

A

00 921
64



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA



EL CASO DE UNA PACIENTE MASTECTOMIZADA (POS
OPERATORIO INMEDIATO), EN PROCESO ATENCION DE
ENFERMERIA Y EL CONCEPTO DE ROL DE ASESORA-
MIENTO DE HILDEGARD PEPLAU

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

JAVIER GARCIA CAMPOS

NO. DE CUENTA 9027755 - 7

DIRECTOR DEL TRABAJO: MTRA. ROSA MA. OSTIGUIN MELENDEZ

MEXICO, D. F., FEBRERO DEL 2003



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.

EL CASO DE UNA PACIENTE MASTECTOMIZADA (POS OPERATORIO INMEDIATO), EN PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EL CONCEPTO DE ROL DE ASESORAMIENTO DE HILDEGARD PEPLAU

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA :

Javier Garcia Campos

No. DE CUENTA 9027755-7

DIRECTOR DEL TRABAJO

Rosa Ma. Ostiguin Meléndez
MTRA. Rosa Ma. Ostiguin Meléndez



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

Se a la Dirección General de Bibliotecas de la
AM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: García Campos
Javier

FECHA: 26 de febrero 2003

MA: RS

X

**EL CASO DE UNA PACIENTE MASTECTOMIZADA (POS OPERATORIO
INMEDIATO), EN PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EL CONCEPTO
DE ROL DE ASESORAMIENTO DE HILDEGARD PEPLAU**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA :
Javier Garcia Campos
No. DE CUENTA 9027755-7**

DIRECTOR DEL TRABAJO

MTRA. Rosa Ma. Ostiguin Meléndez

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
Objetivo	6
1. Metodología de trabajo	8
2. Marco teórico	
2.1 Proceso de atención de enfermería	
2.2 Relación entre las etapas	11
2.3 Postulación teórica de Hildegard Peplau:	15
<i>Relaciones interpersonales</i>	
2.4 El modelo de Peplau y los cuatro elementos del metaparadigma	21
2.5 Anatomía y fisiología de la glándula mamaria	22
2.6 Fisiopatología de cáncer de mama	27
2.6.1 Concepto	33
2.6.2 Etiología	34
2.6.3 Cuadro clínico	35
2.6.4 Métodos de diagnóstico	36
2.6.5 Tratamiento médico	44
2.6.6 Complicaciones	51
3. Proceso de atención de enfermería	54
3.1 Valoración	55
3.2 Plan de cuidados: diagnóstico, intervención evaluación	59
4. Conclusiones y sugerencias	67
Anexos	
* Guía de visita domiciliaria	
* Referencias bibliográficas	
* Glosario de términos	

AGRADECIMIENTOS

Solo quiero agradecer a: D.I.O.S

Ya que sin él yo no hubiese tenido a los padres que tengo, por que ellos lograron que yo tuviese una buena educación y que llega hasta el final de ella por mi bienestar, y sobre todo por que nunca han perdido la confianza en mí.

Por que tengo a los mejores hermanos del mundo Lorena; Gloria; Daniel y Magdalena.

Así como a mis sobrinos: Alfredo; Daniel, Fabrina, Oldair y a Valery.

A mi Novia que a estado conmigo en las buenas y malas:

*A mis cuñados Ignacio; Gabriela; George†, Dulce y Gustavo.
También por los maestros que él me dio, ya que sin ellos yo no sería lo que ahora soy mil gracias por sus enseñanzas; en especial a Rosa María por que siempre me ha motivado a triunfar y a seguir adelante pero sobre todo por creer en mí.*

Solo resta decir Gracias D.I.O.S por toda esta vida que me has dejado disfrutar; espero ser útil a tu palabra. Te imploro Señor a que estés conmigo en todo momento como hasta ahora para dar una excelente atención a todos los enfermos que puedan necesitar de mí; y ayúdame Señor a triunfar hoy mañana y siempre.

Gracias Padre.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una afectación de la glándula, trastorno que se atribuye a la disminución de los elementos ovulares (HORMONAS FOLICULARES: ESTROGENOS) de manera natural o por afectaciones agregadas, no existe en si una etiología específica, más bien una gama de factores de riesgo que puede predisponer la posibilidad de la aparición del trastorno; La manera como se presenta por lo general es a través de la aparición de un pequeño nódulo, el cual independientemente de que produzca secreciones o no, debe de ser evaluado para determinar su naturaleza, ya sea a través de formas de diagnóstico con poca afectación de la integridad hasta métodos invasivos y altamente agresivos.

La afectación cuando es atacada en estadios tempranos permite un mejor pronóstico integral, lo cual es contrario a estadios avanzados en donde de acuerdo a las estadísticas se tiene un mayor índice de mortalidad.

De acuerdo con el último censo mundial realizado en 1998 y 1999; el cáncer invasor de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres y constituye el 24% de todas las neoplasias, en México es la 2a. neoplasia mas frecuente del total de cánceres diagnosticados en la población general; según datos registrados del centro histopatológico de las neoplasias de México. Esto dentro de la realidad hospitalaria que me a tocaba observar dentro de mi formación profesional y en base a la investigación realizada se ve reflejado con un índice de hospitalización de 30% por semana de dicho padecimiento.

Debido a lo anterior es necesaria la participación del equipo interdisciplinario dentro de los diferentes niveles de atención para poder incidir directamente sobre los altos índices presentados actualmente, donde el personal de Enfermería tiene un papel importante desde la prevención hasta la limitación del daño e incluso etapas posteriores a la muerte al poder realizar extensión a la familia.

Centrándonos con dicha estrategia, no solo en la menopausia o el climaterio sino también incidiendo en las mujeres jóvenes de la familia.

El presente estudio se realiza por el interés despertado, dada la frecuencia con que se vio durante la etapa formativa, por lo cual lo considero un tópico digno de ser retomado, ya que es un problema grave de salud pública, debido a su incidencia tan alta así como el aumento del índice de mortalidad 1322 por 1000.000 habitantes de acuerdo *Surveillance Epidemiology and Results Seer*.

En México es alto el costo social y económico de su tratamiento sin considerar las condiciones de incapacidad; lo cual obliga al personal de Enfermería a actualizar sus conocimientos para no solo brindar atención al paciente sino vislumbrar otras propuestas de cuidado como es el caso de este estudio al determinar como modelo guía el postulado por Peplau, con lo cual hacemos partícipe al paciente y a su familia del compromiso y cuidado a su salud.

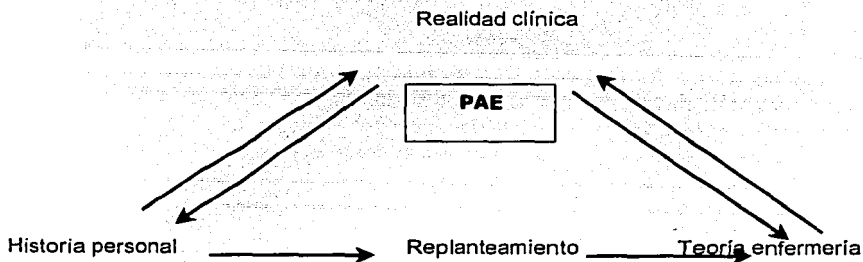
El presente estudio está organizado en capítulos : que van desde el señalamiento de la metodología, la explicación de los elementos bajo los cuales por una parte se van a sustentar las intervenciones de Enfermería y por otra el marco bajo el cual se debe de analizar el estudio. Hasta el diseño de las intervenciones específicas de Enfermería ante el paciente, para finalizar con las conclusiones y sugerencias.

CAPITULO 1

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La propuesta metodológica pretende llevar a cabo la confrontación progresiva entre la realidad clínica, la teoría y la historia personal del individuo; elementos que favorecerán el desarrollo del proceso de cuidado a partir de la identificación de las particularidades de la persona.

Es por ello que, para obtener el alcance de la propuesta de seguir avanzando en la construcción del conocimiento es necesario tomar en cuenta el siguiente organizador previo:



OBJETIVOS

I. OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería bajo la filosofía de Peplau como una alternativa de abordaje integral del cuidado en la persona con cáncer mamario.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar formas de cuidado enfermero relacionado a la asesoría en personas con enfermedad terminal .
- Favorecer el ejercicio aplicativo del Proceso Atención de Enfermería en un caso clínico, conjugando conceptos de teorías disciplinares.
- Proporcionar cuidado de enfermería a la personas con necesidades de apoyo.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso atención de Enfermería es el método Enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso-paciente-concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado; de acuerdo a palabras de Alfaro "es el método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados".

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados en forma racional, lógico, y sistemático. (<http://teletelneterra.espersonal/duenas/pae.htm>) Consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Las funciones del Proceso Atención de Enfermería es ayudar a las Enfermeras a determinar cuidados de forma sistemática y organizada. Las funciones que cumple por una parte en las **instituciones** en las que se desarrollan la actividad enfermero (propagandística, racionalidad y políticas); y por otra las funciones que cumple para el propio sujeto que servirá dicho método de **intervención durante el desarrollo** de su propia profesión, esto es, para el profesional de enfermería (satisfacer, logro, organizar y facilitar) (HERNÁNDEZ, 1999)

El PAE, pretende establecer planes de cuidados de Enfermería para individuos, familia y comunidad de la mejor calidad, calidez y eficiencia, así como identificar las necesidades reales o potenciales de los individuos y la coparticipación en sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Sin perder de vista el promover, mantener o recuperar la salud, o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica cuando su estado es terminal.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- **Valoración.** Consiste en la recolección de datos que concierne a la persona, familia y comunidad, (HERNÁNDEZ, 1999) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. Es la base para las decisiones y actuaciones posteriores. (ROSA LINDA A.,1995)
- **Diagnóstico.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración; (HERNÁNDEZ, 1999) determinar las capacidades y los problemas de salud reales y potenciales (que serán la base del plan de cuidados). También determinará qué problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de Enfermería y qué problemas requerirán actuaciones de otro profesional de los cuidados de la salud. (ROSA LINDA A.,1995)
- **Planificación.** Es el desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. (HERNÁNDEZ, 1999) Una vez identificadas las capacidades y problemas, se desarrollará un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud. La planificación incluye las siguientes actividades:

 - Disposición de prioridades:* ¿Qué problemas necesitan atención inmediata? ¿Qué problemas deben abordarse en el plan de cuidados? ¿Qué problemas deben derivarse? ¿Y en qué orden planea hacer todo esto?
 - Determinación de objetivos:* ¿Qué es exactamente lo que la enfermera y el paciente esperan conseguir y en qué momento esperan lograrlo?
 - Decisión de las intervenciones de Enfermería:* ¿Qué acciones de enfermería y actividades del paciente ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido?

Anotación del plan de cuidados de Enfermería: otras enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados prescrito y los objetivos que se esperan lograr. (ROSA LINDA A., 1995)

- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, (HERNÁNDEZ, 1999) lo que implica las siguientes actividades:

Seguir recogiendo información sobre el paciente para determinar cómo ha respondido a las acciones e identificar nuevos problemas.

Realizar las actividades prescritas durante la fase de planificación.

Anotar y comunicar el estado de salud del paciente en respuesta a las actividades de Enfermería. en tanto que el (la) enfermera no estará allí las 24 horas del día y otras Enfermeras y profesionales de la salud necesitan conocer cómo evoluciona el paciente y cómo se está actuando en el plan de cuidados.

- **Evaluación.** Comparar las respuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. (HERNÁNDEZ, 1999) Usted y el paciente deben decidir si el plan ha sido efectivo y si hay que hacer algún cambio en el mismo. Usted debe responder a las siguientes preguntas:

¿Usted y el paciente han alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planificación? Si es así. ¿se han desarrollado nuevos problemas que aún no se han orientado? ¿Podría haber avanzado más de lo previsto en un principio? ¿Debería fijar nuevos objetivos? ¿Qué es lo que ha hecho que el plan funcionase? ¿Podía haberse hecho alguna otra cosa para facilitar el plan?

¿Han logrado los objetivos sólo parcialmente o no los han logrado en absoluto? En tal caso. ¿por qué no los han logrado? ¿Los objetivos eran realistas? ¿El paciente estaba de acuerdo con ellos? ¿Aún son importantes

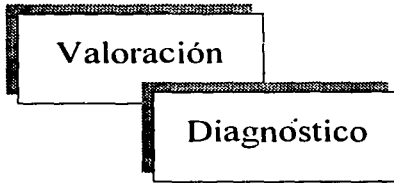
esos objetivos? ¿Han surgido otros problemas que le hayan impedido progresar? ¿Se prescribieron los cuidados adecuados? ¿Se realizaron las intervenciones tal como estaban prescritas? ¿Qué cambios va a introducir? (ROSA LINDA A.,1995)

2.2 RELACIONES ENTRE LAS ETAPAS DEL PROCESO

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO. A medida que trabaje con el Proceso Atención de Enfermería encontrará que las dos primeras etapas la valoración y el diagnóstico se solapan de forma significativa. Esto es, a medida que reúne los datos empieza a interpretar su significado, incluso aunque aún no tenga "una imagen global del conjunto".

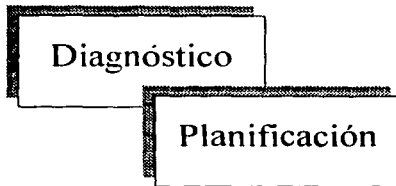
Hay quien ve el diagnóstico como un paso dentro de la fase de valoración, e incluso usa los términos de forma indistinta. Estas personas pueden preguntarle "¿cuál es su valoración?" en lugar de "¿cuál es su diagnóstico?". Para nuestros propósitos, contemplaremos las fases de valoración y diagnóstico como dos etapas separadas pero estrechamente relacionadas y solapadas. La valoración consistirá en asegurarse de que dispone de todas las piezas correctas, del rompecabezas que son necesarias para identificar el estado de salud de un individuo. El diagnóstico consistirá en reunir todas las "piezas del rompecabezas" de forma que se evidencie una imagen clara del estado de salud.

Fijese como los siguientes diagramas muestran la estrecha relación entre la valoración y el diagnóstico.



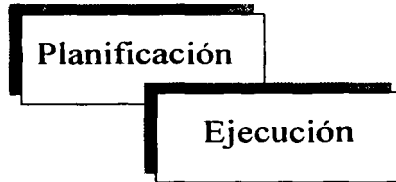
DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN. El diagnóstico está estrechamente relacionado con la planificación porque los objetivos que se definen durante la etapa de planificación se derivan directamente de los problemas que ha diagnosticado. Los cuidados que se planifican están diseñadas para aliviar o prevenir los problemas, al tiempo que se usan los recursos.

El diagnóstico y la planificación pueden solaparse porque hay veces en que debe actuarse de forma rápida desarrollando y ejecutando un plan mental de acción antes de tener tiempo de identificar todos los problemas. Por ejemplo, si identifica un problema que ponga en peligro la vida, debería trazarse con rapidez un plan mental para la acción inmediata. Una vez controlada la situación podrá analizar los datos con mayor profundidad. El siguiente diagrama ilustra la relación entre el diagnóstico y la planificación :



PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN. La planificación y la ejecución están estrechamente relacionadas por dos razones:

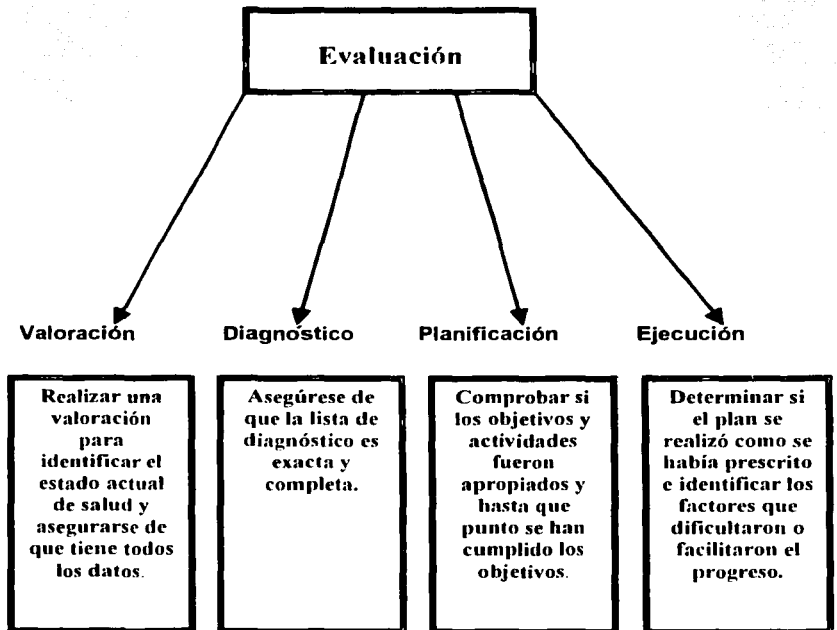
- 1.- Las acciones que realiza durante la ejecución están guiadas por el plan que se ha diseñado.
- 2.- Como ya he mencionado antes, habrá momentos en que tendrá que planificar y ejecutar rápidamente acciones de Enfermería, antes de haber desarrollado todo el plan. El siguiente diagrama muestra la relación entre la planificación y la ejecución:



EVALUACIÓN Y DEMÁS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. La evaluación está claramente relacionada con la etapa de planificación porque, asumiendo que los diagnósticos son exactos y los objetivos apropiados, la cuestión última a responder durante esta fase es: "¿se han logrado los objetivos marcados durante la fase de planificación?". No obstante, puesto que no podemos asumir que los diagnósticos son precisos y los objetivos apropiados, necesitamos identificar lo que ha ayudado o impedido el progreso; la evaluación implica todo lo siguiente:

- ❖ Realizar una valoración completa para determinar el estado actual de salud de la persona y para asegurarse de que no se ha olvidado ningún dato.
- ❖ Comprobar que los diagnósticos son correctos y completos (que ha nombrado correctamente los problemas y no ha omitido ninguno).

- ❖ Cerciorarse de que ha diseñado un plan de cuidados eficaz (que los objetivos y cuidados fueron los apropiados, y que ha usado y reforzado las capacidades).
Decidir si el plan de cuidados realmente se llevó a cabo e identificar los factores que hayan facilitado o dificultado el progreso.
- ❖ Modificar o dar finalidad al plan según esté indicado, dependiendo de los resultados de las actividades anteriores.
- ❖ El diagrama siguiente ilustra como la evaluación está relacionada con todas las etapas previas del Proceso Atención de Enfermería. (ROSA LINDA A., 1995)



2.3 POSTULACIÓN TEÓRICA DE HILDEGARD PEPLAU : RELACIONES INTERPERSONALES

ENFERMERÍA PSICODINÁMICA: Peplau define la Enfermería psicodinámica debido a que su modelo se refiere sobre todo a este tipo de Enfermería. "La Enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia".

Peplau desarrolla su modelo describiendo los conceptos estructurales del proceso interpersonal, que constituyen las fases de la relación Enfermero (a)-paciente. Considera esto como base de la Enfermería psicodinámica.

CREENCIALES Y TRAYECTORIAS

- A)** Hildergard Peplau comenzó su carrera profesional en 1931 después de obtener la diplomatura en Enfermería en la Hospital School of Nursing de Pottstown (Pasadena).
- B)** En 1943 recibió el título de Especialidad en psicología interpersonal por el Bennington College, de Vermont.
- C)** En 1947 obtuvo el Título de Maestría en Enfermería psiquiátrica; en 1953 se doctoró en educación Enfermera en el Teachers College, de la Universidad de Columbia, Nueva York.
- D)** Ha desempeñado puestos en el ejército de los Estados Unidos, hospitales generales y privados, en investigación, docencia y práctica privada de Enfermería psiquiátrica.

- E) La primera publicación de1 modelo del Peplau fue en 1952, en *Interpersonal Relation in Nursing*.
- 1.- Consideró a su libro como una teoría parcial para la práctica Enfermera.
 - 2.- El libro se reimprimió en 1988.
- F) En el desarrollo de su modelo, Peplau estuvo entregada a la incorporación de un conocimiento concreto a su trabajo.
- 1.- Hizo incorporaciones de las ciencias de la conducta así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fromm, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller.
 - 2.- Integró en su modelo las teorías psicoanalítica, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría Enfermera era algo relativamente novedoso.
 - 3.- Desarrolló el primer currículum conceptual para la licenciatura de ciencias en el programa de Enfermería de la Universidad de Rutgers.

FUENTES TEÓRICAS

La naturaleza de la ciencia de la Enfermería se refiere al **"cuerpo de conocimientos comprobados que se encuentran dentro de la disciplina de la Enfermería..., (esto es) fundamentalmente los conocimientos de las ciencias biológicas y conductuales "**. La **"síntesis, reorganización o extensión de los conceptos tomados de las ciencias básicas y aplicadas, que al ser reformados tienden a convertirse en nuevos conceptos"**, ha hecho crecer la ciencia de la Enfermería. De ello se deriva la evolución de la teoría de Peplau sobre las relaciones interpersonales. (SPRINGHOUSE 1997)

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual y de lo que podría denominarse **modelo psicológico**. El modelo psicológico " permite al

Enfermo/a iniciar un alejamiento de la orientación a la enfermedad hacia otra orientación que permita estudiar e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de Enfermería. Esto da a los Enfermeros (as) la oportunidad de enseñar a los pacientes como experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos". El sistema conceptual de las relaciones interpersonales está encaminado al desarrollo de la capacidad de los Enfermeros (as) para emplear estos conceptos. Harry Stack Sullivan, Percival Simonds, Abraham Maslow y Bela Mittleman y Neal Eigar Miller, son algunas de las principales fuentes que Peplau utilizó para desarrollar su sistema conceptual.

Algunas de las concepciones terapéuticas defendidas por estos teóricos parten directamente de los trabajos de Freud y Fromm. Peplau tuvo que incorporar conocimientos establecidos a su sistema conceptual, desarrollando así un modelo de Enfermería basado en la teoría.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES PRINCIPALES:

Relación enfermera paciente

Peplau describe cuatro fases de la relación enfermera – paciente. Aunque son separadas, se superponen y se producen a lo largo de la relación.

1. **ORIENTACIÓN** : Durante la fase de orientación, el individuo tiene una "necesidad percibida" y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y a entender su problema, y a determinar su necesidad de ayuda.
2. **IDENTIFICACIÓN** : El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (posibilidad de asociación). La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad como

una experiencia que reorienta aquellos y fortalece las fuerzas positivas de la personalidad, además de proporcionar la satisfacción necesitada.

3. **APROVECHAMIENTO** : Durante la fase de aprovechamiento el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que ofrece a través de la relación. En esta fase pueden proyectarse nuevas metas que se alcanzarán mediante el esfuerzo personal, y la fuerza se desplaza de la enfermera al paciente al tiempo que éste pospone la gratificación a fin de alcanzar las metas recién formuladas.
4. **RESOLUCIÓN** : Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan las nuevas. Éste es un proceso durante el cual el paciente se libera de su identificación con la enfermera.

Rol de enfermería.

Peplau describe seis funciones de la enfermería, distintas entre sí, que se manifiestan durante las diversas fases de la relación enfermera – paciente.

FUNCIÓN DE DESCONOCIDA. Es la primera función o papel que desempeña la enfermera. Peplau señala que, dado que enfermera y paciente se desconocen, el paciente debe recibir un trato cortés normal. En otras palabras, la enfermera no debe juzgar al paciente, sino aceptarlo tal como es. Durante esta fase impersonal, la enfermera debe considerar al paciente como un individuo emocionalmente capacitado, a menos que la evidencia indique lo contrario. Esto coincide con la fase de identificación.

FUNCIÓN DE PERSONA RECURSO. En esta función la enfermera ofrece respuestas específicas a las preguntas, en especial las relacionadas con la salud, y explica al paciente el plan médico o tratamiento al que será sometido. Estas preguntas pueden surgir en el contexto de un problema de mayor amplitud. La

enfermera determina que tipo de respuestas es apropiada para el aprendizaje constructivo, bien sea una respuesta directa a los hechos, o de naturaleza orientativa.

FUNCIÓN DE ENSEÑANTE. La función de enseñante viene a ser una combinación de todas las funciones, y "siempre procede de lo que el paciente sabe y . . . de lo que se desarrolla en su beneficio por querer usar . . . la información, así como su capacidad de hacerlo".

Separa esta función en dos categorías: la *instructiva*, que consiste primordialmente en proporcionar información y es el método explicado en la literatura educativa, y la de *experiencia*, que consiste en "utilizar la experiencia del que aprende como base a partir de la cual generar productos del aprendizaje". Los productos del aprendizaje son generalizaciones y valoraciones que el aprendizaje hace de sus experiencias.

FUNCIÓN DE LIDERAZGO. La función de liderazgo entraña un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a cumplir con las tareas que debe realizar a través de una relación de cooperación y participación activa.

FUNCIÓN DE SUSTITUTO. El paciente se proyecta en la enfermera que asume una función de sustituta o vicaria. Las actitudes y conductas de la enfermera generan en el paciente registros emocionales que reactivan sentimientos surgidos en una relación anterior. La función de la enfermera consiste en ayudar al paciente a reconocer similitudes entre ella y la persona que el paciente recuerda. Ayudará entonces al paciente a ver las diferencias entre su función y la de la persona recordada. En esta fase, tanto el paciente como la enfermera definen áreas de dependencia, independencia, y, finalmente, de interdependencia.

FUNCIÓN DE CONSEJERA. Peplau considera que la función orientadora es la de mayor importancia en enfermería psiquiátrica. En la relación enfermera - paciente, el asesoramiento funciona de acuerdo con el modo con que la enfermera responde a las exigencias del paciente. Peplau dice que el propósito de las técnicas

interpersonales es ayudar "al paciente a recordar y comprender íntegramente lo que le está sucediendo en la situación que vive, de tal forma que la experiencia pueda ser integrada y no disociada de otras experiencias que haya vivido".

EXPERIENCIAS PSICBIOLÓGICAS

Peplau describió cuatro experiencias psicobiológicas: *necesidad, frustración, conflicto y ansiedad*. Estas experiencias proporcionan una energía que se transforma en algún tipo de acción. Peplau se vale de conceptos teóricos ajenos a la Enfermería para identificar y explicar estas experiencias que impulsan a respuestas destructivas o constructivas por parte de las enfermeras y los pacientes. Este conocimiento proporciona una base tanto para la fijación de metas como para las intervenciones de enfermería.

SUPUESTOS PRINCIPALES

Peplau identifica dos supuestos explícitos:

1. La personalidad de la enfermera marca una sustancial diferencia respecto a lo que el paciente aprenderá mientras reciba cuidados de Enfermería.
2. Fomentar el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de la Enfermería y de la enseñanza de la Enfermería. Esta disciplina utiliza principios y métodos que orientan el proceso hacia la solución de problemas interpersonales.

Un supuesto implícito afirma: "La profesión de Enfermería tiene la responsabilidad legal del ejercicio eficaz de la Enfermería y de sus consecuencias para el paciente. (MARRINER, 1989)

EL MODELO DE PEPLAU Y LOS CUATRO CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA

PERSONA

Se define como un individuo; Peplau no incluye a las familias, grupos ni comunidades.

Se describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Vive en equilibrio inestable.

ENTORNO

Peplau no lo define de forma explícita.

Explica que la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando ubicando al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.

SALUD

Se describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad.

Consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL.

ENFERMERÍA

- I. Es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud.
- II. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.
- III. Consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema.

- IV. Contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas.
- V. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; Según Peplau, tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación.
- VI. Avanza desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro. (SPRINGHOUSE, 1997)

2.5 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA GLANDULA MAMARIA

"Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas modificadas de tipo alveolo tubular que producen leche. (TORTORA, 1997) Constituye un órgano par situado en la pared torácica anterior, superficialmente sobre los músculos pectoral mayor y serrato. Se localiza centralmente y está rodeado por la areola; se extiende desde la segunda y tercera costilla hasta la sexta y séptima, desde el borde esternal hacia la línea axilar media. (SEIDEL, 1997)

La mama tiene una forma cónica protuberante distintiva y singular: en otros primates las mamas son comparativamente planas, incluso en la preñez y la lactancia, esta forma cónica es más pronunciada en las mujeres nulípara jóvenes y ha medida que avanza la edad las mamas suelen aplanarse un poco y tornarse péndulas semi-esféricas y menos firmes. (MONDRAGÓN, 1995)

La mama se divide en cinco segmentos: cuatro cuadrantes y una cola. Casi todo el tejido glandular se encuentra en el cuadrante supero externo. El tejido mamario se extiende desde este cuadrante hacia la axila, formando la cola de Spence.

La glándula mamaria esta compuesta por tejido glandular y fibroso, así como por grasa subcutánea y retromamaria. El tejido glandular está dispuesto en 15 o 20 lóbulos por mama, que irradia desde el pezón. Cada lóbulo está formado a su vez por 20 a 40 lobulillos integrados por las células acinares productoras de leche que desemboca en los conductos galactóforos. Estas células son de pequeño tamaño e incospicuas en la mujer no gestante y no lactante.

La capa de tejido fibroso subcutáneo proporciona apoyo para la mama. Los ligamentos suspensores (ligamentos de Cooper), se extiende desde el tejido conjuntivo a través del tejido mamario hasta insertarse en la fascia muscular subyacente, proporcionando así un apoyo adicional para la mama. Los músculos que forman el suelo de la mama son el pectoral mayor, el pectoral menor, el serrato anterior, el *latissimus dorsi*, el subescapular, el oblicuo externo y el recto del abdomen.

La grasa subcutánea retro mamaria que rodea el tejido glandular constituye la mayor parte de la masa de la mama. Las proporciones de cada uno de los tejidos integrantes de la mama varían con la edad, el estado nutricional, la gestación, la lactancia y la predisposición genética.

El sistema de conductos madura, se produce un extenso depósito de grasa y la areola y el pezón crecen y se pigmentan; Las glándulas mamarias experimentan una nueva apariencia en la ovulación y la formación del cuerpo amarillo.

" Las etapas del desarrollo mamario se describen como etapas de Tanner 1 a 5. La etapa 1 describe una mama prepuberal; la etapa 2 una mama primordial, o primer signo de la pubertad en la mujer; la etapa 3 comprende el crecimiento del tejido mamario y la areola (tejido oscuro que rodea al pezón), y la etapa 4 ocurre cuando el pezón y la areola forman una elevación del tejido mamario. La etapa 5 consiste en una glándula mamaria más grande con un solo contorno". (MONDRAGÓN, 1995)

El pezón es una papila situada en el centro de la areola; en su vértice se observa de 15 a 25 orificios por donde se desembocan los conductos galatóforos, el área subareolar contiene fibras musculares lisas dispuestas en forma circular y radial formando círculos concéntricos la mayor parte del pezón consiste en fibras musculares lisas dispuestas en forma circular y longitudinal, ambos responden a los cambios climáticos y orgánicos con contracciones: erección y relajación, flacidez, dentro de los datos que se consideran presuncionales para un embarazo se encuentra la hiperpigmentación del areola y el crecimiento y fácil visualización de los tubérculos de Montgomery. (TORTORA, 1997)

La glándula mamaria dentro de su constitución anatómica hace distinguir 3 aspectos importantes, la glándula mamaria propiamente dicha, su envoltura célula adiposa y su envoltura cutánea.

La glándula está formada por ácinos secretores, conductores excretores y tejidos conjuntivo intersticial siendo en conjunto una glándula tubo acinosa;

- A) Los ácinos secretores se agrupan en número de 10 a 100 ó más, en torno de un conducto colector, dando origen al lobulillo. Los ácinos se encuentran revestidos por una capa de células mio epiteliales que proveen un mecanismo muscular para expulsar la leche desde los ácinos y conductillos. La agrupación de ácinos va a dar origen a los lóbulos, que en número de 20 a 25 desembocan cada uno en un conducto excretor propio, que termina en el pezón.
- B) Los conductos colectores se inician en los conductores intra lobulares que van a desembocar a conductos inter lobulares, los cuales desembocan en los conductos galactóforos que al llegar a la base del pezón, se agrandan para formar los senos lactíferos, los cuales se dilatan y sirven de depósitos para la leche en el amamantamiento.
- C) El tejido conectivo forma parte de la envoltura celulo adiposa que le da sostén a la glándula. La envoltura cutánea está formada por la piel que cubre totalmente la

cara anterior de la glándula y posee tres zonas. Una cubre el pezón, otra a la areola y el resto constituye la zona periférica.

La glándula se halla irrigada por arterias procedentes de la mamaria interna, de las torácicas y de las intercostales. " Las venas que nacen de las redes capilares forman una red subcutánea que al nivel de la areola origina el círculo venoso de Haller; estas redes superficiales se unen con la red abdominal superficial para desembocar a las venas satélites de las arterias de origen". (TORTORA, 1997)

Cada mama cuenta con su eje de drenaje linfático que se extiende radialmente y hacia las capas más profundas en dirección a los conductos linfáticos subyacentes. Los linfáticos superficiales se encargan del drenaje linfático de la piel y los profundos del drenaje de los lóbulos mamarios. (SEIDEL, 1997)

Los nervios de la glándula proceden de los cinco intercostales correspondientes, del supraclavicular y del plexo cervical superficial. Se distribuyen por la piel y los músculos areolares, vasos sanguíneos y la misma glándula. (MONDRAGÓN, 1995)

Del pezón, en que desembocan los conductos galactóforos, están situados en la zona central de la mama y rodeado por la parte pigmentada conocida como areola. El pezón esta formado por tejido epitelial infiltrado de fibras, de músculo liso circulares y longitudinales. Las contracciones de este músculo liso, inducidas por estímulos táctiles, sensoriales o autóxicos producen la erección del pezón y hacen que los conductos galactóforos se vacíen. La erección del pezón está asistida adicionalmente por la congestión venosa de tejido vascular eréctil. En la superficie de la areola pueden observarse pequeñas glándulas sebáceas (tubérculos o folículos de Montgomery). En el perímetro de la areola también pueden observarse algunos folículos pilosos. (SEIDEL, 1997)

La principal función de las mamas es proporcionar alimento y protección contra cierto tipo de enfermedades a la descendencia, mediante la producción de leche. La leche materna es la principal fuente de nutrición para casi todos los recién nacidos.

Para comprender mejor los eventos asociados para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia, la dividiremos en mamogénesis o desarrollo mamario, lactogénesis o iniciación de la secreción láctea, y la galactopoyesis, o mantenimiento de la producción láctea.

Mamogénesis: El tejido mamario presenta una serie de cambios estructurales desde el nacimiento hasta la senectud. Como mencionamos previamente, es posible observar cierta actividad secretoria de la glándula al nacimiento, condicionada por el estímulo hormonal del embarazo, tiempo después de involución e inactividad hasta la pubertad, donde se desarrolla de manera acentuada.

"Lactogénesis: Durante el embarazo se reúnen las condiciones hormonales que son necesarias como un paso previo a la lactancia: aumento en los niveles circulantes de estrógenos, progesterona, prolactina y lactógeno placentario, los cuales alcanzan su nivel máximo al término de la gestación. Con la expulsión de la placenta, se produce una caída brusca en la concentración sanguínea de éstas hormonas, lo que aunado al estímulo del pezón producido por el recién nacido al iniciarse el amamantamiento, conducirá finalmente a la síntesis y secreción de la leche".

Galactopoyesis: El mantenimiento de la producción de leche después del parto depende de la acción conjunta de factores de la hipófisis anterior (prolactina) y posterior (oxitocina). (MONDRAGÓN, 1995)

2.6 FISIOPATOLOGÍA DEL CANCER DE MAMA

A lo largo de la escala biológica los procesos reproductivos se van haciendo cada vez más complejos, en la mujer, desde la formación del ovario en el embrión,

queda definitivamente determinado el número de folículos que habrán de formarse (unos 400,000 al nacimiento). Durante la infancia existen pequeños brotes de maduración folicular que no llegan a su completo desarrollo pero que definitivamente van disminuyendo la riqueza folicular del ovario en forma tal que al llegar a la pubertad solo queda la mitad de los folículos originales; de allí en adelante seguirá disminuyendo en un número constante para cada ciclo, al llegar a la fecundación interna con oviparidad y posteriormente a la viviparidad, se modifica la relación recíproca entre el volumen del soma y el de la gónada que se va haciendo más grande a favor del primero pero, al mismo tiempo la gónada adquiere la capacidad de producir esteroides que modifican y regulan muchas funciones somáticas independientes de la reproducción, cuya alteración puede repercutir seriamente en la salud del organismo como un todo." (MONDRAGÓN, 1995)

Finalmente cuando quedan ya muy pocos la función ovárica declina en un grado suficiente para considerar que ha dejado de producir sus elementos característicos, tanto óvulos como hormonas foliculares (estrógenos). A veces la suspensión de la función ovárica es brusca y no paulatina, como en el caso de la castración quirúrgica o radioterápica indicada por diversas razones. Por lo tanto se puede hablar de menopausia espontánea y menopausia artificial. Al hablar de la menopausia es necesario referirnos al climaterio debido a que son fenómenos relacionados la mayoría de las veces, ya que esta última comprende una época previa a la desaparición de las reglas y una época posterior a esta. Para ubicarnos en primera instancia es necesario conocer que la menopausia es la fecha en que se presenta la menstruación por última vez en la vida de la mujer, después de la cual no vuelve a aparecer normalmente ningún sangrado genital. Suele presentarse en nuestro medio en una edad que oscila entre los 40 y 45 años. La menopausia no solo indica el final de la edad reproductiva, sino que además suele ocurrir aproximadamente al mismo tiempo en que los hijos de la mujer salen del hogar y toman su propio camino, principio de la época de abuela y en un momento en que los padres de la mujer mueren, también es época en que ocurre un cambio en las

relaciones sexuales del matrimonio (desecho de temores ó perdida progresiva de interés), existe también un mayor tiempo que abocan a darse cuenta de la disminución de sus capacidades.

En segunda instancia el climaterio (latín climatericus = escalón) es la época en la cual disminuye la actividad ovárica hasta desaparecer y en la que el organismo debe alcanzar un nuevo equilibrio al disminuir drásticamente la producción de esteroides, dentro de ella no existe una correlación absolutamente comprobada de esto con la edad, número de hijos, etc.

Cabe destacar que la mujer parece ser la única hembra que sobrevive un periodo importante después del cese de la función ovárica aproximadamente 70 años o más (mas de una tercera parte de su vida total) actualmente, tomándose por ejemplo el hecho de que la supervivencia era cerca de 23 años en la época romana.

Aunque existen estudios aislados de hembras de varias especies mantenidas en cautiverio y bien observadas en que hay cierta supervivencia a diferencia de en estado libre donde parece que la hembra sucumbe poco tiempo después del cese de su capacidad reproductiva.

Por lo tanto parece que el climaterio, como tal, es privativo de la especie humana, actualmente mas acentuado debido a que la pirámide poblacional se invierte con un mayor número de habitantes dentro de edades avanzadas debido al avance de la ciencia y la tecnología, por lo cual se hace necesario tomar más en cuenta y ocuparse de las implicaciones fisiológicas y psicológicas de este suceso biológico.

Siendo el climaterio un fenómeno fisiológico, con frecuencia se presentan alteraciones en su desarrollo que dan lugar a la aparición de síntomas molestos que son motivos de consulta y deben ser correctamente manejados para impedir que se agraven o para evitar que, por error, se establezcan terapias inadecuadas o innecesarias.

Conforme se ha mencionado anteriormente la función de los estrógenos va mucho mas allá de intervenir en los procesos reproductivos y tiene una gran influencia en el equilibrio homeostático del organismo en su conjunto. Para poder entender lo que produce la falta de estrógenos es necesario recordar brevemente cuales son las acciones normales de estos dentro de la economía, enlistándose brevemente de la siguiente manera:

I. INFLUENCIA DE LOS ESTROGENOS SOBRE EL METABOLISMO GENERAL.

A) Sobre el metabolismo proteico:

- 1.- Hacen retener nitrógeno.
- 2.- Aumentan la proteína de los huesos.
- 3.- Aumentan la proteína de la dermis.
- 4.- Aumentan la proteína transportadora de corticoides (transcortin).
- 5.- Aumentan la incorporación de "unidades monocarboxilicas" en los aminoácidos.

B) Sobre el metabolismo de los lípidos:

- 1.- Favorecen la producción de grasas neutras.
- 2.- Disminuyen el colesterol circulante.
- 3.- Disminuyen las B - lipoproteínas.
- 4.- Aumentan las lipoproteínas.
- 5.- Retardan la aterosclerosis.
- 6.- Producen distribución "feminoide" de la grasa corporal.

C) Sobre el metabolismo de los carbohidratos:

- 1.- En ratas tienen efecto diabético.
- 2.- En la mujer es dudoso un efecto antidiabético.
- 3.- Parecen favorecer la tendencia a la cetosis.

D) Sobre el metabolismo del agua y electrolitos:

- 1.- Retienen sodio.
- 2.- Hacen perder potasio.
- 3.- Retienen agua.
- 4.- Retienen calcio.
- 5.- Retienen fósforo.

E) Sobre diversas enzimas y cofactores:

- 1.- Aumentan el monofosfato de adenosina (AMP) y se "activan" los carboxilos de los aminoácidos.
- 2.- Aumentan la actividad de la deshidrogenasa isocítrica.
- 3.- Aumentan la actividad de la deshidrogenasa láctica.
- 4.- Aumentan los requerimientos de AMP y ATP.

II INFLUENCIA DE LOS ESTROGENOS EN EL APARATO GENITAL.**A) Sobre ovario:**

- 1.- Aumentan la vascularización.
- 2.- Inhiben la fijación de la gonadotropina luteinizante sobre el folículo.
- 3.- No parecen modificar la función del cuerpo lúteo preformado.

B) Sobre la trompa de Falopio:

- 1.- Hacer crecer el epitelio.
- 2.- Aumentan la secreción de mucina.
- 3.- Causan contracciones rítmicas.

C) Sobre el útero:

- 1.- El estrógeno se concentra en el tejido.
- 2.- Aumenta la inhibición acuosa (¿modificación de membranas?).
- 3.- Aumenta la síntesis de ácido ribonucleico (1 hora después de su inyección)
- 4.- Aumenta la utilización de aminoácidos (alanina, serina, lisina, triptófano).
- 5.- Aumenta la síntesis de ácido desoxirribonucleico (a las 72 horas de su inyección).
- 6.- Aumenta la utilización de oxígeno.
- 7.- Aumenta la utilización de fósforo.
- 8.- Aumenta la reactividad de la oxitocina.
- 9.- Hacen proliferar el endometrio.

D) Sobre el endocervix:

- 1.- Inducen la proliferación del epitelio.
- 2.- El moco cervical se vuelve: abundante, filante, transparente, arborizante.
- 3.- Aumentan la producción del cloruro de sodio.
- 4.- Aumentan el ácido ciálico en el moco.

E) Sobre la vagina:

- 1.- Se concentran en el espesor de la pared.
- 2.- Inducen proliferación del epitelio (12 horas)
- 3.- Inducen la producción de glucógeno.
- 4.- Aumenta la fosfatasa alcalina.
- 5.- Favorecen la queratinización.
- 6.- Son bloqueados localmente por andrógenos y antiestrógenos (¿competencia de sustrato?).

F) Sobre la glándula mamaria (en presencia de hipófisis):

- 1.- Desarrollo solo de conductos, en la perra.
- 2.- Desarrollo de conductos y unos cuantos acini, en los roedores y en la mujer.
- 3.- Desarrollo alveolar completo con producción de leche en la cobaya, mona, cabra, vaca y oveja.

III INFLUENCIA DE LOS ESTRÓGENOS SOBRE LAS GLÁNDULAS ENDÓCRINAS.**A) Sobre la hipófisis:**

- 1.- Se concentran en las células acidófilas.
- 2.- Pueden producir a largo plazo adenoma cromóforo.
- 3.- Pueden producir adenoma acidófilo.
- 4.- Disminuyen el número de células gonadotrópicas.
- 5.- Hacen bajar la producción de FSH.
- 6.- Hacen aumentar la producción de LH y TSH.
- 7.- Disminuyen la liberación de LTH.
- 8.- Disminuyen la producción de STH.

B) Sobre la glándula tiroidea:

- 1.- Producen un discreto grado de hiperplasia.
- 2.- Aumentan el contenido de medio del coloide.
- 3.- Aumentan a captación de I-131.
- 4.- Aumentan el yodo proteico del plasma.
- 5.- No se modifica el metabolismo basal.

C) Sobre la corteza suprarrenal:

- 1.- Hacen aumentar el peso total.
- 2.- Hacen desaparecer la "zona X".
- 3.- Aumentan los "corticoides" plasmáticos.
- 4.- Disminuyen levemente los 17 – cetosteroides urinarios.

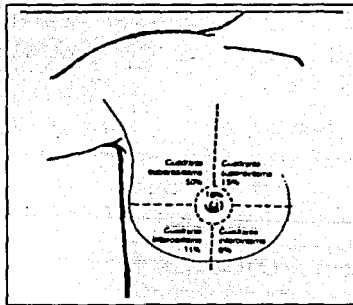
2.6.1 CONCEPTO : CANCER DE MAMA

Es una formación exagerada, anormal, progresiva, sin control de las células en el tejido mamario, cuyo crecimiento excede y no esta coordinado con los tejidos normales y persiste igualmente de un modo excesivo después del cese de estímulos que provocan el cambio.

Su incidencia aumenta exponencialmente con la edad desde la tercera hasta la quinta década de vida y alcanza un segundo máximo a los 65 años, lo que hace pensar que el cáncer de mama en mujeres premenopáusicas puede guardar una cierta relación con la función hormonal ovárica y en las posmenopáusicas con la función suprarrenal.

2.6.2. ETIOLOGIA :

No hay una sola causa específica para el desarrollo del cáncer de mama. Más bien para que ocurra contribuyen una serie de eventos genéticos, hormonales y posiblemente ambientales. Las hormonas esteroideas producidas por los ovarios desempeñan una función importante en el cáncer de mama. Se altera el ambiente celular de dos hormonas clave, estradiol y progesterona, lo cual puede afectar los factores de crecimiento de cáncer de mama.



Factores de riesgo:

- **Historia familiar de cáncer de mama.** El riesgo se incrementa dos veces si la madre fue afectada por el padecimiento antes de los 60 años; el riesgo se incrementa de cuatro a seis veces si ocurrió en dos familiares en primer grado.
- **Nuliparidad y primer embarazo tardío.** Las mujeres que tuvieron su primer hijo después de los treinta años corren el doble de riesgo de desarrollar cáncer de mama que las que lo tuvieron antes de los 20.
- **Menarquía temprana.** El riesgo de cáncer de mama se incrementa en mujeres cuya menstruación se inició antes de los 12 años.

- ✓ **Exposición a radiaciones ionizantes.** Después de la pubertad y antes de los 30 años duplica el riesgo.
- ✓ **Menopausia tardía.** La menopausia después de los 50 años incrementa el desarrollo como factor de riesgo de cáncer de mama.
- ✓ **Obesidad.** Leve riesgo en mujeres posmenopáusicas
- ✓ **Opáusicas.** No obstante las mujeres obesas a quienes se diagnostica la enfermedad presentan una tasa de mortalidad más alta, con mucha frecuencia relacionada con diagnósticos tardíos.
- ✓ **Tratamiento de sustitución de hormonas.** Las mujeres de edad que toman complementos de estrógeno durante largo tiempo (de 10 a 15 años) corren un riesgo mayor.
- ✓ **Ingestión de alcohol..** El riesgo se incrementa ligeramente en las mujeres que toman aunque sea una copa diaria. El riesgo se duplica si beben tres diariamente.
- ✓ **Otras:** Diabetes, Hipertensión, mastopatía quística.

2.6.3 CUADRO CLÍNICO:

El cáncer de mama casi siempre se desarrolla en el cuadrante superior externo donde hay mayor cantidad de tejido. Es más común en la mama izquierda. En general las lesiones no tienen sensibilidad más que ser dolorosas; están fijas, más que móviles y son duras, con bordes irregulares más suaves y encapsulados. El dolor difuso y la sensibilidad que se presenta durante la menstruación en general se

relaciona con enfermedades benignas, aunque un dolor tardío marcado puede tener relación con el cáncer de mama." (WEISS GEOFFEY 1997)

Los síntomas iniciales, en la mayoría de los casos detectados por la propia paciente, son la aparición de un pequeño nódulo indoloro, con engrosamiento o retraimiento cutáneo o piel de naranja y retracción del pezón. A medida que la lesión progresa puede haber dolor, ulceración, secreción por el pezón y aumento de tamaño de los ganglios axilares, además de hoyuelos en la piel sobre una área de la mama, retracción del pezón y eritema.

Histopatología:

Se origina la mayoría en el interior del epitelioductal.

La presencia de anormalidades histológicas de los conductos mamarios sugiere la posibilidad de cáncer mamario a través de las siguientes etapas:

- Hiperplasia.
- Metaplasia.
- Displasia.
- Anaplasia.
- Neoplasia no invasora (carcinoma ductal in situ) o (carcinoma intraductual)
- Neoplasia con alto potencial metastásico.

2.6.4 Métodos de Diagnóstico:

1.- Historia Clínica completa.

2.- Aspiración con aguja fina. En general se aplica al detectar una lesión mediante mamografía o palpación. Después de la inyección del anestésico local, se dirige una aguja fina al sitio que se va a usar para muestra, se coloca un aspirador a la jeringa, y se aspira tejido o líquido por la aguja.

- 3.- Biopsias quirúrgicas.** Es el procedimiento usual para cualquier masa palpable en la mama. Se extirpa toda la lesión y algo de tejido circundante. En casos de cáncer potencial es necesario manipular adecuadamente la muestra de tejido para valorar con exactitud los receptores de estrógenos y progesterona.
- 4.- Mamografía.** Radiografía de los tejidos blandos de la mama que permite la identificación de diversos procesos neoplásicos benignos y malignos.

Clasificación por Etapas del Cáncer de Mama:

" El sistema más utilizado en clínica es la clasificación TNM (tumor, nodos, metástasis), que valora el tamaño del tumor, el número de nodos implicados y la prueba de metástasis alejada." (WEISS GEOFFEY 1997)

ESTADIO	SIGNOS CLINICOS Y PATOLOGICOS
O	La lesión es mínima y esta bien localizada, nódulo sin ganglios axilares, sin metástasis.
I	Consiste en tumores pequeños, menores de 2 cm, con ganglios linfáticos negativos y metástasis no detectables.
II	Consiste en tumores mayores de 2cm pero menores de 5 cm, con ganglios linfáticos negativos o positivos y metástasis no detectables.

- III III A Tumores mayores de 5 cm, o tumores con nódulos linfáticos axilares agrandados fijos a uno u otro tejido adyacente.
- III III B Lesiones más avanzadas con nódulos satélites fijación a la piel o pared torácica, ulceración, edema o con afección ganglionar de apariencia clínica supraclavicular o infraclavicular.
- IV Consiste en tumores de cualquier tamaño con nódulos linfáticos positivos o negativos con metástasis distantes.

Tipos de Cáncer Mamario:

A) Intraconductal:

1. Invasivo. Masa solitaria, palpable y dura
2. No invasivo. Puede ser palpable, puede haber supuración del pezón.
3. Inflamatorio. Eritema, sensibilidad, edema localizado y doloroso.

B) Lobular:

1. Invasivo. Bilateral, multicentrico, tiende a diseminarse a hueso y meninges.
2. In situ. Bilateral y multicentrico, no palpable.

AUTOEXPLORACIÓN DE LA MAMA

Procedimiento por el cual una mujer se examina las mamas y sus estructuras accesorias en busca de cualquier alteración indicativa de la existencia de un proceso maligno. Debe realizarse de una semana a 10 días después del comienzo del ciclo menstrual, momento en el cual el tamaño de las mamas es mínimo y su nodularidad

clínica es menor. La autoexploración es recomendable durante todas las fases de la vida de la mujer adulta, ya que una mujer que se examina regular y cuidadosamente puede detectar pequeñas anomalías mucho mejor que una que no está familiarizada con sus propias mamas (MONDRAGÓN, H; 1995)

Se recomienda un examen mamario profesional por lo menos cada tres años para mujeres entre 20 y 40 años, y después cada año.

Inspección: Se inspeccionan los senos en cuanto a tamaño y simetría. Es común y normal detectar una diferencia pequeña en el tamaño de las dos glándulas. También se observan color, engrosamiento de la piel o edema y sistema venoso.

El eritema puede denotar inflamación local o invasión linfática superficial por una neoplasia. Es probable que la elevación del patrón venoso señale aumento del aporte sanguíneo por demanda del tumor; el edema y las foveas en la piel causados por bloqueo del drenaje linfático debido a una posible neoplasia dan a la piel en ocasiones un aspecto de cáscara de naranja, signo clásico de cáncer de mama avanzado.

Las úlceras, erupciones o supuración del pezón requieren evaluación. Para descartar los hoyuelos o retracciones que de otra manera parecerían inadvertidos.

El examinador indica a la paciente que suba los brazos sobre la cabeza. Esta maniobra eleva las dos glándulas mamarias en forma simultánea; a continuación se le dice que coloque las manos en la cintura y empuje.

Palpación: Se toma el antebrazo izquierdo de la mujer y se apoya en la mano izquierda.

Se usan las yemas de los dedos para palpar con delicadeza las zonas de ganglios centrales, laterales, subescapulares y pectorales. En situaciones normales no son palpables; se intenta definir si están agrandados y de ser así su tamaño, situación, movilidad, consistencia y dolor a la palpación.

Se pide a la paciente que se coloque en decúbito en la mesa de exploración. Antes de palparle los senos, eleva el hombro sobre una pequeña almohada para equilibrar el seno sobre la pared del tórax. El no hacer esto permite que el tejido mamario caiga en sentido lateral, y la masa se pierde en el tejido engrosado.

Se puede realizar la exploración realizando círculos concéntricos imaginarios desde los límites externos de la mama hacia el pezón y en dirección retrógrada o por líneas verticales imaginarias en la mama. Por último se comprime con suavidad la areola alrededor del pezón, para advertir si sale o no alguna secreción anormal.

Hay que valorar la presencia de lunares, hiperpigmentaciones retracción o piel de naranja, edema, distribución anormal del vello, vascularidad focal.

ENSEÑANZA PARA REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA

1. Sitúese delante de un espejo; inspeccione ambas manos en busca de cualquier cosa inusual, como descargas o secreciones de los pezones, arrugas, depresiones o descamación de la piel.

Los dos pasos siguientes tienen como finalidad poner de manifiesto cualquier modificación de la forma y el contorno de las mamas. Cuando los realice debe sentir como se tensan sus músculos pectorales.

2. Observando detalladamente la imagen en el espejo, coloque las manos detrás de la cabeza y apriéte las hacia adelante.

3. Seguidamente, apoye firmemente las manos en la cadera e inclínese ligeramente hacia el espejo a medida que hecha hacia delante hombros y codos.

Algunas mujeres realizan los siguientes pasos de la exploración en la ducha. Los dedos se deslizan suavemente sobre la piel jabonosa, lo que permite concentrarse en la textura subyacente.

4. Eleve el brazo izquierdo. Emplee tres o cuatro dedos de la mano derecha para explorar la mama izquierda, firme cuidadosa y concienzudamente. Comenzando desde el extremo exterior, describa una serie de círculos progresivamente más pequeño apretando ligeramente con la parte plana ventral de los dedos; realice estos movimientos circulares en torno a la totalidad de la mama, desplazándose lenta y progresivamente hacia el pezón. Asegúrese de haber explorado la mama en su totalidad, presentando especial atención a la zona comprendida entre la mama y la axila e incluyendo ésta.

Cuando realice los movimientos de exploración, concéntrese e intente detectar cualquier tipo de bulto o masa inusual debajo de la piel.

5. Exprima suavemente el pezón y observe si se produce descarga o secreción. Repita la exploración en la mama derecha.

6. Los pasos 4 y 5 deben repetirse estando acostada. Para ello tumbese sobre una superficie plana, colocando el brazo izquierdo más alla de la cabeza y con el hombro izquierdo ligeramente elevado con ayuda de una almohada o una toalla enrollada. En esta posición, la mama se aplana y resulta más fácil de explorar. Emplee los mismos movimientos circulares anteriormente descritos. Repita la exploración en la mama derecha. (SEIDEL, 1997)

2.6.5 TRATAMIENTO MÉDICO

Estadio 0 (*carcinoma intraductal*)

Remover la enfermedad local es el objetivo principal.

Mastectomía radical modificada.

Aquí no se requiere de disección axilar (aún no afecta ganglios linfáticos axilares).

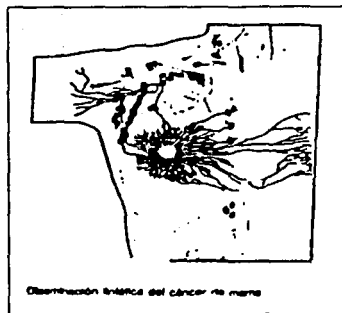
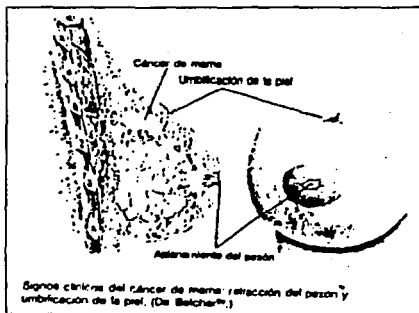
No se usa Quimioterapia (Q.T) coadyuvante (previene recurrencia local y cánceres primarios).

- ETAPA I** ✓ Hay un 66% que la paciente se cure con cirugía.
- ETAPA II**
- ✓ Hay un 25% de curación con cirugía y un 75% recurrencia.
 - ✓ Se indica terapia coadyuvante. Tomando en cuenta el estado menopausico de la paciente el estado de Receptores de estrógeno del tumor.
 - ✓ Para paciente premenopáusicas es la Quimiotepia.
 - ✓ Para pacientes posmenopáusicas que son Receptores de Estrógeno positivos es el Tratamiento Hormonal con Tamoxifen.
Para pacientes posmenopáusicas que son Receptores de Estrógeno negativa es la Quimioterapia.
- ETAPA III**
- A) El Tratamiento es quirúrgico debido al tamaño grande del tumor.
 - 1.- Mastectomía radical modificada y posteriormente Quimioterapia neoadyuvante (el cual intenta cirugía curativa después del uso de Quimioterapia para disminuir el tamaño del tumor primario.
 - B) Terapia coadyuvante

ETAPA IV

- Inicialmente metastásico o recurrente no es curable.
- El Tratamiento es paliativo.
- Se trata de lograr la estabilización o regresión de la enfermedad con la menor toxicidad durante el periodo más prolongado que sea posible. (WEISS GEOFFEY 1997)
 - ❖ Tratamiento Hormonal.
 - ❖ Quimioterapia.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



FUENTE: Weiss, G; 1997

FASES DEL TRATAMIENTO.

- 1.- Extirpación del tumor primario de ser posible.
- 2.- Erradicar la enfermedad sistémica, por terapia coadyuvante como la:
 - ❖ Quimioterapia.
 - ❖ Radioterapia.
 - ❖ Terapia Hormonal.

CIRUGIA

- ❖ " Se utiliza para los estadios O, I, II.
- ❖ Más pacientes se curan por este tratamiento.
- ❖ La cirugía que más se práctica es la mastectomía radical modificada.
- ❖ Después la mastectomía radical modificada seguida con radioterapia, para tumores menores de 4 cm. Los índices de recurrencia local son más altos en esta cirugía a menos que se administre Radioterapia local. (BRUNNER 1997)

Mastectomía Radical.

Resección quirúrgica de toda la mama, los músculos pectorales, los ganglios linfáticos axilares y toda la grasa, fascia y tejidos adyacentes. El período postoperatorio es física y emocionalmente doloroso; La mejor manera de preparar a la paciente es dándole antes de la intervención explicaciones realistas. El edema homolateral del brazo es la norma, ya que durante la intervención se resecan todas las estructuras linfáticas axilares que drenan a la linfa de este miembro. Si no se realizan respiraciones profundas y se facilita la tos, es posible que aparezcan atelectasias. La inflamación dolorosa es un signo patológico.

Mastectomía Radical Modificada.

Intervención quirúrgica en la que se elimina por completo una mama con el pectoral menor subyacente y algunos de los ganglios linfáticos vecinos. No se extirpa el pectoral mayor. La operación se realiza para el tratamiento de neoplasias malignas precoces y bien localizadas de la mama.

Mastectomía simple.

Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación completa de mama, dejando intactos los músculos subyacentes y los ganglios linfáticos adyacentes. Este procedimiento puede realizarse para extirpar pequeñas neoplasias malignas de la mama o como medida paliativa para eliminar un carcinoma ulcerado avanzado.

Mastectomía Subcutánea.

Intervención quirúrgica que, consiste en la extirpación de todo el tejido mamario dejando intactos la piel, la areola y pezón. Tampoco se extirpan los ganglios linfáticos adyacentes ni los músculos pectoral mayor, pectoral menor. Tras la operación se realiza una reconstrucción mamaria con la colaboración de un cirujano plástico mediante la introducción de una prótesis para restablecer el contorno normal de las mamas. (BRUNNER 1997)

RADIOTERAPIA:

Su función es:

⇒ La erradicación de la micro metástasis de la mama y se usa en:

- Tratamiento del tejido mamario metastásico.
- Controla recurrencias locales.
- Lesiones óseas dolorosas.
- Lesiones estructurales riesgosas.

QUIMIOTERAPIA

El cáncer de mama responde favorablemente a este tratamiento, se utiliza para:

- Erradicación de enfermedad micrometastásica.
- Enfermedad metastásica.
- Intenta demorar la progresión del cáncer y aquí se utilizan dosis altísimas.
- No tiene potencial curativo para una recurrencia sistémica.

Agentes citotóxicos más frecuentemente usados por presentar mejores resultados:

- Ciclofosfamida.
- Methotexate.
- 5 Flúoracilo.
- Fenilalanina.
- Adriamicina.
- Vincristina.
- Prednisona.

Efectos secundarios:

- Neutropenia.
- Náuseas y Vómito.
- Alopecia.
- Mucositis.
- Dermatitis.
- Fatiga.
- Aumento de peso.
- Depresión de la médula.

TERAPIA HORMONAL

Utilizada para las mujeres que tienen tumores primarios positivos en Receptores de Estrógeno y Receptores de Progesterona.

- 1.- **Tamoxifén.** (10mg. 2 veces al día). Está indicado en pacientes Premenopáusicas de alto riesgo después de la Quimioterapia adyuvante. En pacientes posmenopáusicas con receptores de estrógeno positivos y ganglios axilares positivos.
- 2.- **Megestrol.** Sus posibles efectos colaterales son aumento del apetito y ganancia ponderal.
- 3.- **Dietilestilbestrol.** Suprime la liberación de hormona folículo estimulante y hormona luteinizante, por tanto disminuye la producción ovárica de estrógeno y enlaces de estrógeno; sus efectos colaterales son: aumento ponderal, retención de líquidos y náuseas.
- 4.- **Aminoglutetimida.** Este fármaco inhibe la aromatasa, que es la enzima responsable de convertir los andrógenos en estrógenos. Entre sus efectos colaterales se encuentra la irritación. Como suele suprimirse la función suprarrenal, se vigila a la pacientes para detectar signos de hipofunción corticosuprarrenal; para prevenir los efectos indeseables de está se administra hidrocortisona.

Cuándo existen receptores estrogénicos en los tumores de mama están indicados la extirpación ovárica, la adrenalectomía o hipofisectomía, a fin de reducir el nivel endógeno de hormonas estrogénicas.

RESUMEN DE LAS HORMONAS DE LAS GLÁNDULAS SUPRARENALES, ACCIONES PRINCIPALES, CONTROL DE SU SECRECIÓN Y TRASTORNOS ESPECÍFICOS.

Hormona	Acciones principales	Control de la secreción	Trastornos específicos
HORMONALES ADRENOCORTICALES			
Mineralocorticoides (principalmente aldosterona)	Elevan los niveles plasmáticos del Na ⁺ y agua y reducen los niveles de K ⁺ .	La reducción del volumen del Na ⁺ activa el sistema renina-angiotensina para estimular la secreción de aldosterona; el aumento del nivel plasmático de K ⁺ estimula la secreción de aldosterona.	La hipersecreción de aldosterona causa aldosteronismo.
Glucocorticoides (principalmente cortisol)	Participan en la regulación del metabolismo, la resistencia al estrés y el control de la respuesta inflamatoria.	La liberación de ACTH es estimulada por la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en respuesta al estrés y a los niveles	La hiposecreción de la glucocorticoides y de aldosterona produce la enfermedad de Addison, la hipersecreción de glucocorticoides

		plasmáticos bajos de glucocorticoides	causa el síndrome de Cushing
--	--	---------------------------------------	------------------------------

Hormona	Acciones principales	Control de la secreción	Trastornos específicos
Gonadocorticoides	Las concentraciones segregadas en el adulto son tan bajas que sus efectos suelen ser insignificantes.	Las secreciones de hormonas sexuales por los ovarios y los testículos se determinan al conocer el funcionamiento de estos.	En la Hiperplasia suprarrenal congénita, la síntesis de glucocorticoides está inhibida. Esto causa una producción excesiva de ACTH y de andrógenos, produciendo virilismo. La liberación de hormonas feminizantes en el varón a veces causa ginecomastia.

HORMONAS ADRENOMEDULARES Adrenalina y noradrenalina (NA)	Acción simpaticomimética, es decir, produce efectos similares a los de la división simpática del sistema nervioso autónomo (SNA) durante el estrés.	Neuronas preganglionares simpáticas estimulan la secreción por las células.	La hipersecreción de hormonas medulares da lugar a una respuesta de lucha o huida prolongada.
---	--	---	--

2.3.5 COMPLICACIONES

Metástasis : El carcinoma que se inicia dentro de un conducto e invade el tejido linfático circundante rápidamente afecta un vaso linfático. Esto ocurre primordialmente debido a la estrecha posición periductal de los linfáticos, la propagación a través de la mama puede ocurrir por:

- 1.- Extensión intraductal.
- 2.- Extensión directa dentro del tejido mamario.
- 3.- Extensión y embolización dentro de los linfáticos periductales intramamarios.

Se supone que la propagación a través de los linfáticos ocurre localmente en la mama y drena a los linfáticos axilares simultáneamente con otras rutas de metástasis. La afección ganglionar por tumores localizados en los cuadrantes internos de la glándula incluye comúnmente a los ganglios mediastinales, los ganglios rotter entre los músculos pectorales, o la cadena mamaria interna. Los tumores de la mama en los cuadrantes externos pueden afectar la cadena axilar, es factible que émbolos de células malignas logren pasar la cadena axilar y den primero metástasis a los ganglios linfáticos infraclaviculares o supraclaviculares. Los sitios restantes de metástasis y su respectiva frecuencia son los siguientes:

- Esqueleto, vértebras, costillas, huesos pélvicos y craneales 70%.
- Pulmón 66%.
- Hígado 61%.
- Piel 34%.
- Sistema nervioso central 25%.
- Riñones 13%.
- Tiroides 20%.
- Esófago, estómago e intestino 16%.

Las células tumorales llegan al hueso a través del sistema de las venas vertebrales y por lo tanto pueden presentarse sin metástasis pulmonares. Una vez que las células tumorales entran al pulmón, puede establecerse metástasis al hígado y cerebro a través del sistema arterial.

Cuando el cáncer afecta pulmón, hueso o hígado, aumenta la posibilidad de que también se encuentre invadidos sitios más bajos.

Alteraciones psicosociales. El impacto psicológico de un diagnóstico de cáncer tiene un profundo efecto sobre cualquier paciente. La respuesta puede ir desde una leve **ansiedad** hasta una profunda **depresión y suicidio**, el grado de respuesta tiende a correlacionarse con los sentimientos de identificación con el área enferma o la cantidad de pérdida de la función impuesta por la enfermedad o sus tratamientos.

Intento de Suicidio : " Schneidman y Farberow clasifican a quienes se suicidan en 4 grupos principales: aquellos cuyas creencias los inducen a considerar al suicidio como una transición hacia una mejor vida o como una forma de salvar la reputación (ejemplo, el hara-Kiri); aquellos que están ancianos, desolados o con dolor físico, que consideran al suicidio como una liberación; los que están psicóticos y que se suicidan en respuesta a alucinaciones o ideas delirantes y aquellos que se suicidan por despecho con la creencia de que la gente se afligirá y que ellos mismos en algún modo se encontrarán todavía por ahí para atestiguar su aflicción."

(SALOMON 1996)

La Ansiedad : " La ansiedad es normal y acompaña la vida como un impulso, como una motivación que activa al individuo, más allá de estas situaciones la ansiedad puede ser continua y excesiva e interferir en el ritmo del comportamiento y puede recibir el término experiencial de conducta ansiosa. Existe un alarmogeno en el organismo pero objetivamente no se reconoce. "La ansiedad es la reacción emocional frente aun estímulo indefinido inespecífico con manifestaciones

fisiológicas del Sistema Nervioso autónomo, sudoración, aumento de la presión arterial, temblores, la mayoría de los pacientes hospitalizados presentan estas reacciones: pensamientos, sentimientos, nerviosismo, incapacidad para concentrarse y desamparo." (MARTINEZ RUIZ 1998)

Depresión : " La persona deprimida tiene un inicio paulatino, hay pérdida de intereses, no hay alegría, su estado de ánimo está muy deprimido, su llanto es fácil, tiene una conducta antisocial, cursa con disminución o aumento del apetito, sufre alteraciones en el sueño, también cursan con pérdida persistente del interés sexual, pérdida de energía, fatiga, ansiedad, inquietud, entre otros. Estas alteraciones son comunes en hijos de padres deprimidos, la atención de estos hacia sus hijos y su incidencia es más en mujeres que en hombres, en la prepubertad es más común en niños, y después de la pubertad es más común en niñas; en ancianos es común a los 65 años y el estado civil también influye ya que en mujeres separadas, divorciadas o viudas es mayor el riesgo, que en hombres que nunca se han casado, divorciados o viudos y el grupo demás susceptibles son las mujeres solteras y hombres casados." (SALOMON P. 1996)

CAPITULO 3.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 Valoración

1) HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: V S M Servicio: Oncología
 No. de cama: 198 Fecha de ingreso: 22 - 11 - 01
 Edad: 37 años Sexo: Femenino Estado civil: Casada
 Escolaridad: Primaria Ocupación: Ama de casa
 Religión: Católica Nacionalidad: Mexicana

Lugar de procedencia: Tecama, Estado de México
 Domicilio: Calle primera cerrada diez de febrero
Col. Primero de marzo
 Persona responsable: Esposo, APS
 Ocupación: Obrero
 Domicilio: Mismo domicilio

2.- PERFIL DEL PACIENTE: AMBIENTE FÍSICO

Habitación:
 Características físicas (iluminación, ventilación, etc.) En la casa hay 4 ventanas y 1 foco por habitación

Propia familiar, rentada, otros Propia
 Tipo de construcción Urbana
 Número de habitaciones 6 (3 recamaras, 1 baño, la sala y la cocina
 Animales domésticos Un perro

Servicios sanitarios:
 Agua (Intradomiciliaria, hidrante público, otros) Cuenta con agua intradomiciliaria

Control de basuras Por lo regular la recojen cada tercer día en ocasiones la queman ellos

Eliminación de desechos (Drenaje, fosa séptica, letrina, otros) Cuenta con drenaje y baño intradomiciliario
Iluminación Cuenta con energía eléctrica

Sueño (horario y características)
Sueño fisiológico, su horario es de 22:00 a 9:00 horas, en ocasiones presenta insomnio

Diversión y/o Trabajo
Se encuentra la paciente deprimida

Otros Negados

COMPOSICION FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
ESPOSO	38 AÑOS	OBRERO	ES EL QUE APORTA TODOS LOS GASTOS
HIGO	6 AÑOS	ESTUDIANTE	NINGUNA
HIGO	9 AÑOS	ESTUDIANTE	NINGUNA

DINAMICA FAMILIAR

La interrelación familia a disminuido ya que la señora se encuentra internada, y ella es quien dirige y coordina todas las actividades del hogar

DINAMICA SOCIAL

A disminuido por la enfermedad de la señora

COMPORTAMIENTO (Conducta)

Su comportamiento de ella es de aislamiento, depresión, inseguridad y miedo a afrontar la muerte

RUTINA COTIDIANA

Realizar aseo del hogar, envío de hijos a la escuela, comida, reposar

3.- PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO:

Problema o Padecimiento por el que se presenta
Ca de mama, post operada mastectomia

Antecedentes personales patológicos

Ago antecedentes ginecológicos menarca a los 14 años, ciclo 28x7 días, 2 parejas sexuales G2 P3 IVSA 15 años, niega enfermedades de la infancia, quirúrgicos (-), Transfusiones (-), alergias (-), luteicos (-), Restos negados

Antecedentes familiares patológicos

Abuelos finados desconoce causas, padre vivo desconoce paradero del mismo, madre viva de 56 años, hermanos 4 aparentemente sanos

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento

Paciente femenino la cual refiere inicio de padecimiento de 4 meses de evolución al referir después de su parto la aparición de un nódulo acude la médico el cual le dio tratamiento para mastitis, por lo cual acude a esta Institución para tratamiento ya que el primero no dio mejorías

Participación del paciente y la familia del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

La participación de la paciente cada vez va en aumento, la depresión va disminuyendo va que cuenta con el apoyo de su esposo

I) EXPLORACION FÍSICA

Inspección:

1- Aspecto físico Ligera palidez de tegumentos mucosas orales deshidratadas. Presenta lesión eritematosa en mama izquierda, así como aumento de volumen y temperatura local con salida de secreción sanguinolento por el pezón y retracción de pezón

2) Palpación Se palpa tumoración a nivel de mama izquierda en el cuadro superior izquierdo dura móvil no dolorosa a la palpación

3) Percusión Sonido submate (No se realiza en la glándula mamaria)

4) Auscultación: ruidos pulmonares y cardiacos sin sonidos agregados

5) Medición: diámetros mayores y menores de la tumoración o estudia Tumoración de 5 cm de diámetro. Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones) *Ubicada en sus 3 esferas espacio, lugar y tiempo, refiere necesidad de estar sola

EXAMENES DE GABINETE

TIPO	OBSERVACIONES
MASTOGRAFÍA Y ULTRASONIDO DE MAMA	SE OBSERVAN LESIONES EN LA MAMA IZQUIERDA, SE SOSPECHOSA MALIGNIDAD
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTALIZADA	SE OBSERVA TUMORACIÓN EN LA MAMA IZQUIERDA DE APROXIMADAMENTE 4 CM.

3.2 PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico, Intervención, evaluación

<i>Diagnóstico</i>	PLANEACIÓN / EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
--------------------	-------------------------------	-------------------

Necesidad de estar sola.

ROL DE ASESORAMIENTO

Comunicación angustiada con el esposo y el equipo de salud relacionado a desconocimiento parcial de la cirugía.

Orientación a la pareja sobre lo que es el cáncer mamario así como la participación de la paciente y su familia durante el proceso de recuperación.

La pareja considera que tiene un nivel mayor de información para favorecer adecuada participación dentro de su estancia en el hospital considero una *evaluación positiva*.

OBJETIVO

Favorecer que exista una mejor comunicación e interacción de la paciente con la gente que la rodea.

ROL DE ASESORAMIENTO

Orientación a la pareja sobre la elevada importancia de su participación y posibles estrategia a seguir en :

- * alimentación
- * baño
- * rehabilitación
- * etc.

El esposo de la paciente logra comprender la participación del tratamiento a su mujer por lo tanto, considero una *evaluación positiva*.

ROL DE ASESORAMIENTO

Necesidad psicológica de conflicto personal relacionado a la pérdida de la imagen corporal manifestado por intranquilidad.

OBJETIVO

Disminuir el grado de intranquilidad a través de la orientación de la situación intrahospitalaria así como la disipación de dudas específicas de la paciente.

Transferencia o interconsulta con el departamento de Psicología, así como planteamiento de experiencias de sostén para la familia y la paciente al participar en los grupos de apoyo.

Estimular a la paciente a verbalizar sus temores, dudas o preocupaciones al respecto, considerando que ella misma recibirá el apoyo del psicoterapeuta.

Evitar proporcionar falsas expectativas y escuchar con atención los argumentos, considerando que la escucha es parte del cuidado enfermero.

Al preguntar al Psicólogo sobre su evaluación él refiere que los elementos de la pareja son adecuados para manejar la situación biológica, por lo tanto la *evaluación es positiva*.

El esposo logra asistir a las primeras dos sesiones al grupo de familiares de mujeres mastectomizadas, refiere angustia; por lo que recibirá apoyo mayor por parte de psicología.

La paciente verbalizaba abruptamente por momentos y en otros callaba.

Diagnóstico

PLANEACIÓN / EJECUCIÓN

EVALUACIÓN

Necesidad biológica de
mastectomía izquierda radical.

Preparación quirúrgica
relacionada a mastectomía
radical izquierda

OBJETIVO

Realización de los
procedimientos preoperatorios
específicos.

**ROL DE ASESORAMIENTO PERSONA
RECURSO**

Orientar a la paciente y a su pareja sobre
las condiciones, procedimientos y
protocolos de cuidado que dentro del
entorno hospitalario se emplean para un
paciente pre y pos quirúrgico.

Identificar la disposición de la paciente y su
pareja para informarse al respecto de la
cirugía, manifestándoles que existe el
tiempo suficiente para responder a sus
dudas.

La pareja conoce el tratamiento y los
procedimientos del cuidado de
enfermería quirúrgicos, que
seguirán en su estancia hospitalaria
así como los trámites y observaciones
que debe seguir, mientras este
internada
Por lo tanto considero que la
evaluación es positiva.

TEJIS CON
FALSA LE ORÍGEN

Comunicación previa y detallada sobre el procedimiento quirúrgico, donde se informe sobre acciones y tiempos, para lograr con ello mayor tranquilidad y cooperación de la paciente

Se realiza la preparación preoperatoria, se traslada a quirófano sin ningún problema. La paciente ora durante el camino al quirófano y se le brindan palabras de apoyo.

Propiciar el encuentro del equipo quirúrgico con la paciente y de ser posible con el esposo también.

La paciente se observa temerosa pero cooperadora, se le informó de la importancia de sus vendajes y premedicación.

Por lo tanto considero la ***evaluación positiva.***

ROL DE ASESORAMIENTO Y LIDERAZGO

Preparación integral de la paciente para la realización del proceso quirúrgico:

- * Asepsia del área
- * Premedicación prequirúrgica
- * Vendaje de miembros inferiores y cabeza.
- * Enema

No fue posible la asistencia del anestesista, solo el cirujano y el enfermero quirúrgico.

Se traslada al quirófano en condiciones pertinentes físicamente hablando para la cirugía.

Acompañamiento del enfermero desde su habitación hasta la sala quirúrgica, permite establecer un mecanismo de dirección e interacción terapéutica.

DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN / EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Necesidad psicológica de tranquilidad.</p> <p>Miedo relacionado a la magnitud y tipo de cirugía manifestado por sudoración de manos, expresión facial tensa y expresiones verbales de miedo.</p>	<p>ROL DE DOCENTE Y DE LIDERAZGO</p> <p>Participación con la paciente para ubicar su transito intra hospitalario con relación a su situación Personal.</p> <p>Orientación a dudas inherentes a los efectos y datos clínicos secundarios a la cirugía.</p>	<p>Se respondió a la mayor parte de las preguntas clínicas de los efectos colaterales de anestesia, tiempo en despertar aproximado, sensaciones posibles a experimentar, entre otras.</p>
<p>OBJETIVO</p> <p>Orientar sobre los eventos posquirúrgicos así como respuestas biológicas características de una mastectomía.</p>	<p>ROL DE ASESORAMIENTO</p> <p>Orientación a la pareja sobre la importancia de su participación y posible estrategias a seguir durante el pos operatorio inmediato. Se emplean dibujos y esquemas , así como demostraciones de movilización en cama.</p>	<p>Se logra de acuerdo a lo que refiere la pareja comprensión de los eventos que sucederán en el hospital y su importancia en el cuidado cooperativo y solidario con la paciente.</p> <p>Se habilito a la pareja en algunos aspectos básicos de movilización y datos de importancia clínica que sugieren infección o hemorragia. Por lo anterior considero una evaluación positiva.</p> <p>El esposo de la paciente comprende el tratamiento posquirúrgico por lo tanto, considero una evaluación positiva.</p>

ROL DE LIDERAZGO Y PERSONA DE RECURSO

Brindar atención integral de enfermería a la paciente con hipotensión e hipotermia

Se cubre a la paciente con mantas y se proporciona calor seco con lámpara por intervalos de 2 hr por 1 hr. en las primeras 12 hrs. , hasta lograr equilibrio térmico.

Toma y registro de temperatura y tensión arterial cada hora hasta lograr cifras estables aun dentro de parámetros bajos: 90/80.

Vigilancia estrecha del llenado capilar no mayor a 3 seg.
Oxigenoterapia por puntas nasales con 3 lt. por minuto

ROL DE LIDERAZGO Y PERSONA RECURSO

Brindar atención integral de enfermería a una paciente con herida quirúrgica: mastectomía.

Vigilar vendaje en mama izquierda, atendiendo particularmente el sangrado en cantidad, extensión y características.

Control de líquidos estricto

Cuidados a pleuro-back

Las acciones de enfermería permiten mantener un balance hídrico ligeramente negativo, por lo tanto considero una **evaluación positiva.**

Se da una atención integral a la paciente para el manejo posquirúrgico de una paciente con mastectomía radical coordinándome con el equipo de salud obteniéndose una mejoría y su posterior alta del servicio, por lo tanto considero una **evaluación positiva**.

CAPITULO 4

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El poder trabajar conjuntamente la postura del Proceso Atención de Enfermería y la Filosofía de Peplau dentro de una realidad clínica me permitió caer en cuenta que en ambas se determina la búsqueda de la atención integral del paciente solo que con diferentes etapas de abordamiento e incluso se puede decir que es solo cuestión de semántica la diferencia. Se observo en el proceso de atención de enfermería que el cáncer es un padecimiento crónico de tratamiento difícil, que en ocasiones parece tan agresivo como la enfermedad misma, el estado clínico temprano del cáncer es curable en un 40%, 50% de los casos, en el tratamiento óptimo se requiere estrecha colaboración entre paciente familiar y equipo de salud.

La Filosofía de Peplau dentro del Proceso Atención de Enfermería permite que no ocurra lo que tradicionalmente se hacia: Centrarse en aspectos meramente biológicos, dejando de lado otros aspectos y perdiendo con ello la integridad de la atención.

Por otra parte este estudio considero ejemplifica la interrumpibilidad que debe existir en el cuidado de un paciente pues Peplau actúa con el mismo antes de lo biológico para coparticipar en su tratamiento y apoyo de la búsqueda de su salud, este cuidado por tanto no se ve limitado a lo que sucede en el hospital sino que flexibiliza el poder con otros instrumentos abordar lo clínico en la sociedad.

Se toma en cuenta que los síndromes o síntomas más frecuentes en el cáncer son ansiedad, depresión, trastornos del sueño y dolor, el paciente suele mostrar mezcla de sentimientos y pensamientos como sensación de tristeza, soledad, aislamiento e incapacidad.

Se observó la percepción ambivalente ante la muerte como característica del miedo al sufrimiento físico, moral y mental.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en la extensión a la comunidad fueron muy positivos, ya que pasamos de una situación prejuiciosa de " va a estar bien " al seguimiento y corroboración de que esto es así, dentro de la misma se volvió a enfatizar las actividades realizadas con la pareja y se inicio el apoyo de otros integrantes de la familia.

SUGERENCIAS

El apoyo psicoterapéutico es fundamental en este nivel mediante la terapia personal familiar y en grupo recordemos que la lucha contra el cáncer es una lucha de equipo.

Es de suma importancia sugerir al personal de Enfermería que tiene un papel fundamental en la detección de los tumores malignos mamarios a través de la investigación asistida a la paciente y compromiso para la enseñanza y prevención, la participación de la enfermera en la enseñanza de la glándula mamaria y por consiguiente de lo que es el cáncer de mama a todas las pacientes, es una clave para disminuir la proporción de mortalidad por esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- 1.- ANTHONY S. FAUCI, ET AL HARRISON Principios de la Medicina Interna 14ª. Edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, España, 1998.
- 2.- BRUNNER, A. Enfermería Medico quirúrgico, 8ª edición, Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, Págs. 132, México, D.F. 1997,
- 3.- DAUFORTH Tratado de Obstetricia y Ginecología 6ª. edición Interamericana, 1209 Págs., Méx. 1997
- 4.- GEOFFEY R. Weiss, Oncología Clínica , Edt. El manual Moderno, 1ª. Edición, Págs. 542, 1997.
- 5.- GERARD J. TORTORA Principios de Anatomía y Fisiología 7ª. Edt. Harla, Edición, 993 Págs., México, D.F. 1999.
- 6.- HERANANDEZ, Conesa J. Fundamentos de la Enfermería, Teoría y método, Edt. Mc Graw – Hill Interamericana, Págs. 152, 1999 España.
- 7.- [Http://teletel.terra.es/personal/juenas/pae.htm](http://teletel.terra.es/personal/juenas/pae.htm)
- 8.- L. RIOPELLE, L. GRONDIN, M. PHANEUF Cuidados de Enfermería editorial Mc Graw-Hill- Interamericana. Año 1997.
- 9.- MARRINER, Ann, Modelos y teorías de Enfermería, Edt. ROL. S.A. 1989.
- 10.- MARTINEZ RUIZ El Arte de Liberar la Ansiedad edición privada México, Págs. 120, D.F. 1998.
- 11.- MONDRAGÓN C. Ginecología Básica Ilustrada 8ª. Edt. Trillas, Págs. 478 México D.F. 1995.
- 12.- MONDRAGÓN, Castro H. Ginecología Básica Ilustrada Editorial Trillas, Págs. México, 1997.
- 13.- N. L. WULFSOHN Cuidados Pre y Postoperatorios editorial Continental, México, 1981
- 14.- REEDER Enfermería Materno Infantil edición internacional 7ª. Edición, Págs.1279 Méx. 1992.
- 15.- ROSA LINDA A. Proceso de Enfermería, 1995.
- 16.- SALOMÓN P. Manual de Psiquiatría , Edt. Manual moderno, Págs 466, Méx. 1996.

- 17.- SEIDEL, Henry, Manual "Mosby de Exploración Física, Edt. Harcourt Brace, Ed. 3ra, 1997, Págs. 930, España.
- 18.- SPRINGHOUSE Notas, Teorías y Modelos de Enfermería, EDT. Mc Gras Hill Interamericana, ED. 2da, Págs. 179, Méx. 1997.

GLOSARIO DE TERMINOS

Anaplastia	Perdida de la diferenciación de la célula y de su orientación mutua respecto a la configuración de normalidad.
Adenocarcinoma	Carcinoma del tejido glandular o aquel en que las células tumorales forman estructuras glandulares identificables.
Ablación	Extirpación o destrucción de una región del cuerpo especialmente de una incisión.
Biopsia	Extirpación de tejido o de otra materia de un cuerpo vivo para examen general.
Braquiterapia	Tratamiento de radiación ionizante cuya fuente se aplica a la superficie del cuerpo o la zona del tumor primario.
Carcinógeno	Cualquier sustancia que provoca cáncer.
Carcinoma	Tumor maligno formado por células epiteliales.
Climaterio	Cese de la función hormonal adecuada.
Mamografía	Procedimiento para obtención de imagen de la mama.
Mastectomía	Extirpación quirúrgica de la mama.

Mastectomía radical modificada

Mastectomía total con disección de ganglios axilares pero conservando el músculo pectoral.

Metaplasia

Cambio en el tipo de las células adultas en un tejido hacia una forma que no es normal para ese tejido.

Neoplasia

Nuevo crecimiento que puede ser benigno o maligno.

Radioterapia

Tratamiento de radiación.

Remisión

Disminución de los síntomas de la enfermedad.

Resección

Extirpación de una parte o todo un organismo o estructura.

GUIA PARA LA VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVO: Contar con un instrumento que le permita al alumno planear las actividades de promoción, prevención y tratamiento oportuno de los problemas de salud que afectan al binomio madre-hijo.

1.- PLANEACION.

Informarle sobre:

- a) Objetivos de la visita.
- b) Ficha de identificación.
- c) Síntesis del cuadro clínico y necesidades de salud detectadas.
- d) Actividades a realizar
- e) Metodología de las actividades.

2.- INTRODUCCION AL HOGAR.

El éxito de la visita estriba en la confianza y simpatía que el estudiante brinde a la familia, por lo que la presentación deberá hacerse con corrección y prestancia.

Para ello se utilizaron ciertos instrumentos de investigación como son:

Fichas de trabajo: es un valioso método para la recopilación de toda la información relativa al marco teórico, tanto de las apreciaciones conceptuales de autores como las propias vivencias del autor y la del estudio clínico.

Entrevista: mediante esta técnica fue posible obtener los testimonios orales de las personas entrevistadas, así como también sus reacciones personales de la paciente y sus familiares.

Exploración física: a través de ésta técnica se pudo hacer la percepción somática y psicológica del caso clínico estudiado, evitando las cuestiones relativas a los prejuicios personales y las cuestiones subjetivas propias de solo utilizar la percepción visual.

Guía de visita domiciliaria: instrumento que permite poder llevar un ordenamiento lógico de la participación dentro de la extensión a la comunidad del hospital, vinculando con ello el espacio clínico y epidemiológico.

3.- EJECUCION DE LA VISITA.

- 3.1 Procedimientos a realizar que implican el desarrollo de actividades previamente programadas.
- 3.2 Enseñanza del individuo en el hogar, enfocando la orientación a las necesidades detectadas.
- 3.3 Resúmenes sintetizados de la visita especificando el alcance de los objetivos trazados con oportunidad.

4.- DESPEDIDA.

La cortesía y amabilidad son los aspectos fundamentales para que la familia valore el esfuerzo realizado; si la visita debe renovarse se le hará saber a la familia.

5.- INFORME.

La realización del informe incluirá una breve síntesis de las actividades realizadas incluyendo conclusiones y sugerencias de la misma.