ansiedad.

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|--|
| Favorecer la interacción verbal con la persona para la estimulación de este, que exprese sus temores y preocupaciones. | Los individuos que experimentan enfermedades suelen tener miedo o ansiedad. Muchas experiencias asociadas a la enfermedad amenazan la situación física, social, financiera, emocional y espiritual produciendo tensión y aprehensión. La ansiedad es un sentimiento difuso, subjetivo, asociado a sentir incomodidad, impotencia, inseguridad y aislamiento. | Al proporcionar ayuda a la paciente a ser escuchada mejoro su ansiedad y estado de animo |

Problema 4: Dificultad para evacuar

Diagnóstico de enfermería.- Estreñimiento relacionado con cambios por baja ingesta de líquidos manifestado por distensión abdominal

Objetivo.- Favorecer la eliminación intestinal

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|--|
| <p>Valorar movimientos peristálticos.</p> <p>Promover los factores que contribuyan a una evacuación optima.</p> <p>Adecuada ingesta de líquidos, al menos 8 a 10 vasos (unos 2000ml.)</p> <p>Dieta equilibrada con alimentos altos en fibra (fruta fresca con piel, salvado, nueces y semillas, pan y cereal integrales, verduras cocidas y jugos de frutas).</p> | <p>La presencia de sonidos intestinales indica el retorno del peristaltismo.</p> <p>Una dieta bien equilibrada alta en fibra estimula el peristaltismo</p> <p>Es necesaria una ingesta suficiente de líquidos para mantener los patrones intestinales y promover una adecuada consistencia de las heces.</p> | <p>El resultado es satisfactorio, la paciente presentó evacuaciones blandas, después de 24 horas de las intervenciones de enfermería</p> |

Problema 5: Pérdida del apetito

Diagnóstico de enfermería.- Alteración de la nutrición relacionado por indiferencia al medio manifestado por poca ingesta de alimentos y desagrado

Objetivo.- Favorecer ingesta de alimentos de su agrado

| INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|---|
| Vigilar la ingesta de alimentos Incentivar a la paciente la ingesta de alimentos Vigilar presencia de náuseas, vomito. | La cicatrización de la herida quirúrgica requiere la suficiente ingesta de proteínas, hidratos de carbono, para la formación de fibroblastos y tejido de granulación y producción de colágeno. La función gastrointestinal se deteriora por anestesia, restricción de alimentos por vía oral e inmovilidad. | A pesar de que se le explicó la importancia de la ingesta de alimentos la paciente se muestra renuente para consumir alimentos. |

Problema 6: Insomnio

Diagnóstico de enfermería. Alteración del sueño relacionado al dolor manifestado por incapacidad para conciliar el sueño.

Objetivo.- Favorecer el descanso

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|--|
| <p>Recomendar el cambio de posición que disminuye el dolor y favorezca el descanso y sueño</p> <p>Disminuir en lo posible el ruido que favorezca el descanso y sueño.</p> <p>Técnicas simples de relajación como respiratorias.</p> <p>Frotamiento de la espalda antes de acostarse.</p> <p>Momentos de tranquilidad antes de ir acostarse como leer o ver televisión.</p> <p>Aplicación con horario de analgésico</p> | <p>Los cambios de posición modifican las zonas de presión modifican las zonas de presión y favorecen el descanso.</p> <p>Ofrece un entorno agradable que produce sueño. Ayuda a inducir el sueño favorece el funcionamiento mental, y disminuye la angustia y ansiedad-</p> <p>Inhibe la receptación de la serótina y de la norepinefrina en el SNC.</p> | <p>Se logró favorecer un buen descanso y sueño con las actividades ya mencionadas y el apoyo familiar.</p> |

Problema 7: Duelo

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del estado emocional relacionado con pérdida una parte del cuerpo manifestado por tristeza, expresión de sufrimiento ante el cambio de la imagen corporal

OBJETIVO: Disminuir la tristeza y favorecer la aceptación del cambio de imagen corporal-

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|---|
| <p>Apoyo emocional</p> <p>Orientar sobre grupos de apoyo y canalizar con personal de psicología</p> <p>Escuchar a la paciente en cuanto a sus necesidades</p> <p>Alentar el uso de fuentes espirituales.</p> | <p>La mastectomía supone una amenaza para la imagen corporal, la reacción emocional que tiene el paciente ante la operación depende en gran parte de cómo ella perciba sus efectos. Un diálogo abierto y franco puede ayudar a transmitir una esperanza realista</p> <p>Ayuda a las personas a encontrar un propósito a la vida a entender las vicisitudes de la misma y desarrollar sus relaciones con dios o con un poder mayor.</p> <p>Dentro del marco de referencia de la espiritualidad el individuo descubre verdades sobre sí mismo, el mundo y conceptos como amor, compasión, sabiduría, honestidad, compromiso, imaginación, reverencia y moralidad.</p> | <p>Disminuyeron sus dudas.</p> <p>Ella se desahogaba para no presentar un cuadro anímico peor al que ya tenía.</p> <p>Para ella, su Dios le ayudó a salir adelante y recuperarse.</p> |

Problema 8: Dificultad para la integración a las actividades cotidianas

Diagnóstico de Enfermería: Dificultad para integrarse a las actividades cotidianas relacionada con la limitación del movimiento manifestado por incapacidad y dolor al movimiento del miembro afectado

Objetivo.- Favorecer la adaptación a la nueva vida

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|---|
| <p>Enseñarle los ejercicios que ayudarán a disminuir el dolor y tener una pronta recuperación a sus actividades cotidianas.</p> <p>Que realice los ejercicios cuatro veces al día tomando descanso entre cada ejercicio.</p> | <p>Están diseñados para no causar dolor y ayudar a recuperar el movimiento normal y una pronta recuperación de los músculos. Deben hacerse lentamente y estirando los músculos con suavidad, es más importante ser regular y constante que fuerte y rápido</p> | <p>Siguió las indicaciones sugeridas para la su rehabilitación.</p> |

POTENCIALES

Problema 1

Diagnóstico de enfermería. Riesgo de alteración en la frecuencia respiratoria relacionado con la anestesia.

Objetivo. Evitar compromiso respiratorio

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|--|
| <p>Valorar estado respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar campos pulmonares. • Colocar puntas nasales. • Mantener posición semifowler. • Incentivar al paciente a hacer ejercicios respiratorios. | <p>En el periodo postoperatorio inmediato la hipo-ventilación y la disminución sensorial, que resulta de la depresión del SNC (Sistema Nervioso Central por sus siglas) por narcóticos y anestesia aumentan el riesgo de depresión respiratoria, incluso después de la recuperación de anestesia, el esfuerzo respiratorio se reduce debido a la fatiga dolor e inmovilidad, la posición semifowler mejora el patrón respiratorio, así como los ejercicios y el movimiento promueven la expansión pulmonar y movilización de secreciones, los ejercicios respiratorios con espirometría promueven una respiración profunda.</p> | <p>Se logró evitar compromiso respiratorio y se desteto la puntas nasales durante las primeras horas</p> |

PROBLEMA 2

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de infección de la herida quirúrgica relacionado con lesión tisular

Objetivo.- Que la persona no presente signos y síntomas de infección en la herida quirúrgica.

| INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|--|
| <p>Realizar curación, mantenerla limpia y seca. Enseñar al paciente a detectar datos de infección, dolor, inflamación, enrojecimiento, tumefacción y /o secreción purulenta Cubrir la herida quirúrgica. Administrar antibiótico preventivo según indicación médica.</p> | <p>La curación de las heridas fomenta la limpieza para prevenir infecciones al impedir la entrada de microorganismos patógenos. La correcta asistencia protege además la superficie cutánea de la maceración y excoiación por el contacto con exudado irritante. En la fase inflamatoria, las células polimorfas nucleares y los macrófagos infiltran la herida, estos últimos tienen una función fundamental en la eliminación de desechos y bacterias junto con los polimorfos nucleares, organizan los eventos que ocurren en el proceso durante el cual sana la lesión. Proteger la herida de una posible contaminación por bacterias de la atmosfera y reducir al mínimo, el paso de microorganismos de la herida al aire circulante.</p> | <p>Se mantuvo limpia y seca la herida quirúrgica durante la estancia hospitalaria y para evitar un proceso de infección Con las medidas universales de limpieza se evitó que se presentara infección.</p> |

Problema 3.

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de lesión cutánea relacionado con el edema. **Objetivo.-** Disminuir el riesgo de presentar una lesión cutánea.

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|---|
| <p>Masaje, elevación de miembros inferiores y vendaje Cambios de posición y ejercicios para mejorar la circulación periférica distal Evitar zonas de presión.</p> | <p>El masaje aumenta el riesgo sanguíneo y elimina en forma las toxinas del cuerpo tiene el poder de relajar la mente y el cuerpo Los ejercicios aceleran la recuperación de la función muscular y disminuye el dolor y otras molestias a largo plazo Es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel como consecuencia de la gravedad provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno potencialmente al paciente y externo.</p> | <p>Se logró evitar que presentara edema y complicaciones. Se evitó que presentara el riesgo de un miembro afectado.</p> |

Problema: 4

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de deterioro de la salud relacionado con la falta de conocimiento acerca de los cuidados de la herida quirúrgica, y precauciones de miembro afectado

Objetivo.- La Sra. Regina aprenderá cuidados de la herida quirúrgica y precauciones para evitar edema del miembro afectado

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|--|
| <p>Enseñarle el aseo de la herida quirúrgica y que la observe ante cualquier cambio</p> <p>Orientarla a que mantenga elevado su miembro superior derecho sobre una almohada</p> | <p>La curación de las heridas fomenta la limpieza para prevenir infecciones al impedir la entrada de microorganismos</p> <p>Dicha posición es útil para evitar el linfedema que puede ser una complicación postoperatoria</p> | <p>La paciente refiere estar mas orientada con las medidas que realiza para una mejor reincorporación a su vida diaria</p> |

Problema 5:

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de hemorragia relacionado con procedimiento quirúrgico

Objetivo.- La Sra Regina aplicara medidas preventivas para evitar una posible hemorragia

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|--|
| <p>Vigilar datos de sangrado o hematoma en herida quirúrgica</p> <p>Mantener vendaje compresivo torácico.</p> | <p>La compresión directa en la herida quirúrgica permite favorecer la hemostasia.</p> <p>El vendaje de sujeción permite una disminución de la inflamación de los tejidos favoreciendo una recuperación de la herida mas pronta</p> | <p>Durante el turno no se observan datos de sangrado ni hematoma se favoreció la hemostasia.</p> |

Problema 6

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de lesión motora y sensitiva de miembro superior derecho relacionado con drenaje

Objetivo. Evitar complicación motora del miembro

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|--|
| Elevar el brazo afectado con una almohada, mantener esta posición para facilitar el drenaje. | En esta posición por la fuerza de gravedad se elimina el líquido por las vías linfáticas y venosas. Dicha posición es útil para evitar el linfedema. | Resultados satisfactorios debido a que la paciente realiza las posiciones indicadas. |
| Vigilar permeabilidad del drenaje. | Al retirar líquido y tener una buena permeabilidad contribuye a reducir, el riesgo de infección y daño cutáneo. | |
| Ordeñar el drenaje si es necesario. | Es necesario vaciar y medir frecuentemente el contenido, a fin de mantener aspiración máxima y evitar tensión sobre los puntos de sutura. | Se logró que siguiera las indicaciones para el buen manejo de su drenaje. |

Problema 7.- Mucosas orales semihidratadas

Diagnóstico de enfermería.- Posible complicación hídrica relacionada con la poca ingesta de líquidos manifestada por mucosas orales semihidratadas

Objetivo.- Que la Sra Regina conserve la ingesta de líquidos para evitar alteraciones hídricas.

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|--|
| Restitución de líquidos y electrolitos por medio de soluciones parenterales y orales | El déficit del volumen de líquidos extracelular representa falta de agua y electrolitos, en las mismas porciones aproximadas en que estos entran normalmente al líquido extracelular. Este desequilibrio se le llama hipovolemia o deshidratación | Se corrigió la deshidratación de la paciente. |
| Ministración de solución hartman 1000mlp/8hras | Las soluciones parenterales o fluido terapia, tienen un papel importante en la asistencia médica y de enfermería del paciente posquirúrgico, ya que en una cirugía mayor como es la mastectomía, hay pérdida de grandes cantidades de líquidos y electrolitos. | Con la reposición de líquidos y electrolitos a través de soluciones isotónicas, se logró mantener una buena hidratación. |

Problema 8. Baja autoestima

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de baja autoestima relacionada con la alteración de su imagen corporal

Objetivo.-Que la persona mantenga un autoestima elevada.

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|--|
| <p>Ayudar a mejorar el concepto de la paciente sobre si misma</p> <p>Escuchar a la paciente</p> <p>Brindar apoyo emocional a la paciente y permitir el desahogo de su pena</p> <p>Estimular a la paciente para que hable sobre su aflicción y exprese sus sentimientos</p> <p>Lograr que la persona acuda a grupos de apoyo para su auto aceptación</p> | <p>Evitar sentimientos negativos hacia si misma y ayudar a enfrentar su enfermedad.</p> <p>Para proporcionar a la paciente afligida el tiempo y espacio suficiente para que exprese sus sentimientos Cuando los sentimientos se expresa o comparten con otros, los pánicos momentáneos resultan menos atemorizadores.</p> <p>La prótesis temporal mejora el aspecto y reduce la sensación de desequilibrio que puede existir tras la extirpación de una mama y puede ayudar a mitigar la ansiedad asociada a una alteración de la imagen corporal</p> <p>Esto puede ayudar a reducir el temor asociado a sentimientos tales como rechazo, repugnancia, abandono y perdida del atractivo.</p> | <p>La paciente verbalizo tener una autoestima elevada y dijo sentirse tranquila consigo misma.</p> |

Problema 9 Ansiedad, temor

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de deterioro del comportamiento sexual relacionado con alteración de su imagen corporal, manifestado por ansiedad y temor

Objetivo.- Que la Sra. y su pareja externen sus preocupaciones y estrechen la comunicación entre ambos.

| INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|---|
| Escuchar a la paciente y familiares expresar sus sentimientos y comentar abiertamente la pérdida. Animar a la paciente a expresar características personales positivas. Fomentar la superación del duelo. | La pérdida de una parte corporal puede originar sentimientos de impotencia y cólera y otras respuestas del duelo. La conversión abierta y franca puede ayudar al paciente y a sus familiares adaptarse a su nuevo estilo de vida, centrarse en características positivas aumenta la aceptación de uno mismo. La unión familiar es importante para ayudar a la paciente. | Busco reinsertarse en la sociedad a través de un proceso de concientización, aceptación y adaptación tras sufrir el trauma de verse mutilada. |

Problema 10.

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de aislamiento social relacionado a la ansiedad, temor a la aceptación manifestada, llanto fácil, cambios de estado emocional

Objetivo. Que la Sra. disminuya su ansiedad y el temor por medio de la verbalización de sus preocupaciones

| INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|---|
| Animar a la paciente a expresar sus preocupaciones y temores. Explicar los acontecimientos previstos tales como rutina, linfedema, alteraciones sensitivas después de la operación, entre muchos otros. | La valoración del nivel de conocimiento de la paciente identifica necesidades y orienta a la enfermera en la planificación de métodos y técnicas disponibles para el apoyo y adaptación. Explicar lo que debe esperar puede ayudar a mitigar el temor a lo desconocido y la ansiedad por los acontecimientos inesperados. | Está en proceso de aceptación y va en mejora. |

Problema 11: Negación del auto aceptación

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de aceptación del auto concepto relacionado con los cambios del estilo de vida

Objetivo.- Favorecer la auto aceptación

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|--|
| Enseñar el uso de prótesis, rehabilitación y ejercicios posturales. Informar a la paciente sobre los ejercicios a realizar. Orientarla a sus actividades de su nueva vida. | La finalidad de las prótesis es lograr un volumen en el lugar de la mastectomía y lograr una simetría en cuanto a su forma y posición. Los ejercicios pueden aumentar la circulación y ayudan a conservar la función. | La respuesta de la paciente fue satisfactoria al saber que puede usar una prótesis que le hará sentir mejor. |

Problema 12. Sufrimiento espiritual

Diagnóstico de enfermería.- Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con la pérdida de mama derecha

Objetivo.- Favorecer la auto aceptación de su persona

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|---|
| Informar a la paciente tratamientos posteriores a la mastectomía, Vigilar estados de animo Sugerir al medico canalizar con psicólogo | Esta información puede ayudar a aliviar y entender su padecimiento a reducir los miedos asociados a lo desconocido e inesperado A pesar de que las personas desean estar solas lo que en realidad quieren es hablar sobre su pérdida con las personas que los atienden | Dejó de pensar que su Dios la había abandonado. |

DIAGNOSTICOS DE BIENESTAR

Diagnóstico de enfermería.- Conductas generadoras de salud para continuar con el apego al programa de ejercicios físicos en casa para conservar la movilidad eficiente

Objetivo. Que logre una pronta recuperación y movilidad y que continúe con el programa de ejercicios físicos e casa para conservar la movilidad eficiente

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|--|
| <p>Desarrollar un programa de ejercicios y respiraciones:</p> <p>Realizar movimientos de flexo-extensión del hombro, codo, muñeca y dedos .Abducción muy suave de hombro.</p> <p>Rotaciones internas y externa en aducción del hombro</p> <p>Abra y cierre la mano del brazo afectado empúñela y después ábrala</p> <p>Llevarse la mano a la nuca</p> <p>Llevarse la mano a la cabeza y a la oreja contraria</p> <p>Poner los brazos en cruz</p> <p>Brazos en cruz a ala nuca</p> <p>Brazos en cruz y abrazo</p> <p>Contar baldosas e la pared de frente y de perfil que equivale a limpiar cristales, arreglar armario o estantería.</p> <p>Llevar la mano del brazo operado por detrás de su espalda a nivel de la cintura</p> <p>Repita los ejercicios cuantas veces desee y hágalo por lo menos cuatro veces al día.</p> | <p>El conocimiento y comprensión del comportamiento humano ayuda a disminuir o a evitar la ansiedad, el grado de movilidad de una articulación depende de los huesos, músculos, ligamentos y tendones que la unen, la actividad muscular tiene efecto favorable sobre las funciones corporales</p> | <p>Aceptó con entusiasmo dicha rehabilitación, realizando los ejercicios con los que ha mejorado paulatinamente la movilidad</p> |

Diagnóstico de enfermería.- Conocimientos adecuados sobre complicaciones y cuidados para el buen manejo adecuado de drenaje en casa

Objetivo. Que la Sra. comprenda y maneje correctamente el drenaje y siga reafirmando los conocimientos sobre complicaciones y cuidados

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|--|
| <p>Enseñar el manejo del vaciamiento de los drenajes y características de líquido y cantidad</p> <p>Identificar complicaciones como: fiebre, sensibilidad, cambio de color, salida de secreción o malestar</p> | <p>Al retirar líquido y tener una buena permeabilidad contribuye a reducir, el riesgo de infección y daño cutáneo. Es necesario vaciar y medir frecuentemente el contenido, a fin de mantener aspiración máxima y evitar tensión sobre los puntos de sutura.</p> <p>En la fase inflamatoria, las células polimorfas nucleares y los macrófagos infiltran la herida, estos últimos tienen una función fundamental en la eliminación de desechos y bacterias junto con los polimorfo nucleares, organizan los eventos que ocurren en el proceso durante el cual sana la lesión.</p> | <p>Se logró que la paciente realice estos cuidados en su domicilio</p> |

Diagnóstico de enfermería.- Conductas generadoras de salud para llevar a cabo una alimentación adecuada

Objetivo. Que la Sra. Continúe y refuerce los conocimientos sobre llevar a cabo una alimentación adecuada

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|---|
| <p>Orientación acerca del plato del buen comer</p> <p>Diseño de un plan alimenticio</p> | <p>Los nutrimentos o principios energéticos poseen función energética, reguladora y plástica según su naturaleza química. La nutrición esta determinada, por edad, actividad y estado fisiológico, para conservar el equilibrio hídrico y eliminar toxinas del organismo se requiere de un 70% de agua, una dieta equilibrada comprende de alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. Existen alteraciones orgánicas que requieren de la utilización de dietas específicas que contribuyan a la conservación y recuperación de la salud o bien el control de padecimiento.</p> | <p>Se le dio a conocer a la paciente cual su dieta adecuada. Se percibió entusiasmo</p> |

Diagnóstico de enfermería.- Conductas generadoras de buenas técnicas de relajación para mejorar el sueño

Objetivo. Lograr un descanso y sueño satisfactorios

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|---|
| <p>Educación acerca de técnicas de relajación</p> <p>Mantener el ciclo de luz y oscuridad</p> <p>Reducir los ruidos nocturnos</p> <p>Proporcionar ventilación adecuada a la habitación</p> <p>Enseñarles a los miembros de la familia a usar el masaje de espalda y otras medidas inductoras de confort para la paciente</p> <p>Estrategias para favorecer el sueño</p> | <p>El uso de luces amortiguadoras durante la noche favorecen el mantenimiento de un ciclo sueño-vigilancia mas normal</p> <p>El masaje aumenta el riesgo sanguíneo y elimina en forma las toxinas del cuerpo tiene el poder de relajar la mente y el cuerpo de vigorizarlo y estimularlo, alivia o disminuye el estrés produce bienestar e influye en nuestro espíritu, proporcionando una profunda sensación de paz y gozo interior</p> | <p>La paciente se siente satisfecha al aplicar las medidas con ayuda de sus familiares.</p> |

Diagnóstico de enfermería.- Conductas generadoras de salud para su incorporación al 1er grupo de apoyo de las mujeres con la misma condición para socializar experiencias de cuidado.

Objetivo. Que la Sra. logre una pronta recuperación, social y espiritual

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---------------------------------|--|--|
| <p>Acudir a grupos de apoyo</p> | <p>Ayudar a reducir el estrés, lo cual puede tener un impacto positivo en la salud. Además, las personas pueden beneficiarse enormemente de la información compartida que se lleva a cabo en un grupo de apoyo. Ellos pueden aprender cómo manejar sus síntomas, desarrollar mejores habilidades para lidiar y cómo comunicarse más efectivamente, Al asistir a grupos de apoyo, los compañeros, amigos y familiares también pueden aprender cómo ser más comprensivos y solidarios de sus seres queridos.</p> | <p>Mostró emoción y interés por acudir a los grupos de apoyo</p> |

Diagnóstico de enfermería.- Conductas generadoras de salud para la Integración de la familia a las actividades del grupo de apoyo para fomentar la unión.

Objetivo. Lograr el apoyo y la unión familiar

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|---|
| Orientar a la familia para su integración a las actividades de los grupos de apoyo | Fomenta la unión y el apoyo mutuamente para que la familia sepa afrontar este problema, y manejar la situación de manera muy directa, por eso hay que trabajar con la familia y enseñarle los cuidados y apoyo para así ayudar después al enfermo | Se logró la cooperación de los familiares con aceptación para su familiar |

Diagnóstico de enfermería.- Conductas generadoras de salud para las prácticas espirituales respecto a su creencia religiosa y su condición actual para conservar la esperanza

Objetivo Que las prácticas espirituales fortalezcan sus creencias para una pronta recuperación

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|--|
| Promover el bienestar al tratar de satisfacer las necesidades espirituales Brindar atención, respeto y aceptación en momentos que lo requiera la persona | Una fe religiosa o un sentido de espiritualidad fuertes pueden tener un impacto positivo sobre la salud, la espiritualidad también es un componente de la esperanza y encuentra fortaleza emocional en sus tradiciones religiosas o creencias espirituales. | Se logró con la ayuda de su religión estar con mejor animo a su problema |

CONCLUSIONES

El desarrollo del presente trabajo, me permitió aplicar las fases de valoración, planeación, ejecución y evaluación, realizar funciones de asistencia, y educación para la salud, se pudo identificar y tratar respuestas humanas tanto física, psicosocial y espiritual del paciente.

A través de plan de atención se tuvo una estructura sistemática para tratar de cubrir, las necesidades de la paciente, permitió ejecutar las actividades en una secuencia ordenada, por lo que las necesidades de la paciente fueron solucionados en su gran mayoría dando como resultado que se estabilizara y egresara satisfactoriamente

El plan de atención y cuidados es elemento fundamental en las actividades diarias de los profesionales de enfermería, que participan en el cuidado individual y de calidad al individuo, familia y comunidad, favoreciendo las condiciones de vida.

SUGERENCIAS

Sugerir al médico trata ante una valoración al servicio de psicología antes y después del procedimiento quirúrgico, para contribuir a una mejor aceptación a la pérdida de una parte de su cuerpo de la paciente.

Que el Proceso Atención de Enfermería sea una herramienta útil de programación para los cuidados enfermeros.

Que se realice una valoración al final de los cuidados proporcionados a la paciente con el fin de detectar aciertos a si como errores para futuras experiencias.

Que se continúe esta modalidad para la titulación del curso complementario para la licenciatura en enfermería ya que contribuye a la profesionalización de la misma.

GLOSARIO

AUTOESTIMA: Es la opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismo y que sobre pesa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo.

AUTOIMAGEN: La visión que una persona tiene de sí misma.

AUTONOMIA: Persona que no depende de nadie.

ADINAMIA: Falta o pérdida de la fuerza normal.

ALOPECIA: Perdida o caída del pelo.

ATIPIA: Signo histológico de malignización.

AMASTIAS: Falta completa de las mamas.

ANGUSTIA: Temor morboso ante un peligro.

ATELIA: Falta congénita del pezón.

BIPOSIA: Examen en microscopio de un fragmento cortado de un órgano vivo.

CALIDAD DE VIDA: Concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social. Como es percibido por cada individuo y por cada grupo. Depende de las características del medio ambiente en que el proceso tiene lugar.

CÁNCER DE MAMA: Tumor maligno que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria. Es una tumoración mamaria, indolora que puede adherirse a la piel y ocasionar retracción, engrosamiento de la piel, aspecto de la piel de naranja y salida de secreción a través del pezón.

CANCERÍGENO: Que provoca el desarrollo de un cáncer.

CÉLULA: Es la unidad estructural y funcional de los seres vivos.

CITOLOGÍA: Parte de la historia que forma de las células.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: Estudio de las células exfoliadas de un órgano.

CUIDADOS PALIATIVOS: Consisten en la asistencia a pacientes en los que no hay posibilidades de curación pero se pretende mejorar su calidad de vida. No consiste solo en el tratamiento del dolor sino que incluye el tratamiento de muchos más síntomas, junto con aspectos psicológicos, familiares, etc.

EDEMA: Acumulación abundante de líquido cero albuminoso en el tejido celular.

ENDOSTOSIS: Osificación de un cartílago.

ENFERMEDAD INCURABLE AVANZADA: enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida con respuesta variable al tratamiento específico que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.

ENFERMEDAD TERMINAL: Estado de salud incurable e irreversible.

EPITELIO: Capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo.

ETIOLOGÍA: Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de la enfermedad.

EXCREENCIA: Tumor de cualquier naturaleza saliente en la superficie de un órgano.

EXFOLIACIÓN: Desprendimiento de partes superficiales de cualquier estructura.

EXOSTOSIS: Hipertrofia parcial, circunscrita a la superficie de un hueso.

EXTRACELULAR: Compartimiento, todos los líquidos del organismo localizados fuera de las células.

EXSUDADO: Sustancia líquida o semi- líquida que fluye o trasuda de algún sitio.

FIBROADENOMA: Tumor benigno nodular frecuente en la mama, también en ovario, endometrio y endocérvix.

FIBROSIS: Formación de tejido fibroso.

FOBIA: Miedo irrazonable de alguna cosa o estado en particular.

FROTIS: Capa delgada de sustancia que se extiende en un portaobjetos para examen microscópico.

GLÁNDULA: Órgano secreto.

GLUCOTICORTE: Cualquier hormona adrenocortical que estimula la gluconeogénesis.

GRASA: Ester glicérido de ácido graso saturado.

HEMATOCRITO: Volumen porcentual de glóbulos rojos en sangre total.

HEMOGLOBINA: Pigmento portador de oxígeno en los eritrocitos.

HEMORRAGIA: Pérdida considerable de sangre de los vasos.
HIPERPLASIA: Aumento del número de células.

HIPERTROFIA: Agrandamiento o crecimiento excesivo de un órgano o por aumento de tamaño de las células que los constituyen.

HORMONA: Sustancia química producida por un órgano o glándula endocrina que tiene un efecto regulador específico en una o más funciones metabólicas.

MALIGNIDAD: Son células cancerosas o patológicas que tienen la capacidad de diseminarse, invadir y destruir tejidos. Estas células pueden recurrir en tejidos localizados y en otros tejidos si son resistentes al tratamiento.

MASTALGIA: Dolor en la glándula mamaria.

MASTOPATIA FIBROQUISTICA: Es la enfermedad más frecuente de la glándula mamaria, propia de la tercera y cuarta décadas de la vida.

MENOPAUSIA: Es un término médico que designa la fecha de la última menstruación de una mujer,. Es un paso en un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo.

METASTASIS: Transmisión de enfermedad de un órgano a otro con el cual no está directamente comunicado, en particular, respecto a células cancerosas.

MIOMA: Tumor compuesto de tejido muscular.

NECROSIS: Es la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que ha provocado una lesión tan grave que no se puede reparar o curar.

NEOPLASIA: Tumor.

NÓDULO: Agrupación de células.

ONCÓGENO: Que produce tumor.

ONCOLOGÍA: Estudio sistemático de los tumores.

PALIATIVO: Medicamento que proporciona alivio, pero que no cura.

PARENQUIMA: Parte de un órgano o tejido compuesto por células que realizan la función específica del órgano.

QUIMIOTERAPIA: Es, de forma general, cualquier tratamiento médico basado en la administración de sustancias químicas (fármacos). En medicina se llama tratamiento quimioterápico al que se administra para curar la tuberculosis, algunas enfermedades autoinmunes y el cáncer.

RADIOTERAPIA: Es una forma de tratamiento basado en el empleo de

radiaciones ionizantes (rayos X o radiactividad, la que incluye los rayos gamma y las partículas alfa.

RESECCIÓN: Excisión de un órgano, o alguna otra estructura.

SARCOMA: Cáncer que se origina en tejido conectivo.

SEROSA: Membrana que cubre una cavidad cerrada.

TOMOGRAFÍA: Radiografía por secciones corporales.

ULCERACIÓN: Necrosis productora de úlcera superficial.

BIBLIOGRAFÍA

- Archundia, A. (2007). *Educación quirúrgica*. Méndez. P. 24
- Atkinson, Leslie. (1997). *Guía clínica para la planificación de los cuidados*. McGrawHill Interamericana. p. 518
- Barbaricca, M. *Serie medicamentos esenciales y tecnología*. Organización Panamericana de la Salud. Pag .- 63-67
- Boletín Oncológico. *Cuidados tras el alta hospitalaria*. [Fuente Electrónica]. (Rescatado el día 15 de octubre de 2010). <http://www.boloncol.com/boletin-13/mastectomia-cuidados-tras-el-alta-hospitalaria.html>
- Cárdenas, M. *Teorías y modelos de enfermería*. UNAM. P. 315
- Colliere, M. Françoise (1982). *Promover la vida*. McGrawHill Interamericana. p. 395
- Crane, Rebeca. *Oncológica Clínica*. McGrawHill Interamericana
- De Vita, H. (2000). *Cáncer principios y práctica de oncología*. P. 1774.
- Harrison, *Principios de medicina interna*. McGrawHill p. 1914
- Hernández, C. J. (2003). *Historias de enfermería*. McGrawHill Interamericana. p. 1177.
- INC Manual de Oncología: *Procedimientos Médico Quirúrgicos*. McGrawHill p. 315
- Jullcarpenio, L. *Planes cuidados y documentación de enfermería*. McGrawHill p. 87-93.
- King, M. (1984). *Inmugene, enfermería como profesión*. Limusa S.A. p. 58
- Kozier, Bárbara (1999). *Fundamentos de enfermería*. McGrawHill Interamericana. p. 964
- Lippicont. *Enfermería práctica*. McGrawHill. Pag. 82-83
- Marriner, T. Ann. (1999). *Modelos y teorías de enfermería*. McGrawHill Interamericana. p. 825
- Mondragón, H. (1999). *Gineco- obstetricia elemental*. Trillas. (17-24)
- Murray, M. (1996). *Proceso de atención de enfermería*. McGrawHill. P. 225
- Organización Panamericana de la Salud, (1996). *Manual de la American Cancer Society, Oncología Clínica* . Gerald P. Murphy

- Otto, Shirley E. (1997). *Enfermería Oncológica*. Ed. Harcoute / océano: España P84 y 118
- Phaneuf, Margot. (1999) *La planeación de los cuidados de enfermería*. McGrawHill Interamericana.
- Potter, A. Patricia. (2001). *Fundamentos de enfermería*. Editorial HARCOUT. p. 1007
- *Procedimientos quirúrgicos*. Tomo 2. Pag. 547-564
- Roper, P. Nancy Logan. *Modelos de enfermería interamericana*. McGrawHill Interamericana. p. 359
- Rosales, Susana. (1999). *Fundamentos de enfermería*. Manual moderno. p. 556
- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
- Shirley E. Otto. (1987). *Enfermería Oncológica*. Ed. Harcoute / océano. P. 84
- Tortora, J. (1996). *Principios de la anatomía y fisiología*. OXFORD. P. 999.
- Trujillo, Román Torres. *Tumores de mama diagnóstico y tratamiento*. McGrawHill Interamericana
- Weiss (1997). *Oncología clínica*. El manual moderno. P. 178
- Wilson, S. *Transtornos respiratorios*. Mosby. P. 22-32.

ANEXOS

Perfil del paciente

Nombre: _____

Edad: _____

Lugar de origen: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Escolaridad _____

Religión _____

Familiar responsable: _____

Ambiente físico:

Características físicas: . _____

Habitación con buena ventilación e iluminación.

Propia () Rentada () Prestada () No. de habitantes (3) _____

Tipo de construcción: _____

Domésticos: _____

Servicios Sanitarios:

Agua intradomiciliaria () Hidrante público () _____

Otros _____

Fecalismo: _____

Eliminación de desechos:

Control de basura: _____

Drenaje: () Fosa séptica: () Otros: () _____

Vías de comunicación.

Pavimentación: () Colectivos: () Teléfono:(_____

Carreteras: () Camiones: () Taxi: () _____

Carro particular: () _____

Recursos sobre la salud.

Centro de Salud: _____ () I.M.S.S. () I.S.S.S.T.E. () _____

Consultorio particular: () _____ Otros: _____

Hábitos higiénicos – dietéticos.

Aseo:

Baño: .

De manos:

Bucal:

Cambio de ropa:

Alimentación.

Carne:

Huevos:

Verduras:

Leche:

Frutas:

Tortillas:

Leguminosas:

Pan:

Pastas:

Agua:

Eliminación:

Horario y características:

Intestinal _____

Vesical: _____

Descanso:

Frecuencia _____
Sueño: _____
Diversión y deporte: _____
Trabajo: _____
Otros: _____

Composición familiar.

| Parentesco | Edad | Ocupación | Participación económica |
|------------|------|-----------|-------------------------|
| | | | |

Dinámica familiar: _____

Dinámica social: _____

Comportamiento: _____

*Agresiva: * Indiferente: * Coherente: * Negativa:

* Cooperadora: * Conflictiva: * Tranquila:

Antecedentes personales no patológicos.

*Grupo y Rh: _____

*Tabaquismo. _____

*Alcoholismo: _____

*Fármaco – dependencia _____

Antecedentes personales patológicos:

*Diabetes:

*Epilepsia:

*HTA:

*Cardiopatía: .

*Neuropatía:

*Enf. Infecto-contagiosa: .

*Toxoplasmosis:

Antecedentes quirúrgicos:

*septoplastia

*Cesáreas:

*Antecedentes transfusionales:

*Antecedentes traumáticos:

*Otros: _____

Antecedentes heredo familiares:

*Sífilis:

*Sida:

*Malformaciones congénitas:

*Consanguinidad:

*Retraso mental:

Hipertensión.

*Diabetes:

Neoplasia:

*Cardiopatía:

*Neuropatía:

Digestivo:

*apetito normal:

*vomito:

*Meteorismo:

*Diarrea:

*Disminución de apetito:

*Nauseas:

*Distensión:

*pirosis:

*Dolor abdominal:

*ruidos perist:

*Disfagia:

*Regurgitaciones:

*Constipación:

*prurito anal:

Genitourinario:

Dolor:

Disuria:

Tenesmo:

Piuria:

Poliuria:

Disuria:

Dismenorrea:

Prurito:

Leucorrea

Características:

Hematuria:

Escurrecimiento uretral:

Patología mamaria:

Nervioso

*cefalea:

*Aislamiento:

*Inconsciencia:

*Temblores:

*Insomnio:

*Anisocoría:

*Depresión:

*falta de memoria:

*Midriasis:

*Ansiedad.

Observaciones:

Músculo esquelético:

Deformidades óseas, articulares y musculares.

*Crepitación:

*Aumento de peso:

*Hipertricosis:

*Hipertiroidismo:

*Mialgias:

*Polidipsia:

*Sudoración:

Polifagia:

*Artralgia

*Várices:

*Diabetes:

*Pérdida de peso:

Otros: _____

Piel, anexos y Órganos de los sentidos

| | | |
|-----------------|--------------|-----------|
| *Pigmentación: | *Dermatosis: | *Otorrea: |
| *Conjuntivitis: | *Epistaxis: | *Edema: |
| *Hipoacusia: | *Dolor: | *Acné: |
| *Turgencia: | *Prurito: | |
| *Alergias: | | |

Antecedentes Gineco – obstétricos.

| | |
|--------------------|------------|
| *Menarca: | *Puberta |
| *Gestas: | *Abortos |
| *Ciclos: regulares | *FUR: |
| *Paras: | *Cesáreas: |

Prueba de CA CU:

Duración:

Dismenorréica:

Incapacitante:

EXPLORACION FISICA

Peso actual:

Estatura:

Pulso:

Tensión arterial:

Temperatura:

Respiración:

Saturación:

Inspección

Palpación

Percusión

Auscultación

Problema o padecimiento actual: