

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**MANEJO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA EN LA
UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD. HUANCAYO. 2015-
2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ONCOLOGÍA**

MIRIAM CUEVA CAJACURI

CALLAO, 2018

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Miriam Cueva Cajacuri', is located in the bottom right corner of the page.

INDICE

INDICE.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I.....	4
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. Descripción de la situación problemática.....	4
1.2. Objetivo general.....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPITULO II.....	10
II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. ANTECEDENTES.....	10
2.2. BASE TEÓRICA.....	13
2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	47
CAPITULO III.....	49
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	49
3.1. Recolección de datos.....	49
3.2. Experiencia profesional.....	50
3.3. Procesos realizados en el tema del informe.....	52
IV. RESULTADOS.....	53
V. Conclusiones.....	58
VI. Recomendaciones.....	59
VII. REFERENCIALES.....	60
ANEXO.....	65

INTRODUCCION

En el presente trabajo académico profesional titulado “MANEJO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD – HUANCAYO – 2015 – 2016”, realizado en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud de la ciudad de Huancayo, se tuvo como problemática la falta de conocimiento sobre el cuidado de ellos mismos después de la mastectomización por complicaciones en su salud.

Siendo el objetivo del presente trabajo académico la de Mejorar los procedimientos de atención de enfermería respecto a manejo de las pacientes Mastectomizadas en la Unidad de Oncología del Hospital nacional Ramiro Priale priale Essalud Huncayo 2015 – 2016. Así mismo demostrar la eficacia de la participación de la Enfermera en la disminución de las complicaciones postoperatorias mastectomizadas en la Unidad de Oncología del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo.

Durante la realización de nuestra vida profesional se fue aplicando el conocimiento adquirido y con las indicaciones de especialistas se desarrollaron las actividades que atención a los pacientes mastectomizada en la unidad de oncología del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de EsSalud.

Se concluye el trabajo presentando los resultados de cuáles son las relevancias que se presentan en la vida de un paciente mastectomizada en la unidad de oncología del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de EsSalud en los años 2015 y 2016.

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Desde hace décadas, el cáncer de mama se ha incrementado ostensiblemente sobre todo en países occidentales a pesar del avance de la ciencia y la tecnología. Aun cuando existen instrumentos de diagnóstico precoz, con frecuencia estos no son efectivos para la detección temprana y el tratamiento precoz.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte en Europa, EEUU, Australia y algunos países de América Latina el 2012 (1); pero siendo mayor los casos registrados en los países en vías de desarrollo. La incidencia está aumentando en América Latina con riesgo intermedio (Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia) y riesgo bajo (Ecuador, Costa Rica y Perú). Sin embargo, son cinco los países donde la mortalidad anual por cada 10.000 mujeres es mayor, siendo estos países como, Uruguay, Trinidad y Tobago, Canadá, Argentina y Estados Unidos.

En el Perú (2012) se registraron 3,500 casos de cáncer de mama, que representa el 70% de cánceres ginecológicos; según el Ministerio de

Salud (MINSA), la incidencia se encuentra en mayor proporción en departamentos como Lima, Arequipa y Trujillo, según la DIRESA Arequipa (2).

Si bien es cierto que la mama es un órgano muy importante para la mujer, no sólo por su papel en la nutrición de los recién nacidos a través de la lactancia, éste es un símbolo de la feminidad. Asimismo, la imagen corporal es importante y en consecuencia, no resulta extraño el estigma que supone para la mujer someterse a una mastectomía; ocasionando problemas psicológicos debido a la mutilación; de ahí, que el profesional de enfermería enfrenta un reto en el cuidado basado en la rehabilitación quirúrgica en pro de la mejoría orientada a prevenir complicaciones, promover y enseñar a las pacientes y familiares a adquirir independencia a fin de facilitar su integración al medio social en el cual se desenvuelve. Afortunadamente, los resultados en el tratamiento de este cáncer han experimentado una notable mejoría en los últimos años, considerando tanto a la supervivencia como los resultados de reconstrucción estéticos.

Por lo tanto, el ejercicio físico es una de las actividades fundamentales de la promoción de la salud; toda vez que su práctica regular, permite generar adaptaciones en diferentes sistemas como el sistema

cardiopulmonar y osteomuscular, para mejorar la condición física y la función del organismo, como elemento indispensable para el control del cáncer de mama, orientado a velar por la exigencia de los ejercicios físicos acorde a las necesidades y expectativas de las mujeres mastectomizadas.

En la unidad de oncología, al interactuar con las pacientes mastectomizadas por primera vez refirieron: “no sé qué ejercicios tengo que realizar”, por eso la importancia de educar sobre los cuidados post quirúrgicos y ejercicios de rehabilitación que debe conocer la paciente para su óptima recuperación y reincorporación a su vida diaria.

1.2. Objetivo

Demostrar la eficacia de la participación de la Enfermera en la disminución de las complicaciones postoperatorias mastectomizadas en la Unidad de Oncología del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico profesional se justifica porque en la Unidad de Oncología del Hospital nacional Ramiro Priale Priale Huancayo, se ha podido observar a través del tiempo (2015 – 2016) el

desconocimiento de los pacientes para afrontar el proceso post quirúrgico en una mastectomía el cual tiene por finalidad dar a conocer y explicar los cuidados de enfermería en pacientes mastectomizadas, asimismo propiciar propuestas de metodología y estrategias en el cuidado de enfermería. De esta manera vamos a reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad, la calidez y sensibilidad social, buscando siempre el beneficio del paciente.

Se justifica además porque de la aplicación de las estrategias adecuadas se podrá proponer mecanismos de solución para revertir la situación encontrada mejorando el conocimiento y disminuyendo las complicaciones quirúrgicas y se podrá proponer la elaboración de guía de atención a fin de generalizar y difundir la experiencia del trabajo académico profesional expuesta.

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para incrementar el marco de conocimientos referente a los cuidados de enfermería en Pacientes Mastectomizados.

Se brindará capacitación al familiar o cuidador del paciente sobre los cuidados de la mastectomía y medicamentos en el servicio de Oncología del hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud. El

informe aporta conocimientos científicos a los procesos empíricos estudiados y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Relevancia Social: El beneficio será tanto para el paciente como para los familiares quienes permanecen el mayor tiempo, del mismo modo beneficiará al personal de Enfermería que atienden a los pacientes con lesiones pos quirúrgicas a nivel de la mama los resultados que se obtengan serán fundamentales para desempeñar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar un trato humanizado a este tipo de pacientes.

Vista Práctica: permitirá desarrollar funciones de *asistencia*, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del paciente y afrontar el reto de ofertar cuidados de calidad, y por tanto, debe desarrollar instrumentos para determinar los estándares de la práctica proporcionan el marco para desarrollar indicadores clínicos específicos que permitan mensurar intervenciones profesionales, en cuanto al cuidado al pacientes mastectomizadas y su recuperación pos quirúrgica.

Nivel económico: disminuir los costos en los pacientes con complicaciones como uno de los efectos secundarios de la de la cirugía mediante los cuidados de la zona operatoria; ya que el paciente presenta muchas complicaciones infecciosas y aumenta su estancia hospitalaria, de esta manera se incrementan los gastos afectando económicamente tanto a la institución como y familia.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Luego de haber revisado los antecedentes se han encontrado algunos estudios relacionados al tema, así tenemos:

Prado Spinoso María Antonieta; Mamede Vilela Marli; Almeida Ana María; Clapis María José; el 2011, en Brasil, realizaron un estudio titulado; *“La práctica de actividad física en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama: percepción de barreras y beneficios”*. El objetivo fue identificar las creencias y percepciones sobre los beneficios y barreras a la práctica de la actividad física por un grupo de mujeres mastectomizadas, de acuerdo con el modelo de creencias en salud. El Método utilizado fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 mujeres atendidas en un servicio especializado en rehabilitación de mastectomizadas. La Técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario.

Las conclusiones fueron entre otras que: “La importancia del ejercicio físico post-mastectomía está en la prevención de la limitación articulada, linfedema, alteraciones **posturales**, fibrosis muscular o adherencias del tejido quirúrgico. El grupo estudiado se dieron cuenta

de un conjunto de beneficios y menciona la falta de ganas como la mayor barrera. El conocimiento sobre la importancia y la necesidad de los ejercicios físicos con la presencia de un profesional y el apoyo de los familiares fueron los incentivos más referidos por las mastectomizadas”.

Louzada Petito Eliana; Pinto Nazário Afonso Celso; Martinelli Simone Elias; Facina Gil; Rivero De Gutiérrez María Gaby; el 2010, en Sao Paulo, realizaron un estudio titulado: *“Aplicación de un programa de ejercicios domiciliarios en la rehabilitación del hombro después de cirugía por cáncer de mama”*. El objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de ejercicios para recuperación de la amplitud de movimientos (ADM) del hombro. El método fue cuasi experimental desarrollada en el Ambulatorio de Mastología, en 64 mujeres con cáncer de mama, sometida a cirugía. La intervención constó de: evaluación preoperatoria, orientación verbal y escrita, demostración y ejecución de los ejercicios y reevaluaciones en los retornos al ambulatorio.

Las conclusiones fueron entre otras que: “Los resultados de este estudio mostraron que el número y el tipo de ejercicios que constituyeron el programa extramuros fueron efectivos para la recuperación de los movimiento de flexión, abducción y extensión del

hombro después de la cirugía en la población estudiada. Confirmándose así el beneficio del inicio precoz de la rehabilitación”.

Missiaggia Elaine, en el 2010, en Lima-Perú, realizó un estudio titulado; *“Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación, en el HNERM”*. El objetivo fue describir la calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con intervención quirúrgica radical y de conservación. El método fue descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 35 pacientes intervenidas con cirugía radical y 35 conservadoras. El instrumento utilizado fueron las pruebas IMEC y EORTC-QLQ-30. Cuya conclusión fue: “La mastectomía, por ser una experiencia vinculada con el cuerpo vulnera la imagen corporal de la mujer que las sufre, dificultando la integración mental de la misma”.

Valderrama Torres Elizabeth, en el 2009, en Lima-Perú, realizó un estudio Titulado: *“Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas en el HNERM”*. El objetivo fue establecer la relación entre imagen corporal y estrategias de afrontamiento de la mastectomizada. El método fue descriptivo y la población fue de 52 pacientes. El instrumento fue el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE-Forma situacional. Las conclusiones fueron: “La mastectomía radical genera un sentimiento

de ambivalencia emocional ya que protege el estado de salud de la mujer y al mismo tiempo es fuerte estresor que provoca reacciones de miedo a la muerte, a la alteración de la imagen corporal y al dolor”.

Escobar Rodríguez Evelyn Yovana, en el 2008, en Lima-Perú, realizó un estudio titulado: *“Percepción de la paciente mastectomizada sobre su Imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”*. El objetivo fue determinar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 46. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo Escala de Likert Modificada. Las conclusiones fueron entre otras que: “La percepción de las pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal es en su mayoría desfavorable referida en el aspecto físico por no aceptar su nueva apariencia física que han perdido su lado femenino. Sin embargo existe un menor porcentaje pero significativo que presenta percepción favorable a su aspecto físico y se preocupan por su arreglo personal”.

2.2. BASE TEÓRICA

Cáncer de mama.

El cáncer es una enfermedad de tipo crónico, afecta a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como el aspecto físico, el bienestar psicológico, el trabajo y las relaciones interpersonales. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, después del cáncer de pulmón en el hombre, diagnosticándose más de la mitad en los países desarrollados. (1)

El cáncer de mama es el resultado de la transformación maligna de las células epiteliales que forman el sistema ducto-lobulillar de la glándula mamaria. Es la primera causa de cáncer en la mujer y, aunque con variaciones según el área geográfica considerada, representa el 30 % de todos los tumores malignos que afectan a este sexo. El riesgo de que una mujer padezca un cáncer de mama a lo largo de su vida es del 12 %, y del 3,6 % de morir por la enfermedad. Esta proporción puede ser mayor en aquellos casos donde existe agregación familiar. (2)

La probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer invasivo del seno durante su vida es de 1 entre 8. La probabilidad de morir por cáncer de seno es de aproximadamente 1 entre 35. (3)

Tipos de cáncer de mama.

Carcinoma ductal in situ (DCIS): es el tipo más común de carácter no invasivo. Significa que el cáncer no ha pasado de los conductos a los tejidos de la mama. Casi todas las mujeres pueden curarse en esta etapa. Puede diagnosticarse, a veces, con una simple mamografía. (4)

Carcinoma lobulillar in situ (LCIS): el cáncer se produce en las glándulas mamarias, que producen la leche, y no atraviesa los lobulillos. Aunque no es un verdadero cáncer, suele degenerar en un tumor canceroso. (4)

Carcinoma ductal invasivo (infiltrante) (IDC): es el más común de todos. Surge en el conducto mamario, atraviesa su pared e invade el tejido del seno. De ahí puede propagarse a otras partes del cuerpo. Son el 80% de los cánceres invasivos. (4)

Carcinoma lobulillar invasivo (infiltrante) (ILC): comienza en las glándulas mamarias o lobulillos y puede propagarse a otras partes del organismo. Suponen un 1% de los cánceres invasivos. (3)

Cáncer inflamatorio del seno (IBC): es poco común (entre un 1 un 3% de todos los cánceres de mama). Tiene un mal pronóstico porque, a veces, se confunde con una infección. No se presenta como un tumor o protuberancia bien definida, sino con un enrojecimiento e hinchazón del pecho, que presenta una textura parecida a la piel de la naranja.

Suele diagnosticarse mal al principio, pues no se ve en una mamografía. (3)

Etiología del cáncer de mama.

Es difícil hablar de etiología en una enfermedad como el cáncer cuyo origen es multifactorial. Numerosas investigaciones han permitido la identificación de algunos factores que contribuyen a un aumento del riesgo. No obstante, hasta en el 8 % de los casos no es reconocible ningún factor, salvo la edad y el sexo. (2)

No se conocen exactamente las causas del cáncer pero sí los factores de riesgo. En el caso del cáncer de mama estos factores son: Ser mujer y tener entre 35 y 54 años. Cambios genéticos debido a mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2. Antecedentes familiares (aunque entre un 70 un 80% de las afectadas no tienen historial familiar de cáncer de mama) y personales de cáncer de seno. Raza (las mujeres blancas lo padecen en mayor número que las de color).

Una biopsia anormal del seno suele asociarse con una mayor predisposición a padecer la enfermedad. Si los períodos menstruales comenzaron antes de los 12 años y terminaron después de los 55 tienen una probabilidad ligeramente superior. (5) Los antecedentes de tratamientos con radiación incrementan mucho el riesgo de padecer la

enfermedad, tratamiento con dietilestilbestrol (DES) a las embarazadas (el riesgo sería tanto para ellas como para sus hijas). El no tener hijos o tenerlos después de los 30 años. (3)

Etapas del cáncer mamario.

- Etapa I: tumor con diámetro menor a 2 cm. En caso de haber ganglio, no se palpan de tipo metastásico. No hay metástasis distantes. (6)
- Etapa II: tumor con diámetro menor a 5 cm. Los ganglios, si se palpan, no son fijos. No existen metástasis distantes.
- Etapa III: tumor mayor a 5cm. de tumor de cualquier tamaño con invasión cutánea o fija a la pared torácica. Ganglios en la región supraclavicular. No existen metástasis distantes.
- Etapa IV: con metástasis distantes.

Tratamientos del cáncer de mama.

En el tratamiento del cáncer de mama se sigue un protocolo, normas y pautas, establecidas en base a la experiencia científica que se tiene en el tratamiento de este tumor. Estos protocolos, que se emplean de forma generalizada en todos los hospitales, recogen las indicaciones o limitaciones del tratamiento en función de los siguientes factores: edad del paciente, estado general y hormonal (premenopausia, menopausia), localización del tumor, fase o estadio en la que se

encuentra la enfermedad (TNM), receptores hormonales del tumor, grado de las células y positividad para algunos factores biológicos.

El tratamiento propuesto por el especialista no va a ser el mismo en todos los pacientes. Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia. (7)

Se utilizan diversas definiciones respecto al tratamiento:

Tratamiento Local: la cirugía y la radioterapia son ejemplos de ello.

Tratamiento Sistémico: la quimioterapia y la hormonoterapia son ejemplos. Tratamiento Adyuvante: se llama así al tratamiento sistémico y/o local administrado tras el primer tratamiento. El objetivo de este tratamiento es profiláctico, tanto a nivel sistémico como local, es decir, pretende reducir el riesgo de recidiva del cáncer de mama.

Tratamiento Neo adyuvante: consiste en administrar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía. (7)

Signos y síntomas: Para valorar de manera adecuada los signos y síntomas en relación con la mama conviene tener en cuenta; edad,

factores de riesgo, oscilaciones temporales, bilateralidad, exámenes previos, desencadenantes y otros síntomas.(8)

La posibilidad de que una masa palpable en la mama sea maligna está relacionada con la mayoría de edad, posmenopausia y con las siguientes características en el examen físico: consistencia firme, aspecto sólido, bordes irregulares, escaso desplazamiento sobre la piel, la región costal o los tejidos que la rodean, unilateral, no dolorosa y la presencia de adenopatías axilares. 8

Secreción por el pezón: Siempre se debe estudiar, hay mayor riesgo de lesión maligno en el caso de que la secreción contenga restos hemáticos y estén asociados. (8)

Dolor: Es uno de los motivos de consulta más frecuentes, en consecuencia de otros síntomas de sospecha suele ser debido a tensión premenstrual, y otras causas. (8)

Síntomas cutáneos: La enfermedad de Paget afecta al pezón y areola de forma unilateral, clínicamente muy similar a la dermatitis crónica eccematosa se asocia a un carcinoma intraductal subyacente. (8)

La retención del pezón o de la piel de presentación reciente se debe evaluar cuidadosamente. Los fenómenos inflamatorios de tipo de

eritema, induración, aumento de temperatura y dolor pueden ser indicativos de un tumor inflamatorio de mal pronóstico. (8)

Ansiedad y depresión.

El término, del latín *anxietas*, congoja o aflicción, consiste en una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque, en realidad; esta manera de reaccionar de forma no adaptativa hace que sea nociva, por excesiva y frecuente. Por ello, es considerada como un trastorno mental prevalente, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, su carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes cognitivos, conductuales y psicofisiológicos, que se expresan en diferentes ámbitos, familiar, social o laboral.(5)

Imagen corporal.

La enfermedad del cáncer de mama y las consecuencias de su tratamiento, llevan a la paciente a adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva.

La alteración en la imagen corporal es una de las reacciones a la mastectomía y se refiere a la modificación de la totalidad, sensación de asimetría e impresión de tener el cuerpo deformado. La autoestima y el optimismo se muestran como factores que influyen sobre la imagen corporal y el funcionamiento sexual. La imagen corporal y el funcionamiento sexual son aspectos que son perjudicados por el cáncer de mama, el grado de afectación de estos a nivel emocional, son comparables a las que se experimentan por la muerte de un ser querido, los cambios en la apariencia física se convierten en una fuente de estrés que afecta directamente el estado emocional, la calidad de vida y el funcionamiento personal, familiar, social y laboral de las mujeres con cáncer de mama. (6)

La sexualidad.

La feminidad, la maternidad y el erotismo contribuyen a la percepción de la identidad sexual femenina, y todos estos elementos pueden ser afectados - en varios niveles - por el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. (8)

El cáncer de mama puede afectar a la sensualidad, el atractivo y capacidad de respuesta debido a la pérdida de sensaciones placenteras después de la cirugía de mama que puede reducir la

excitación sexual. La depresión y la ansiedad afectan a la propia imagen y la función sexual (deseo sexual sobre todo). (9)

Los síntomas y signos más comunes en la función sexual en las pacientes tras un cáncer de mama son trastornos de la excitación, dispareunia, anorgasmia y la pérdida de satisfacción sexual. (9)

Mastectomía:

La mastectomía por cáncer de mama, provoca alteraciones en determinados aspectos concretos de la imagen corporal, como sentimientos negativos en torno a la propia desnudez y la devaluación del sentimiento de atractivo físico. (10)

Como se aprecia una de las consecuencias más notorias de la mastectomía es el Impacto psicológico por no saber en qué va a desencadenar el diagnóstico del cáncer, la mastectomía y la reconstrucción, situación que se manifiesta en la paciente con el stress y la incertidumbre; al revisar la literatura se encontraron criterios autorizados como el del profesor Jorge Psillakis que plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de

síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, minusvalía, y para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar. (53)

Complicaciones de la mastectomía.

Infección de la herida: Después de la mastectomía radical modificada, las tasas de infecciones de las heridas van desde 2,8% a 15%. La infección de la herida de la mastectomía o en el brazo ipsilateral puede representar una grave morbilidad en el postoperatorio del paciente y produce discapacidad que puede progresar a finales de postoperatorio linfedema del brazo. La celulitis se ve en el periodo post-operatorio, responde al tratamiento antibiótico en la mayoría de los casos. Los organismos predominantes son el *S. aureus* y *S. epidermidis*. Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección incluyen la biopsia abierta antes de la mastectomía, aumento de la edad, el drenaje de succión prolongada del catéter, y las alteraciones de los mecanismos de defensa del huésped. (11)

Seroma: Es una acumulación de líquido seroso en la cavidad quirúrgica que es clínicamente evidente. Después de la mastectomía, aparecen seromas en el espacio muerto debajo de la elevación de colgajos de piel (12) y representa la complicación más frecuente de la mastectomía, en desarrollo en aproximadamente el 30% de los casos.

Los pacientes con un índice de masa corporal (IMC) tienen una mayor tasa de formación de seroma. La incidencia de la formación de seroma también aumenta con la edad. La mayoría de los cirujanos oncológicos recomiendan la movilidad del brazo inmediatamente después de la cirugía.(11)

Neumotórax: Es rara complicación, se desarrolla cuando el cirujano perfora la pleura parietal con la disección del tejido extendida o con los intentos de hemostasia para los perforadores de la musculatura intercostal. El neumotórax es más común en los pacientes que se someten a una mastectomía radical.(11)

La necrosis de tejido: Una complicación común de la cirugía de mama es la necrosis de los colgajos de piel desarrollados o en los márgenes de la piel.(11)

Hemorragia: es una complicación post-operatoria en el 1% a 4% de los pacientes y se manifiesta por la inflamación excesiva de la zona quirúrgica. El reconocimiento precoz de esta complicación es imprescindible. (11)

La teoría de autocuidado dorothea orem

Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento de su vida, acciones que preservan la vida (13) una de las representantes más importante de esta tendencia es Dorotea E. Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas. (14)

La teoría del déficit del autocuidado

La teoría de los sistemas de enfermería

Esta investigadora norteamericana desarrolla su trabajo en solitario la colaboración de algunas colegas que le han permitido desarrollar la teoría del déficit de autocuidado; aunque no acepta tener influencia directa de ninguna fuente teórica en su obra, cita el trabajo de muchas autoras que han contribuido a la base teórica de la enfermería tales como: Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee y Wiendenbach, entre otras. (15)

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida.

(16)

De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. (16)

Autores como Benavent, Ferrer, (17) plantean que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Salcedo-Álvarez y colaboradores (12) plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto las autoras asumen el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. (12)

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Como se puede apreciar, la realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades. (18)

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud pueden afectar las capacidades que tienen los individuos para la realización de las actividades de autocuidado. (18)

Teoría de déficit de autocuidado.

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. (19)

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

(20)

Mediante el estudio de la teoría del déficit de autocuidado de Orem de acuerdo con una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica para la actividad propia de autocuidado y en la capacidad de un auto-desarrollo de las actividades constitutivas de autocuidado no están en funcionamiento o lo suficiente para satisfacer y cubrir una parte o la totalidad de los componentes de auto-servicio terapéutico necesidad existente.

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. Cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej. El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita.(21)

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. (21)

ASPECTOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA Y A LA MASTECTOMIA:

Impacto psicológico del cáncer de mama:

Las actitudes del paciente hacia el cáncer varían considerablemente en diferentes partes del mundo, dependiendo de factores culturales, sociales, económicos y educacionales, entre otros en algunas culturas la misma palabra "cáncer" es un tabú y discutir sobre ello es inaudito en algunos países los medios de información recogen ciertos aspectos del problema del cáncer y lo distorsionan en la mentalidad pública, creando una gran variedad de problemas las supersticiones abundan incluso en países desarrollados cuyos habitantes tienen un buen nivel educacional.

Probablemente, la actitud más importante y prominente es el miedo a padecer un cáncer, a que este sea fatal, miedo a que pueda suponer una intervención mutilante, miedo al dolor que este pueda causar, miedo al tratamiento y sus efectos secundarios estos miedos varían en frecuencia e intensidad, así como las reacciones de los pacientes(22).

El tipo de tumor, el lugar en que está situado o la dificultad para localizarlo, son factores que influyen en la respuesta psicológica del paciente y la familia, e incluso en la actitud de los médicos. De manera específica, la reacción inicial si el cáncer se haya lejos de los órganos internos, tiende a causar menos miedo y mayor esperanza, ya que se supone que en tal caso es más fácil su control y curación. Los tumores asociados a los órganos vitales producen más miedo y este es más difícil de superar. Los tumores asociados a órganos sexuales presentan una carga emocional añadida, pues se trata de la intimidad, de la masculinidad o feminidad del individuo.

Entre otros factores que pueden influir en las reacciones de una persona ante el cáncer se pueden citar las manifestaciones externas de la enfermedad, deterioro de la imagen y déficit funcionales por el tratamiento. Los cambios en la imagen corporal y déficit funcionales por el tratamiento, los cambios de pigmentación, úlceras que no acaban de cicatrizar, hemorragias y pérdida crónica de peso, son

algunos síntomas o signos de cómo pueden manifestarse los distintos tipos de cáncer.

Todos los pacientes experimentan una creciente ansiedad ante los cambios de humor y de conducta. Entre la gama de manifestaciones, se pueden citar, silencio estoico, retraimiento social, depresión y ansiedad constantes. Dichos cambios suelen ser pasajeros, pues a menudo se puede lograr el equilibrio psicológico y social gracias a la energía personal que muchas personas encuentran dentro del contexto de sus creencias, de la familia y otros sistemas de apoyo.

El tipo y grado de ansiedad y pérdida de autoestima en una mujer, por la pérdida del seno, depende de aspectos como la cultura en que ella vive, su sistema de evaluación de los acontecimientos y el rol que juegan sus senos en su autoimagen, entre otros.

Margaret Mead's, estudió varias culturas y concluyó que el seno es idealizado en los Estados Unidos, y es la primera fuente de identidad femenina. Algunas mujeres creen que la talla y la forma de sus senos, determinan su deseabilidad sexual y define su aceptabilidad como mujer ante los ojos de la sociedad. La pérdida del seno afecta en gran medida la identidad de una mujer. Su autoimagen, su feminidad y la evaluación de sí misma como persona son amenazadas

especialmente si sus senos son percibidos como un componente de su identidad, o si son cruciales en el funcionamiento de su carrera.

Para muchas mujeres, los senos son equivalentes a la maternidad, tanto literal como simbólicamente, pues representan el alimento para el niño recién nacido (23).

Las influencias culturales y sociales pueden complicar los efectos en el equilibrio psicológico de los pacientes y en su proceso de recuperación, especialmente si la mujer está influenciada por mitos y juicios errados, que liciten culpa en ellas, pues pueden llegar a interpretar la enfermedad como un castigo por haber hecho algo malo. Muchas sienten culpa de sus pecados sexuales o transgresiones, como; la masturbación, el aborto, prácticas anticonceptivas y cambios de pareja. Aunque estos sentimientos de culpa no son realistas, las ideas acerca de la sexualidad en la tradicionalistas, y los pueden llevar a tratar de arreglarlo todo absteniéndose del sexo.

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA MASTECTOMÍA:

Dada la importancia que nuestra cultura da a las mamas de la mujer, las repercusiones, en todas las pacientes, el diagnóstico de cáncer de mama produce una crisis aguda de situación la intensidad y la

duración de esta crisis psicológica varía, pero todas las pacientes pasan a través de alguna o todas las fases de esta crisis.

Una crisis de situación, se inicia cuando un acontecimiento externo, por ejemplo; una enfermedad somática grave, amenaza la existencia física de una persona, su identidad social, su seguridad personal o las posibilidades de satisfacciones básica en la vida. Esta crisis sigue un patrón preciso de iniciación, desarrollo y final, dividiéndose en cuatro fases que son:

Fase de Shock: Cuando una paciente es diagnosticada de cáncer de mama, experimenta a la vez la sensación de una amenaza contra su vida y una amenaza contra su identidad como mujer. Por lo tanto, experimentan también emociones de gran desamparo y dependencia. En el momento de diagnóstico, la paciente sufre un shock y durante la fase de shock intenta mantener a distancia la realidad, ya que todavía no ha podido asimilar lo que le ha sucedido. No es infrecuente encontrar una paciente con ese shock, completamente calmada en la superficie mientras que debajo hay un verdadero caos.

Durante la fase de shock, algunas pacientes empiezan inconscientemente a utilizar mecanismos de defensa psicológica

diferentes para enfrentarse con la situación, tales como la negación, la despersonalización y la supresión.

Fase de reacción: gradualmente y con el apoyo de lo que está sucediendo en realidad, la paciente pasa a la fase de reacción de la crisis de situación ahora puede captar más plenamente el significado del diagnóstico, entender que va a ser sometida a un tratamiento mutilante, y que tiene una enfermedad grave esto significa, sobre todo, que tiene la mente ocupada por pensamientos acerca de la enfermedad y por las emociones que los acompañan.

Estar preocupada de muy pocas cosas aparte de la enfermedad y sus posibles consecuencias, es una manera de reaccionar psicológica, normal y sanamente.

En la sala de cirugía y en conexión con la amputación o resección total de una mama, una paciente puede experimentar:

- Satisfacción y gratitud por conseguir deshacerse del tumor canceroso, por obtener ayuda y por ser cuidada.
- Sensación de pérdida de la feminidad.
- Sensación de ser deforme y de estar mutilada
- Reactivación de los conflictos neuróticos.

Paralelamente a la conocida sensación de alivio por habersele extirpado el tumor la paciente puede albergar sentimientos de haber perdido parte de su calidad de mujer. Cada vez que se viste o se desnuda puede notar que su cuerpo esta deformado. Desde un punto de vista psicológico, esta es una reacción normal, ya que una paciente a la que le falta una mama, de hecho no tiene el aspecto de una mujer normal. El valor de la paciente como persona no ha cambiado, pero su aspecto corporal se ha deformado en cuanto se refiere a las mamas.

La reacción psicológicamente normal a la pérdida de la mama por un cáncer es de pesadumbre. En este contexto, pesadumbre significa que la paciente vuelve repetidamente sobre lo que le ha sucedido y refleja sentimientos de angustia y de tristeza por su enfermedad y por la pérdida de la mama. Es importante permitirle abrir su pena y expresar libremente sus sentimientos a expresiones tales como el llanto, ya que el hecho de expresarla apropiadamente facilita una adaptación sana a la realidad (24).

Fase de Reparación: En la fase de reparación, las pacientes están menos ocupadas por los pensamientos de la pérdida de la mama o de la enfermedad cancerosa. Pueden tomar de nuevo una parte más activa en lo que va sucediendo en la vida cotidiana o reasumir su trabajo en casa o su trabajo profesional. Empiezan a actuar más o

menos de la manera que lo hacían antes de los tratamientos. Sin embargo, tienen momentos de tristeza y momentos de preocupación de que el cáncer pueda golpearlas de nuevo. Pero estos momentos no son duraderos, ni son un obstáculo cuando llegue a ser capaz de gozar de la vida.

Fase de Nueva Orientación: La fase de nueva orientación, se caracteriza por un completo retorno a las actividades y capacidades anteriores. Las pacientes que alcanzan esta fase no tienen necesidad de negar lo que les ha sucedido ni el hecho de que son diferentes a cómo eran antes. Han aprendido que uno puede enfrentarse con el cáncer compartiendo este conocimiento con la familia y con los amigos.

Se ha llegado a describir que las pacientes mastectomizadas sienten la mama fantasma, o sea, la impresión cerebral de que continúan teniendo la mama, o por lo menos el pezón, y que esto sucede en la mitad de los casos, pero estas molestias no pueden equipararse a la situación bien conocida del miembro fantasma de los amputados de pierna o de brazo, es más bien un estado de tensión algo doloroso, con parestesias en toda la región pectoral y el brazo, que puede persistir por un año o más tiempo.

Las diferentes fases de la crisis se superponen y el paso de una fase a otra es gradual. Dos fenómenos son básicos para la comprensión de la crisis de situación cuando se trata de pacientes con cáncer de mama: la psicología de la enfermedad cancerosa y la psicología de la mama femenina (25).

Tabla 4. Fases de la crisis de situación

FASES DE LA CRISIS DE SITUACIÓN	
Shock	Se presenta en el momento del diagnóstico.
Reacción	Aceptación de la enfermedad del paciente.
Reparación	Volver hacer parte activa de su vida cotidiana.
Orientación	Retorno de las actividades y capacidades anteriores.

PSICOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD CANCEROSA:

Existen dos conceptos de la enfermedad cancerosa: el concepto médico o biológico (el de los médicos), y el concepto subjetivo de cáncer (el de los pacientes). el concepto médico de cáncer está realmente compuesto de muchos conceptos objetivos diferentes, por los cuales se pueden clasificar los diferentes tipos de cáncer en clases diagnósticas, y hacer pronósticos. el concepto subjetivo de cáncer comprende el concepto individual que el paciente tiene de la enfermedad cancerosa, y suele estar influido por experiencias

personales, mitos y fantasías no hay un límite claro entre el hecho y la ficción.

Los pacientes a menudo asocian directamente el cáncer con la muerte la enfermedad cancerosa es considerada como insidiosa o difícil de controlar y conduce en casos a sufrimientos horribles. el hecho de que hasta ahora nadie haya podido explicar plenamente su etiología, hacer surgir diversas ideas y especulaciones dentro de los mismos pacientes que muchas veces se pueden sentir culpables o responsables.

Estos dos conceptos aquí simplificados del cáncer, son bien conocidos por la mayoría del personal hospitalario que trata con pacientes cancerosos. Los conceptos son contradictorios, Y sin embargo, un individuo puede albergarlos ambos a la vez.

PSICOLOGÍA DE LA MAMA FEMENINA:

Para mujeres y hombres, la mama femenina engendra toda clase de ideas y emociones, algunas conscientes mientras que otras son totalmente inconscientes. El margen de la experiencia de una mujer sobre la mama es amplio.

Empieza siendo amamantada como lactante y pasa a través del desarrollo de sus propias mamas durante la pubertad y adolescencia, y más tarde a través de las experiencias adultas y luego de su capacidad para criar a sus hijos. La forma en que una mujer ha experimentado el desarrollo de sus mamas, sus mamas en la relación sexual o cuando ha criado a sus hijos parece ser de importancia al intentar enfrentarse con la crisis de situación en conexión con la enfermedad cancerosa de la mama.

Las mamas de una mujer habrán contribuido a una alta autoestima si ella ha estado contenta y ha gozado con ellas: de su aspecto, sus sensaciones, el placer producido al ser acariciadas, el haber gozado criando a los niños. Sin embargo, la identidad de algunas mujeres puede ser exageradamente dependiente de su integridad física, incluyendo las mamas. Estas mujeres necesitan sus mamas como pruebas concretas y visibles de que son realmente mujeres, con derecho a relaciones sexuales y maternidad. Cuando tienen que enfrentarse a la pérdida de una mama, sucede, al principio más o menos inconscientemente, que interpretan la amputación de la mama como una violación de su integridad personal. Equiparan la pérdida de una mama con la pérdida de una parte indispensable de su feminidad. Estas pacientes necesitan un apoyo psicológico extra antes de una

intervención médica. Antes de una mastectomía muestran una tendencia agresiva, abierta u oculta, más bien que signos directos de la profunda depresión subyacente (26).

Algunas veces, las mujeres pueden asociar inconscientemente sus mamas a emociones de culpabilidad o vergüenza a causa de conflictos neuróticos no resueltos. En un nivel más consciente algunas mujeres se quejan de falta de satisfacción con respecto a sus mamas, por su aspecto o por sus sensaciones, muchas mujeres nunca parecen haber tenido ninguna experiencia sexual placentera a través de sus mamas. Todo esto contribuye a una autoestima negativa o incierta.

Cualquiera que sea la actitud o las experiencias que las mujeres tengan de sus mamas, ellas constituyen inevitablemente una parte importante de su cuerpo y de su personalidad. Por tanto, muchas pacientes experimentan una amputación de mama como una pérdida importante de su identidad femenina, al mismo tiempo que se dan cuenta de que la pérdida es una condición necesaria para continuar viviendo. Algunas pacientes dicen: "está bien que me quiten la mama, por lo menos puedo vivir". Pero hay otras para las cuales la pérdida de la mama es comparable a la pérdida de un ser querido.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es evidente que, para las pacientes, las amputaciones de mama tienen implicaciones psicológicas además de las quirúrgicas. Una mastectomía por enfermedad cancerosa es un acontecimiento de importancia psicológica vital en la vida futura de la paciente.

Parece ser que hay una creencia general de que el cáncer y particularmente el cáncer de seno, son eventos altamente estresantes en la vida de una mujer.

Tal es así, que en las descripciones psicológicas de los pacientes, inmediatamente después al diagnóstico y tratamiento de cáncer, emergen repetidamente tres problemas característicos, que son: depresión, miedo y cambios en la vida de pareja (27).

LA DEPRESIÓN:

La depresión ha sido vista como una respuesta común al cáncer de seno, o como una respuesta acompañante de otros indicadores emocionales de molestias como la ansiedad, la ira y la hostilidad; son reacciones psíquicas naturales. La depresión del espíritu es transitoria y coincide con el descubrimiento del tumor, las primeras consultas, la decisión operatoria, las aplicaciones de radiaciones y los tratamientos quimioterapéuticos. Estas depresiones son ligeras y duran pocos días.

Cuando hay formas intensas y sobre todo de depresiones prolongadas, la mujer comienza a tener insomnios, estado continuo de tristeza, pérdida de interés y capacidad para la alegría, y llora fácilmente (28).

MIEDOS Y PREOCUPACIONES:

Al enfrentarse a una enfermedad y a una Intervención quirúrgica, se licitan muchos temores. En el caso específico de la cirugía del cáncer de seno, los temores y preocupaciones más comunes son: el miedo a la posibilidad de recurrencia y de necesitar en el futuro un nuevo tratamiento, preocupaciones acerca de la mutilación causada por la mastectomía, como el miedo a perder la feminidad, al dolor, a la dependencia, a ser abandonada, y finalmente miedo a morir; generando altos niveles de ansiedad.

CAMBIOS EN LA VIDA DE PAREJA:

Dentro del mundo particular de cada mujer y de la pareja en sí, el cuerpo o la apariencia física y más específicamente la mama tiene una participación variable, excluyendo su habitual contribución en el ámbito sexual-orgásmico, que es diferente de unas mujeres a otras, la mama es un ornamento sexual de atracción, cuya falta unilateral puede determinar complejos de inhibición, pérdida de identidad,

neurosis de ansiedad por la angustia de su estado y, finalmente, largos períodos de frigidez refleja. Se ha encontrado que las mayores repercusiones se dan en mujeres solteras que han tenido que ser mastectomizadas, y en mujeres comprometidas que tengan su boda inmediata. Pero también, casadas jóvenes y maduras se han encontrado con el temor directo de que su mutilación alejará a su compañero en la intimidad por la pérdida de la imagen como mujer; otras tienen el sentimiento de una menor valía y de frustración para la vida sexual, que las distancia del hombre (29).

Por ello, la mujer y su esposo pueden requerir aprender nuevas posiciones para dormir y hacer el amor, para evitar el discomfort en la relación sexual. Para superar todos estos problemas mencionados, el entorno familiar que rodee a la mujer es de crucial importancia, pues puede facilitar las cosas o hacerlas más difíciles.

El esposo o el hombre que sea su compañero afectivo y sexual, adquiere una importancia muy grande en la recuperación psíquica de la enferma. En estas circunstancias críticas, la mujer necesita más que nunca, el apoyo, comprensión y compañía de su pareja, por lo cual una separación en este momento de su vida sería caótica.

La mujer mastectomizada siente miedo de haber perdido sus atractivos sexuales como mujer sobre su pareja.

En mujeres que han procurado durante su vida predominantemente cultivar su belleza, vanidad y sus atractivos, la recuperación es aún más complicada, y no les parece comprensible que la pareja acepte la mutilación, pues aún la misma la mujer no tiene valor para aceptarse con su nueva identidad, por ejemplo; al verse desnuda y mirar la cicatriz, elude mirarse al espejo; utiliza el cuarto de baño y el tocador con las luces apagadas, como una forma de escapar a si nueva imagen corporal.

Por ello, su pareja debe minimizar de manera progresiva los temores de la mujer a perder la intimidad. El esposo no debe prestar especial importancia al observar la cicatriz por primera vez, y debe adaptarse a ella como a cualquier otra cicatriz corporal, lo que no significa borrar todo sentimiento de pena por los sufrimientos de su mujer antes y después de la cirugía; la paciente haya inmediatamente un gran alivio de la angustia de poder ser repudiada. Si por el contrario el marido no mira la cicatriz, evita hacerlo, o no la acepta, la mujer confirma sus temores de ser rechazada, y se siente profundamente desfeminizada, abandonada y poco amada.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Cáncer de mama. El cáncer de seno (o cáncer de mama) se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer en forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (masa o bulto).

Mastectomía simple o total.- En la mastectomía simple, se extraen los tejidos de la mama (lóbulos, conductos, y tejido graso) y una capa de piel donde se encuentra el pezón.

Seroma. El seroma es la acumulación de líquidos corporales claros en un lugar del cuerpo de donde se ha extirpado tejido mediante cirugía.

Linfoedemas. El linfedema es una acumulación de líquido linfático en los tejidos adiposos justamente debajo de su piel.

Imagen corporal: es la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente de sí mismo.

Paciente mastectomizada: es aquella paciente que ha sido sometida a una extirpación de mamas local o ampliada a causa de un cáncer mamario.

Manejo de las pacientes mastectomizadas sobre la rehabilitación.- Está dado por toda aquella información que refieren poseer las pacientes mastectomizadas sobre los ejercicios de rehabilitación en el miembro superior afectado, en relación a las generalidades, ejercicios de rehabilitación acostada, sentada y de pie.

CAPITULO III

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente trabajo académico profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de libro de ingresos y egresos, historias clínicas (edad y grado de instrucción) y las complicaciones quirúrgicas en el registro de intervenciones, en la Unidad de Oncología del Hospital nacional Ramiro priale Priale Essalud Huancayo, 2015 – 2016. Estos datos son coherentes y están relacionados al tema.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente, informe se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de enfermería, a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas.

En el proceso de recolección de datos: Se coordinó con el responsable de la red de gestión Hospitalaria para la obtención de datos como: Incidencia de cáncer de mama por grupo etáreo, número de mastectomías, etc. Luego se revisaron las historias clínicas y los Registros de ingresos y egresos de la Unidad de Oncología.

Procesamiento de datos: el procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Unidad de oncología.

Resultados: los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: entrelazamos los datos y resultados que se encontraron con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

3.2. Experiencia profesional

En el año 2007 se crea la Unidad de Oncología con 16 pacientes para atención en oncología clínica (pacientes para estudio y otros para tratamiento de quimioterapia) fecha en la que ingreso a esta unidad y donde hasta la actualidad me encuentro laborando.

En el año 2009 se incrementa la atención en quimioterapia ambulatoria con 12 a 16 pacientes en turno mañana de 7 am. A 1.00 pm. En el año 2013 se inicia el tratamiento combinado con tele terapia externa pacientes con patologías: cáncer de mama, linfomas, cáncer de próstata, cáncer gástrico etc. En la Unidad de oncología

mensualmente ingresan entre 60 a 70 pacientes con diversos tipos de cánceres la mayoría de ellos son adultos .En el año 2014 se apertura Cirugia Oncologica con 4 camas para pacientes quirúrgicos donde se realiza cirugía de abdomen, ginecológico y mama, interviniendo en esta última pacientes para tumorectomia y mastectomía de 1 a 2 pacientes por semana ,donde se ha podido observa el desconocimiento por parte de las paciente durante su proceso de hospitalización acerca del cuidado post quirúrgico, las complicaciones y sobre su cuidado en casa. Entonces a través de un plan educativo individualizado se logró disminuir los casos de complicaciones aumentando el conocimiento de las pacientes durante su hospitalización y en su casa. Y el cuidado que se realizo es acerca del control y manejo de drenaje, manteniendo la presión negativa, educación sobre los ejercicios físicos que debe de realizar paulatinamente para prevenir la limitación articular, linfademas, alteraciones posturales, fibrosis muscular, higiene , alimentación, tipo de vestidos y todo aquello que favorezca en su recuperación buscando su desenvolvimiento en sus actividades ya sea profesionales o domiciliarias previniendo las múltiples complicaciones; concientizando así a las pacientes para la participación activa en su recuperación involucrando a su vez a los familiares como medio de apoyo en este proceso.

El trabajo académico profesional que se ha tenido es el motivo de la realización del presente informe

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Procesamiento de datos: el procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Unidad de oncología.

Resultados: los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: entrelazamos los datos y resultados que se encontraron con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

IV. RESULTADOS

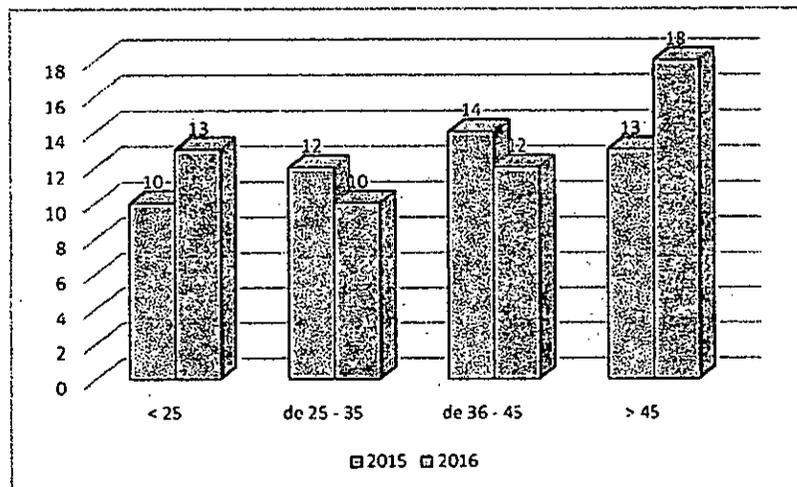
TABLA N° 4.1

PACIENTES SEGÚN EDAD INTERVENIDOS DE MASTECTOMIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD HUANCAYO 2015 – 2016.

Edades	2015		2016	
	F	%	F	%
< 25	10	20.4%	13	24.5%
de 25 - 35	12	24.5%	10	18.9%
de 36 - 45	14	28.6%	12	22.6%
> 45	13	26.5%	18	34.0%
TOTAL	49	100.0%	53	100.0%

Fuente: Oficina de Estadística

Gráfico N° 4.1



Interpretación

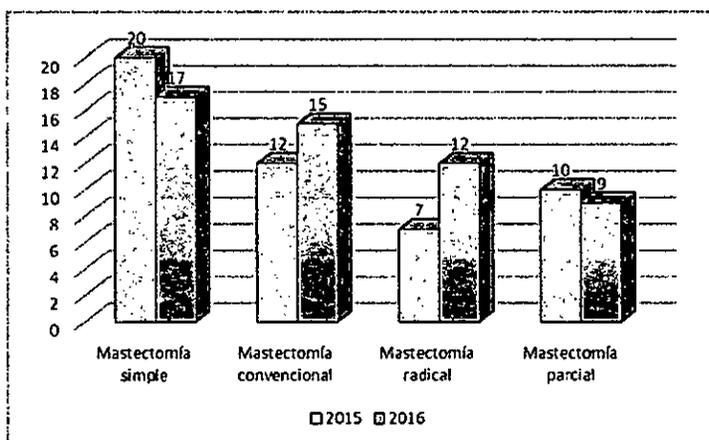
Con respecto a la presencia de pacientes atendidos en la Unidad de Oncología del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo 2015 – 2016, son de 18 pacientes mayores a 45 años en el 2016 y los que fueron atendidos en el 2015 fueron 14 pacientes de 36 a 45 años.

TABLA N° 4.2
COMPLICACIONES POST CIRUGÍA DE MASTECTOMIA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD HUANCAYO 2015 –
2016.

Tipo de Mastectomía	2015		2016	
	F	%	F	%
Mastectomía simple	20	40.8%	17	32.1%
Mastectomía convencional	12	24.5%	15	28.3%
Mastectomía radical	7	14.3%	12	22.6%
Mastectomía parcial	10	20.4%	9	17.0%
TOTAL	49	100.0%	53	100.0%

Fuente: Oficina de Estadística

GRÁFICO N° 4.2



Interpretación

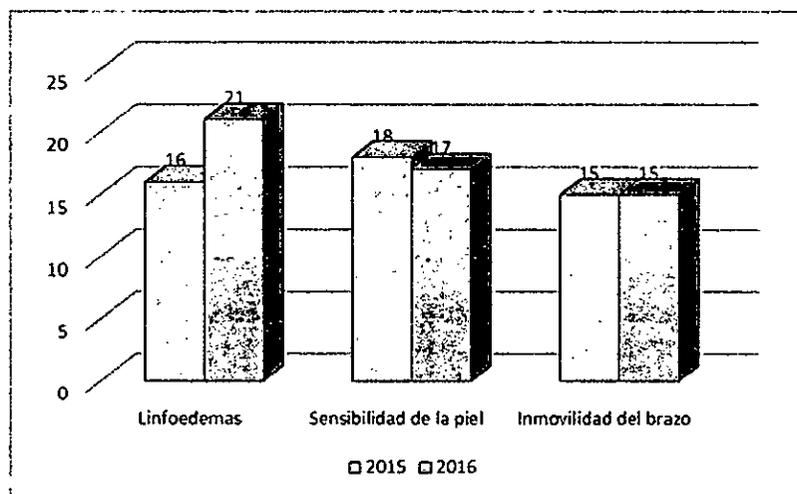
De acuerdo a lo recolectado la información sobre las Complicaciones Post Cirugía de Mastectomia en pacientes hospitalizados de la unidad de oncología del hospital nacional ramiro priale priale EsSalud Huancayo 2015 – 2016, la mastectomía simple es la que se aplica más en ambos años, en el 2015 fue de 20 pacientes y en el 2016 fue de 17 pacientes.

**TABLA N° 4.3
COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
MASTECTOMIA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD HUANCAYO 2015 –
2016.**

Complicaciones Tardías	2015		2016	
	F	%	F	%
Linfoedemas	16	32.7%	21	39.6%
Sensibilidad de la piel	18	36.7%	17	32.1%
Inmovilidad del brazo	15	30.6%	15	28.3%
TOTAL	49	100.0%	53	100.0%

Fuente: Registro de seguimiento de pacientes mastectomizadas.

GRÁFICO N° 4.3



Interpretación

Como se puede observar las complicaciones tardías de las Pacientes Sometidas a Mastectomía de la Unidad de Oncología del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo 2015 – 2016, en el 2015 fue de 18 pacientes en la sensibilidad de la piel y en el 2016 fue de 21 pacientes en linfoedemas.

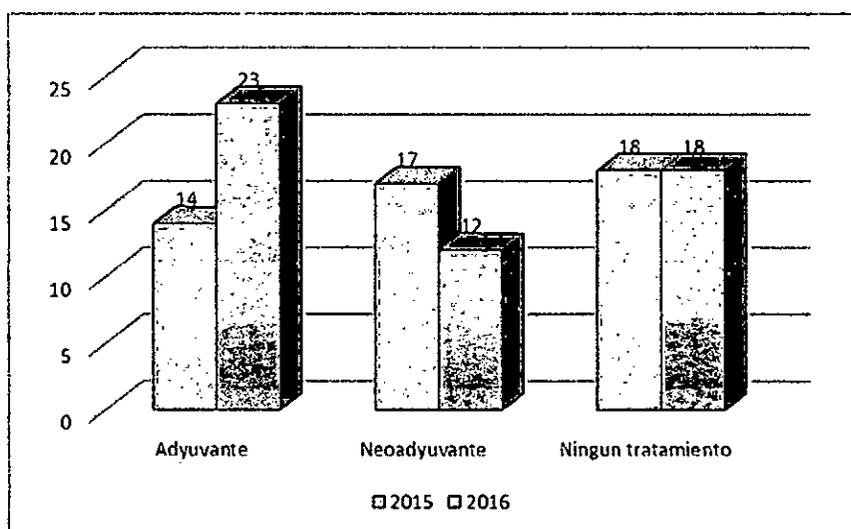
TABLA N° 4.4

PACIENTES CON TRATAMIENTO ADYUVANTE Y NEOADYUVANTE DE MASTECTOMÍA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD HUANCAYO 2015 – 2016.

Pacientes con tratamiento	2015		2016	
	F	%	F	%
Adyuvante	14	28.6%	23	43.4%
Neoadyuvante	17	34.7%	12	22.6%
Ningun tratamiento	18	36.7%	18	34.0%
TOTAL	49	100.0%	53	100.0%

Fuente: Registro de seguimiento de pacientes mastectomizadas.

GRÁFICO N° 4.4



Interpretación

Los datos nos muestran que los Pacientes con tratamiento adyuvante en el 2015 fueron de 14 pacientes y en el 2016 de 23 pacientes, los de neoadyuvante de mastectomía en el 2015 fueron de 17 y en el 2016 fueron de 12, mientras que 18 pacientes en ambos años no necesitaron un tratamiento en la unidad de oncología del hospital nacional ramiro Priale Priale Essalud Huancayo 2015 – 2016.

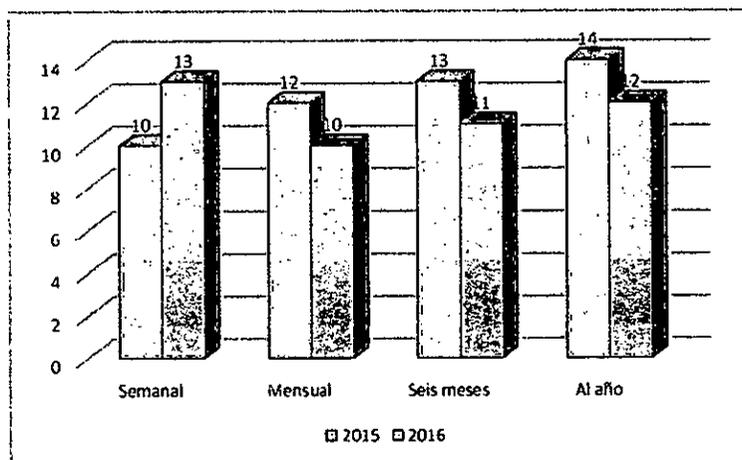
TABLA N° 4.5

EDUCACIÓN SOBRE CUIDADOS A PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD HUANCAYO 2015 – 2016.

Educación Sobre Cuidados	2015		2016	
	F	%	F	%
Semanal	2	4.1%	10	18.9%
Mensual	18	36.7%	13	24.5%
Seis meses	15	30.6%	16	30.2%
Al año	14	28.6%	14	26.4%
TOTAL	49	100.0%	53	100.0%

Fuente: Registro de educación a pacientes mastectomizadas.

GRÁFICO N° 4.5



Interpretación

La Educación sobre cuidados a pacientes Mastectomizadas en la unidad de oncología del hospital nacional ramiro Priale Priale Essalud Huancayo 2015 – 2016. Según los pacientes se dieron más en el 2015 al año para 14 pacientes, y en el 2016 se dieron semanal para 13 pacientes.

V. Conclusiones

- a) En cuanto a las complicaciones tardías de las Pacientes Sometidas a Mastectomia de la Unidad de Oncologia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo 2015 – 2016, en el 2015 fue de 18 pacientes en la sensibilidad de la piel y en el 2016 fue de 21 pacientes en linfedemas.
- b) De los pacientes con tratamiento adyuvante en el 2015 fueron de 14 pacientes y en el 2016 de 23 pacientes, los de neoadyuvante de mastectomía en el 2015 fueron de 17 y en el 2016 fueron de 12, mientras que 18 pacientes en ambos años no necesitaron un tratamiento en la unidad de oncología del hospital nacional ramiro Priale Priale Essalud Huancayo 2015 – 2016, así mismo se menciona que se sufrió un incremento sobre los tratamientos en los rubros 1 y 2.
- c) De la educación sobre cuidados a pacientes Mastectomizadas en la unidad de oncología del hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo 2015 – 2016. en el 2015 mencionan que al año se les realiza una educación sobre su cuidado, mientras que para el 2016 se mejoró siendo este dado a la semana para el cuidado personal del paciente.

VI. Recomendaciones

- a) Se recomienda la creación de un programa de salud específico para atender a mujeres con mastectomía, en donde podrá enfrentar sus temores, reestructurar sus ideas a nivel, físico, emocional y sexual
- b) Establecer sistemas y convenios de apoyo integrado por el ministerio de salud, municipalidad y sector académico universitario para mejorar la calidad de vida en mujeres con mastectomía en estas pacientes a través de la información, educación y comunicación.
- c) Se recomienda realizar estudios de investigación, sobre características sociodemográficas de la mujer con mastectomía para mejorar su calidad de vida.

VII. REFERENCIALES

1. Datos bibliograficos: Calidad de vida. [Online].; 2011 [cited 2016 Mayo 12. Available from: http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Calidad_de_vida&oldid=55680.
2. García A NACJAJRYFFea. Cáncer de mama. Guía para la gestión de .procesos asistenciales relacionados con el cáncer: proyecto oncoguías. [Consultado. [Online]. Available from: www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/mejora-practicascinicas/gestion-procesos-oncologicos-oncoguias.
3. Rodriguez Martinez M. Rodríguez Martínez MJ. Cáncer de mama Información imprescindible sobre tumores cancerígenos [en línea] Suite. 2013. [Online].; 2013 [cited 2016 Abril 8. Available from: Rodríguez Ma <http://suite101.net/article/cncer-de-mama-a5079>.
4. Española. A. Cáncer de mama. Elección del tratamiento. [Online]; 2014 [cited 2016 Febrero 21. Available from: www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMAAMA/Paginas/elecciondeltratamiento.aspx27.
5. Virues ERA. Estudio sobre ansiedad. [Online]; 2005 [cited 2016 Julio 13. Available from: <http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio/>.
6. P.A. A. El cáncer y la depresión. En: Manual de Psicooncología. [Online]; 2006 [Capítulo 10: 217- 218]. Available from: <http://studylib.es/doc/208330/nuevo-manual-de-psicooncolog%C3%ADa>.
7. OMS. Salud mental. [Online].; 2014 [cited 2016 Mayo 13. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.

8. OMS. [Online].; 2011. Available from:
<http://WWW.Who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.htl>.
9. Vázquez J ARBA. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 3. Available from:
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PISC1010220433A/15069>.
10. Bañón I CJCAEMGAGFea. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas. [Online].; 2009 [cited 2016 Abril 11. Available from:
<http://www.dep21.san.gva.es/deporihuela/wpcontent/uploads/2009/12/GUIA-MAMA.pdf>.
11. Solca IO. "Departamento de estadísticas". [Online]; 2012 [cited 2016. Agosto 20. Available from:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3538/1/Tesis%20Completa.pdf>.
12. Salcedo Álvarez RA GCBJMANRVCODERM. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. [Online].; 2012 [cited 2016 Setiembre 28. Available from:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201200300004&lng=es.
13. D BM. Desarrollo teórico de enfermería.. [Online].; 2012 [cited 2016. Agosto 15. Available from: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tp-n-2Leonera/70221538.html>.
14. Schaurich D COM. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007.. [Online].; 2010 [cited 2016 Julio 14. Available from:

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141471452010000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.

15. Taylor SG. Dorothea E. Orem. teoría del déficit de autocuidado. [Online]; . 2007 [cited 2016 Octubre 26. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004.
- 16.16 M. PA. Explorando la teoría general de enfermería de Orem.. 2011`citado. 9 Jul 2014];10(3): 163-67. [Online].; 2011 [cited 2016 Agosto 13. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>.
17. Espil M. Calidad de vida en las pacientes mastectomizadas, atendidas en el Hospital Essalud Victor Lazarte Echegaray. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 8. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/510/2/ESPIL_MARCO_CALIDAD_VIDA_MASTECTOMIZADAS_CONTENIDO.pdf.
18. Marcos Espino MP TBE. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico.. [Online].; 2013. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>.
19. SG. T. Defining clinical populations from self-care deficit theory (SCDT) perspective. [Online].; 2010. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004.
20. CA. LR. Enfermería ciencia y arte del cuidado.. [Online].; 2006. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192006000400007&lng=es.

21. Planificación Md. Guía para la flexibilidad y el autocuidado. Chile. [Online].; 2012 [cited 2016 Agosto 2. Available from: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/5327682153ba8c2683ac7e.pdf>.
22. HARRIS, J. (1979) The Breast Cancer Digest. Maryland: National Cancer Institute.
23. HERSCH, S. (1984) Aspectos Psicológicos de los pacientes con cancer. En: De Vita, V.Jr., Hellman, S. y Rosemberg, S. Cancer: Principios y Practicas de Oncología. Barcelona: Salvat. Vol. 2 Pag. 247 – 258.
24. HUGHSON, A. COOPER, A. MC ARDLE, C. Y SMITH, D. (1988) psychosocial consequences of mastectomy: Leves of morbity and associated factors. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 32 (4-5) Pag. 383 – 391.
25. IBAÑEZ, E. (1995) Frente al Espejo. EL TIEMPO “Libro de la Sexualidad”. Fasciculo 11. Oct. 24.
26. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (1995) Reporte de Estadística, Epidemiología.
27. LEIS, H. (1990) Epidemiología en el cancer de mama. En: Strombeck, J. y Rosato, F. Cirugía de la Mama: Diagnostico y tratamiento de las enfermedades de mama. Barcelona: Salvat. Pag. 102 – 107.
28. MARGOLIS, E. GOODMAN, R. Y RUBIN, A. (1990) Psychological effects of breast – conserving cancer treatment mastectomy. Psychosomatics. Vol. 31 (1), Pag. 33 – 39.

29. MAUNSELL, E. BRISSON, J. Y. DESCHENES, L. (1992) Psychological Distress After Initial Treatment of Breast cancer. *Jul. Vol. 70 (1)*, Pag. 120 – 125.

ANEXO

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN EN EL HOSPITAL

Ejercicio 1

a) Suba el brazo afectado intentando tocarse la cabeza.

Realice el movimiento de peinarse, manteniendo la cabeza derecha.

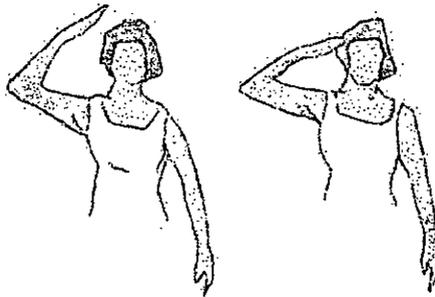


Figura 8.- Tocarse la cabeza

Ejercicio 2

a) Cuando la enfermera se lo indique, apoye las palmas y antebrazos sobre la pared en ángulo recto. Con los dedos del lado afectado, trepe

lentamente por la pared sin separar el codo de la misma, intentando llegar cada vez más alto.

b) Al principio se repetirá 3 ó 4 veces hasta llegar a 10.

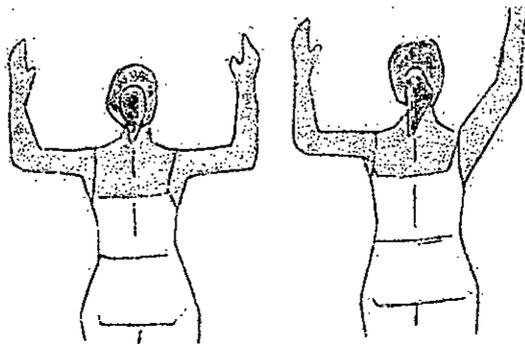


Figura 9.- Apoyarse en la pared

Ejercicio 3

a) Extienda los brazos a la altura de los hombros.

Gírelos 10 veces hacia atrás, según figura.

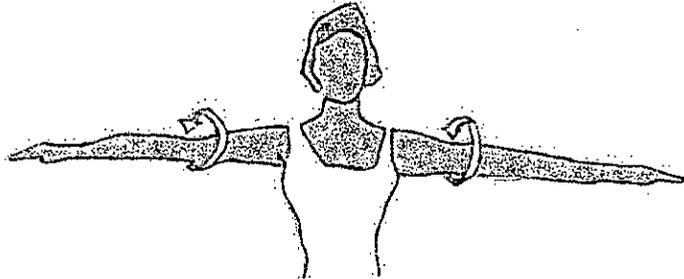


Figura 10.- Brazos estirados

b) Gire los brazos ahora en sentido contrario, hacia adelante otras 10 veces. Si es necesario descanse y coordine la respiración cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.

Ejercicio 4

a) Antebrazos elevados a la altura del pecho, en ángulo recto.

Presione las palmas de las manos.

b) Deje de presionar las palmas de las manos.

c) Repita 10 veces.

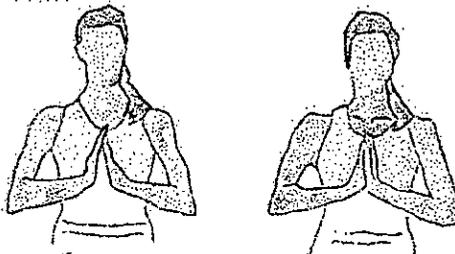


Figura 11.- Presione palmas de las manos

Ejercicio 5

a) Haciendo ángulo recto, doblando el codo y las manos extendidas hacia abajo, simule fregar cristales.

b) Eleve los brazos y haga lo mismo por encima de la cabeza.

c) Repita 10 veces.

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN EN CASA

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN ACOSTADA: En la cama o suelo, con las rodillas y caderas dobladas y los pies planos tocando el suelo

Ejercicio 1

- Sostenga la vara con ambas manos (las palmas hacia arriba).
- Levántela sobre su cabeza hasta donde pueda. Use el brazo sano afectado para ayudar a levantarla hasta sentir un estiramiento en su brazo afectado.
- Mantenga cinco segundos.
- Baje los brazos y repita.

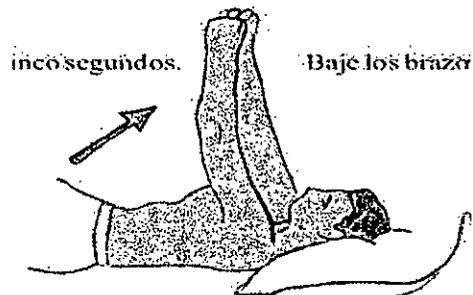


Figura 13.- Palmas arriba

Ejercicio 2

- Una las manos detrás del cuello, con los codos hacia el techo.
- Separe y muévalos hacia la cama o suelo, mantenga cinco segundos, descanse y repita.



Figura 14.- Manos detrás del cuello

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN SENTADA:

Siéntese con la espalda recta y los pies bien apoyados en el suelo.

Ejercicio 3

a) Apóyese en el respaldo muy cerca de una mesa; coloque el brazo que no está afectado sobre la misma y doble el codo con la palma de la mano hacia abajo (no mueva este brazo).



Figura 15.-Apoyada en una mesa

b) Coloque el brazo afectado, totalmente estirado sobre la mesa, con la palma de la mano hacia abajo. Sin mover el cuerpo, deslice este brazo adelante (sentirá el movimiento del omóplato).

Descanse el brazo y repita. (39)

Ejercicio 4

Siéntese en una silla sin apoyarse en el respaldo. Sus brazos deben estar hacia los lados con los codos doblados.

Trate de unir los omóplatos moviendo los codos hacia atrás manteniéndolos alineados, sin subirlos hacia las orejas.

Mantenga cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

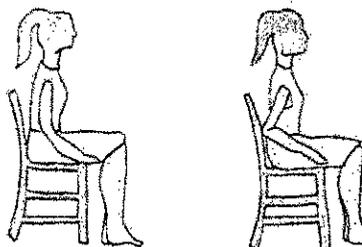


Figura 16.- Sentada en una silla

Ejercicio 5

Siéntese en una silla, frente a un espejo.

a) Eleve el brazo del lado afectado sobre la cabeza intentando tocar la oreja contraria. Mantenga en todo momento la cabeza alineada sin inclinarla. Vuelva a la posición inicial y repita. (40)

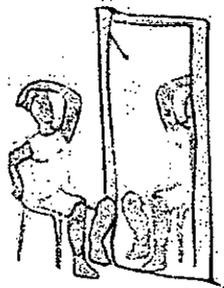


Figura 17.- Sentada frente al espejo

Ejercicio 6

a) Coja una cuerda de aproximadamente dos metros y pásela por encima de una puerta. Siéntese y coja los extremos de la cuerda, uno con cada mano.

b) Tire de ella con la mano derecha y la mano izquierda alternativamente, manteniendo cinco segundos.

Empiece a tirar con el brazo no afectado.



Figura 18.- Pasar la cuerda por encima de la puerta

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN DE PIE

Ejercicio 7

a) Mirando hacia la esquina de la pared y con los pies aproximadamente a dos palmos de ella, doble los codos y coloque los

antebrazos en la pared, uno en cada lado.

Eleve los codos lo más que pueda a la altura de los hombros.

b) Mantenga los brazos y los pies en la misma posición y acerque el tórax hacia la esquina. Vuelva a la posición inicial y repita.

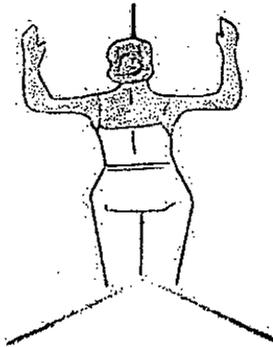


Figura 19.- En la esquina de la pared

Ejercicio 8

a) Póngase de frente a la pared, con los pies aproximadamente a dos palmos de ella.

b) Coloque las manos en la pared y trate de subir lo máximo que pueda, manteniendo cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

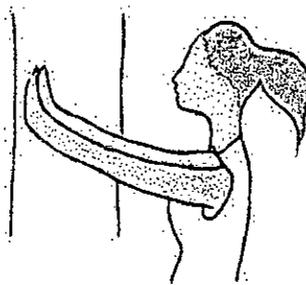


Figura 20.- Sosteniendo la pared

Ejercicio 9

- a) Póngase de lado a la pared, con los pies aproximadamente a dos palmos de ella.
- b) Coloque las manos en la pared y trate de subir lo máximo que pueda cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

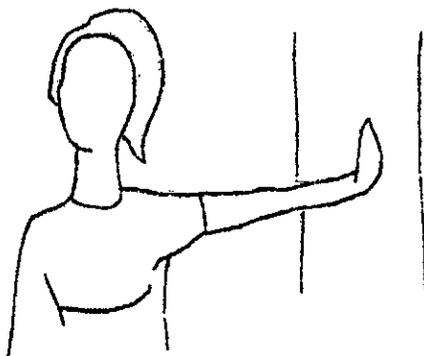


Figura 21.- Con una mano en la pared

Ejercicio 10

- a) De pie con las piernas separadas y los brazos extendidos al frente, tome un bastón o palo de escoba.
 - b) Levántelo con los codos rectos por encima de la cabeza. Baje el bastón hasta ponerlo detrás de la cabeza. Mantenga cinco segundos.
- Vuelva a la posición inicial y repita.

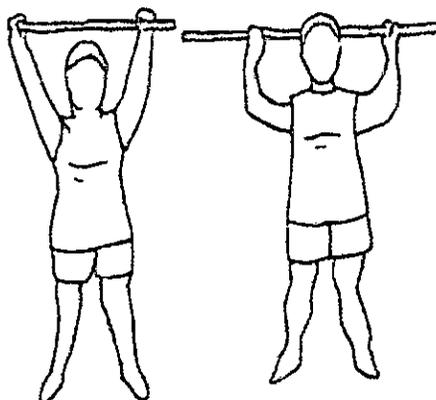


Figura 22.- Sosteniendo un bastón

Ejercicio 11

- a) De pie con los brazos extendidos, coja un bastón por detrás de la espalda.
- b) Levántelo hasta notar estiramiento y manténgalo cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

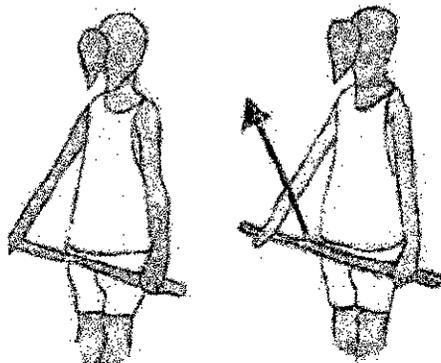


Figura 23.- Bastón detrás de la espalda

Ejercicio 12

- a) De pie con los brazos extendidos, coja un bastón por los extremos, elevándolo hacia el lado.
- b) Empújelo con el lado sano y mantenga cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

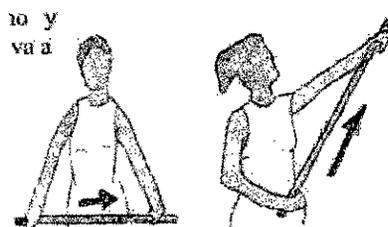


Figura 24.- Coger el bastón por los extremos

