

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
UNIDAD SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES
POST-OPERADOS DE CIRUGÍA DE MAMAS, SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN 4TO. PISO ESTE, INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2016

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN
ONCOLOGÍA

CAROLINA VICTORIA BRINGAS CASTAÑEDA

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	PRESIDENTA
➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	SECRETARIA
➤ MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	VOCAL
ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 139

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 25/05/2017

Resolución Decanato N^o 1054-2017-D/FCS de fecha 24 de Mayo del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para ta obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 Descripción de la situación problemática	03
1.2 Objetivo	05

1.3 Justificación	05
II. MARCO TEÓRICO .	06
2.1 Antecedentes	06
2.2 Marco Conceptual	09
2.3. Definición de Términos	18
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.1 Recolección de datos:	20
3.2 Experiencia profesional	20
3.3 Procesos realizados en el presente Informe	21
IV. RESULTADOS	26
v. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIALES	34
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer. En España, la incidencia de un carcinoma de este tipo se puede cifrar en 4 ó 5 por cada cien mujeres. Además, de cada cien cánceres de mama, 99 asientan en la población femenina, mientras que uno se presenta en varón.

Para este tipo de tumor se cuenta con varias armas terapéuticas como son: Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia y Tratamiento Hormonal.

Unas tienen un campo de acción local o regional, como ocurre con la cirugía y la radioterapia cuyo objetivo es erradicar la enfermedad mediante una acción directa sobre la mama.

En cambio, el tratamiento hormonal y la quimioterapia extienden su acción a todo el organismo y son generalmente complemento de las primeras.

El tipo y la extensión de la cirugía de la mama dependen del tamaño del cáncer. Siempre que se puede se utiliza la cirugía conservadora de la mama con o sin extirpación de los ganglios linfáticos. Sin embargo, en otras ocasiones es necesario la extirpación de todo el tejido mamario con ganglios de la axila y a veces, incluso el músculo pectoral menor.

La extirpación de estos ganglios puede dificultar el drenaje linfático normal del brazo, favoreciendo la aparición posterior de edema (hinchazón), en gran medida.

I.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1 .1. Descripción de la Situación Problemática

El cáncer de mama es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Para el año 2010 en Colombia la incidencia estuvo alrededor de 30 casos por 100.000 mujeres, en comparación con ta de países como Estados Unidos que es de 91 casos por 100.000 mujeres y Europa de 81 casos por 100.000 mujeres, (2) estas altas incidencias pueden ser un efecto conocido del aumento en el uso de los métodos de tamizaje.

Este tipo de cáncer se ha relacionado con factores de riesgo no modificables (edad, sexo, menarquía temprana y menopausia tardía, antecedentes y edad al nacer el primer hijo) y otros poco modificables (hormonal y nutricional), por ello todos los esfuerzos por disminuir su morbilidad y mortalidad, aunque no su incidencia, se encuentran encaminados hacia un diagnóstico precoz, mediante, medidas de prevención secundaria desde programas de detección precoz poblacionales, para que con ello se logren tratamientos menos agresivos e invalidantes y un incremento en la supervivencia.

En Perú, como en la mayoría de los países del Tercer Mundo, el mayor porcentaje de casos se diagnostica cuando el cáncer de mama está muy avanzado y las posibilidades terapéuticas de curación son muy limitadas. Esto sucede por múltiples razones. En primer lugar, el cáncer de mama es una enfermedad silenciosa que usualmente no produce síntomas sino cuando ya ha invadido otros órganos. En segundo lugar, el cáncer de mama no duele y cuándo una mujer siente una masa no dolorosa, no le presta la suficiente atención y no acude al médico de manera oportuna, sino cuando la

lesión ya ha progresado. En tercer lugar, aparecen los sentimientos negativos de los pacientes frente a los servicios médicos; esto significa que las personas con síntomas sienten miedo del posible diagnóstico y el posterior tratamiento o simplemente sienten vergüenza de mostrar el órgano afectado. En cuarto lugar, un gran porcentaje de peruanos que no tiene acceso a los servicios médicos. Finalmente, otra causa importante del diagnóstico tardío de la enfermedad se relaciona con los servicios médicos cuando no ofrecen un diagnóstico ni tratamiento de manera oportuna, es decir, hay menor utilización de las pruebas de detección temprana como autoexamen de mama, examen clínico de mama y mamografía.

Aunque la principal fuente de la educación para la salud son los médicos y/o enfermeras, muchas personas obtienen información de los medios masivos de comunicación radio, prensa y televisión, las cuales aportan cada vez más información sobre las enfermedades y sus métodos de prevención. Las campañas nacionales masivas de información han sido sumamente efectivas y con el pasar del tiempo han tomado conciencia acerca de la importancia de llevar a la población femenina la iniciativa de practicar el autoexamen de mama, entender que no es cuestión de elección sino de necesidad.

1.2. Objetivo

Describir el informe laboral profesional en las intervenciones de enfermería en pacientes post operados de mama en el servicio de hospitalización 4to. Piso Este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

1.3. Justificación

El cáncer de mama es un tipo de cáncer que se genera en las células mamarias, las cuales hacen que el cuerpo se enferme; es posible que se tenga la concepción de que sólo las mujeres pueden desarrollar cáncer de mama, pero, en realidad, como todos los seres humanos tienen tejido mamario, los hombres también pueden sufrir de esta enfermedad (aunque es poco común). Para . Perú las estadísticas han demostrado que 1 de cada 100.000 hombres padece de cáncer de mama. Es probable que una persona que padece cáncer de mama tenga células cancerosas sólo en una parte de la mama y que éstas puedan detectarse al tacto como un nódulo (bulto). O bien, el cáncer puede extenderse en la totalidad de una o ambas mamas. A veces, el cáncer de mama se extiende a otras partes del cuerpo, es decir, hace metástasis. (3)

El presente trabajo de grado se centra en la prevención de cáncer de mama, dirigido a profesionales de enfermería y la intervención de los problemas más comunes que se despliegan frente a la enfermedad mediante actividades de promoción y prevención primaria, y actividades de detección temprana, partiendo del hecho que un gran número de enfermedades se derivan de su desarrollo y manifestación, que afectan no solo a la mujer sino que se proyectan a la pareja, familia y sociedad

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

ALIAGA M, NUVIA; Ballesteros R., Garbiñe. España (2013), en su artículo titulado "Rehabilitación en cáncer de mama", siendo su objetivo considerar los aspectos físicos de la rehabilitación del cáncer de mama proporcionando información y recomendaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de la paciente tratada por un cáncer de mama. Se concluye que los pacientes operadas por cáncer de mama con problemas respiratorios, edad avanzada o en las que se realizó simultáneamente una reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo de recto abdominal, deben tener kinesioterapia respiratoria en el postoperatorio inmediato, basada en: ejercicios respiratorios diafragmáticos y costal inferior, tos asistida y en algunos casos movilización de secreciones. • Además en pacientes en que se realiza reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo de recto abdominal debe realizarse prevención de trombosis de extremidades inferiores realizándose ejercicios activos de extremidades inferiores e isométricos de glúteos. Es recomendable la realización de ejercicios terapéuticos grupales cuyo objetivo es entregar normas generales de manejo y consolidar lo logrado en el período post-operatorio inmediato.

ORTEGA-LÓPEZ, MARGARITA, TRISTÁN RODRÍGUEZ, ALEJANDRA. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes en mujeres a nivel mundial y causan más muertes cada año. El diagnóstico oportuno es muy importante ya que es de relevancia en la elección y eficacia del tratamiento, teniendo mayor éxito cuando se detecta temprano. La mejor estrategia para la detección temprana es a través de la prevención primaria mediante información, orientación y educación a la población femenina acerca de los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud. El objetivo del estudio fue identificar dominios y clases afectadas en paciente postoperada de mastectomía. Materiales y Métodos: Estudio de caso en paciente femenina de 47 años de edad diagnosticada con cáncer de mama izquierda, realizándole mastectomía radical izquierda en una institución de salud del sector privado de Tampico, Tamaulipas, México. Se aplicó el proceso enfermero, realizando la valoración de enfermería con la Taxonomía II de Diagnósticos de enfermería, se describen los dominios

y clases afectadas en el periodo posoperatorio, implementándose el plan de cuidados de enfermería con las interrelaciones diagnósticos, intervenciones y resultados. Resultados: La paciente evolucionó favorablemente, egresando al tercer día de la intervención quirúrgica, se proporcionó educación para sus cuidados en el domicilio. Discusión y Conclusiones: Al finalizar la investigación del caso, se observó la importancia de llevar a cabo el plan de cuidados de enfermería con las respectivas interrelaciones para brindar atención de calidad

RIQUELME E. BEATRIZ. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. La atención profesional de enfermería que brindamos a las mujeres con cáncer de mama en el Instituto Oncológico de Clínica Las Condes está concebida actualmente, como un proceso dinámico, flexible, continuo y considerando a la paciente como un ser bio-sicosocial único e irrepetible. Estamos muy conscientes de que ya no basta la atención profesional y técnicamente especializada. Lo que la paciente espera de nosotras es que seamos capaces de identificar cuales son "sus necesidades específicas" y en base a eso brindarle los cuidados necesarios. A

continuación haremos una reseña de las actividades básicas que realizan las enfermeras del Centro Integral de la Mama, en el ámbito de la prevención, educación y cuidados específicos que se brindan a las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico y/o quimioterapia, integrando a la paciente en todo momento con un rol activo, en las diferentes etapas de la enfermedad.

ALMANSA MARTÍNEZ, Pilar, en su tesis doctoral titulada "Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama" España (2015), cuyo objetivo es estudiar la calidad de vida en mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama, identificando las secuelas físicas y psicológicas que padecen Se determinó que el tamaño de ta muestra tenía que ser como mínimo de 110 mujeres. Mediante un muestreo aleatorio simple, se obtuvo una muestra de 156 mujeres. Se determinó que el tamaño de la muestra tenía que ser como mínimo de

110 mujeres. Mediante un muestreo aleatorio simple, se obtuvo una muestra de 156 mujeres. El análisis de los resultados obtenidos permite determinar que las mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama, presentan secuelas de tipo físico y psicológico, que repercuten en su calidad de vida. Concluyendo que la calidad de vida de las mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama se ve afectada tanto por secuelas de tipo físico como de tipo psicológico. Las secuelas físicas engloban los problemas del brazo, el estado físico, los problemas de alimentación y los problemas de la mama. Las de tipo psicológico abarcan la insatisfacción de la imagen corporal, el estado emocional, el funcionamiento social y el funcionamiento sexual. • Más del 80% de estas mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años desde el diagnóstico, padecen problemas del brazo, alteraciones del estado físico, mal estado emocional, funcionamiento sexual y molestias de la mama. Más del 60% padecen insatisfacción de la imagen corporal. El funcionamiento social está alterado en más del 25% de las mujeres estudiadas, y por encima de un 10% de estas mujeres identifican problemas de alimentación.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama. El Salvador: Minsal. 2006, siendo sus resultados las actividades de prevención, incluir información y educación acerca de los factores de riesgo y estilos de vida saludables, las actividades de detección temprana debe ser realizadas por todos los profesionales de salud en todos los niveles de atención y es necesario que se establezcan un sistema de registro y control de los casos detectados. Y concluyendo que la correcta aplicación de la guía, es responsabilidad profesionales brindar la atención y lograr la disminución de morbilidad por en cáncer de mama.

2.2. Marco Conceptual

Hablaremos de algunas definiciones de la mama embriología, anatomía y fisiología, posteriormente se analizara la oncogénesis, epidemiología, factores de riesgo e historia natural del cáncer de mama, seguido de las alternativas de tamizaje y detección, y para finalizar las etapas de prevención del mismo.

2.2.1 Definición

El cáncer es una de las pocas enfermedades que se ha identificado tanto con la muerte inevitable, su alta incidencia y curso prolongado y doloroso, lo han convertido en un padecimiento de interés para expertos y para la población en general, aunque los logros en el diagnóstico temprano y en la terapéutica son alentadores y recalcan el pronóstico, no deja de ser una enfermedad fatal. Sin duda alguna se ha convertido en un tema primordial y preocupante para la salud pública como ya se mencionó.

De ahí que, abordar una enfermedad como el cáncer de mama que día tras día cobra más importancia en la población femenina, implica considerar el enfoque de género, el enfoque de derechos y el enfoque de riesgo. El enfoque de género plantea un abordaje de la realidad buscando la equidad e igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, considerando las condiciones de riesgo, económicas, políticas y sociales en que se desenvuelven.

El concepto de género se fundamenta en los roles de los hombres y las mujeres, de los niños y las niñas, contruidos socialmente, en torno a las diferencias sexuales. Significa, igual tratamiento de las mujeres y los hombres ante la ley y las políticas y el acceso a recursos y servicios, tomando en cuenta las necesidades específicas de cada persona de acuerdo a su edad, dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general. La equidad de género significa imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres y requiere de proyectos y programas para poner fin a las desigualdades existentes.

En cuanto al enfoque de derechos, se sostiene que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos a: la vida, seguridad, educación, alimentación, vestido, vivienda, agua y saneamiento adecuados, en armonía con la naturaleza; considerando al ser humano como el elemento central del desarrollo. El enfoque de derechos, aplicado a la prevención y control de cáncer de mama, tiene como objetivo principal el mejorar la calidad de vida a nivel individual, de parejas y de la población en general a través de la prestación de servicios integrales de salud.

Por último, el enfoque de riesgo es un abordaje de atención en salud basado en considerar factores potenciales de daños a la salud, identificando factores de riesgo como características, hechos o circunstancias que determinan la probabilidad de enfermar o morir.

Aplicado en la salud reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: factores de riesgo reproductivos, la concurrencia de enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como de factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbimortalidad en la mujer.

La atención en salud con enfoque de riesgo, implica una necesidad de mayor o menor cuidado de la mujer en su salud reproductiva y prevención del cáncer de mama, de acuerdo a su riesgo, lo cual se hará tomando en cuenta los recursos y tecnologías existentes en los niveles y grados de complejidad que la atención requiera. En este marco es trascendental que los profesionales de la salud, consideren este enfoque de riesgo, como una estrategia de salud que conlleva un cambio individual, familiar, social y cultural, acorde con los derechos reproductivos de las personas.

2.2 Oncogénesis, epidemiología y factores de riesgo del cáncer de mama

Hoy en día se sabe que una célula cancerosa de mama tiene como tiempo de duplicación entre 100 a 300 días. Así mismo, una neoplasia de mama con Icm de tamaño sufre cerca de 30

duplicaciones antes de alcanzar este tamaño y este cáncer con 1cm . tiene, como mínimo, cerca de 7 años de evolución. Sin embargo pueden existir casos de crecimiento más rápido, pero la gran mayoría de estas neoplasias entran en el primer grupo, lo que hace de ésta una de las neoplasias de crecimiento más lento.

Como se mencionó anteriormente, desde el nacimiento hasta la menarquia, pocas transformaciones se han dado en la mama. En este momento por acciones hormonales, toman forma adulta las unidades funcionales de la mama, los acinos. El número de estas unidades aumenta en cada ciclo menstrual hasta aproximadamente los 35 años. Por consiguiente se puede deducir que, cuantos más ciclos menstruales existen, más unidades funcionales existirán. Tal vez por eso el aumento de frecuencia de neoplasia de mama en mujeres con menarquias precoces y menopausias tardías.

A partir de los 35 años aproximadamente, comienza la involución mamaria, que es más notoria a partir de la menopausia. Es a partir de este momento en que comienza a aparecer más patología mamaria, en base a las alteraciones que van a dar lugar a la involución.

Es también en este momento que los mecanismos de regeneración celular pueden comenzar a sufrir alteraciones. Así, el esquema normal de regeneración celular puede ser sustituido por mecanismos que lleven a fibrosis, adenosis o a hiperplasia. Esta hiperplasia puede llevar a atipia celular, llegándose al límite de benigno/maligno, o sea a Hiperplasia Epitelial Atípica. La transformación de "neoplasia In Situ" a "neoplasia Invasiva", corresponde al pasaje de la membrana basal, último reducto de la localización de la dolencia maligna.

La tendencia actual de los profesionales de la salud, es realizar los máximos esfuerzos para identificar los grupos de personas con mayores posibilidades de desarrollar algún tipo de cáncer, lo cual

ha sido y es motivo de extensas investigaciones. En el caso del cáncer de mama, desde hace mucho tiempo han sido descritas una serie de variables asociadas con un mayor riesgo a desarrollar cáncer de mama y últimamente, nuevos factores han incrementado esta lista. Identificar pacientes con cáncer asintomático de mama no es tarea fácil, puesto que los procedimientos diagnósticos son costosos, por eso es preciso seleccionar los grupos de personas con un alto riesgo, para emplear con ellos los procedimientos necesarios para un diagnóstico precoz.

Tratándose del cáncer de la mama, existen dos características que nos permiten excluir un buen sector de la población. En primer lugar el sexo, en el hombre este tipo de cáncer es raro; en casi todas las estadísticas mundiales, incluyendo las de nuestro país, la incidencia varía entre 0,5 a 1% en relación a la mujer, es decir que alrededor de cada 200 casos de cáncer en la mujer, ocurre uno en el hombre.

El otro factor de exclusión es la edad, el cáncer de mama es raro en la mujer joven, aunque se han descrito casos incluso en la niñez, pero en general el riesgo es bajo en las mujeres menores de 35 años. Sin embargo en los últimos años, y debido al avance y mejora de los medios de diagnóstico sobre todo en imagenología, los diagnósticos son más precoces y el pico más alto de edad de incidencia está disminuyendo. En general, se considera que la edad de mayor riesgo en la mujer está entre los 45 y 65 años.

En cuanto a la raza, la incidencia y mortalidad en los países occidentales donde predomina la raza blanca, siempre ha sido alta. En los EE.UU. y en el Norte de Europa estos factores son 5 veces más altos que en los países de Asia y África, debiendo mencionar que en el Japón la incidencia del cáncer de mama es mucho más baja que en los demás países del mundo; en el sur de

Europa y en Sudamérica las tasas son intermedias entre estos dos extremos.

Otro factor importante de riesgo es la historia reproductiva. Cuanto más largo es el tiempo de flujo hormonal ovárico, las posibilidades de hacer un cáncer de mama son mayores; esto sucede con las mujeres que tienen una menarquia temprana y una menopausia tardía. La castración, ya sea quirúrgica o por radioterapia reduce sustancialmente en la mujer el riesgo a tener cáncer de mama. Si es realizada antes de los 35 años, la reducción es al 40% de la mujer que tiene su menopausia natural. La característica reproductiva más fuertemente asociada al riesgo de cáncer de mama es la edad a la que la mujer tiene su primer embarazo, las mujeres que tienen su primera gestación a término alrededor de los 18 años, tienen sólo un tercio del riesgo de las mujeres que tienen su primer hijo hacia los 30 años, y las mujeres que tienen su primer hijo después de los 30 años, realmente tienen un riesgo un poco más alto que las que no tienen hijos.

Desde hace mucho tiempo se han relacionado la lactancia y el cáncer de mama, y ha habido numerosos estudios en la literatura tratando de probar el efecto protector de la lactancia en la génesis de esta enfermedad. Sin embargo la mayoría de los estudios muestran en forma concluyente que ésta no representa un factor de protección contra el cáncer de mama.

2.2.3 Alternativas de Detección

Se hace considerando que la mama es un órgano fácilmente accesible al examen y por consiguiente susceptible de un diagnóstico rápido, para ser sometida a un tratamiento precoz y adecuado y así obtener excelentes resultados incluso cosméticos, con una supervivencia larga y libre de enfermedad. Sin embargo, en nuestro país y nuestro medio más específicamente, la realidad es otra.

Esta dificultad para el diagnóstico inicial del cáncer de mama, se debe a varios factores. En primer lugar la falta de educación de nuestra población que no acude a exámenes rutinarios de mama sino cuando la enfermedad ya está muy avanzada. Por otra parte, generalmente la mama no es examinada en el examen físico de

rutina y además cuando esto ocurre, los profesionales de la salud que examina la mama, lo hace en forma muy superficial e inadecuada. El diagnóstico de los tumores de la mama, básicamente comprende: Autoexamen de mama, Examen clínico de mama y Mamografía.

a) Autoexamen de mama (AEM). Es un examen que no causa ninguna incomodidad y permite detectar el cáncer de mama en su etapa inicial; generalmente debe realizarse una vez por mes, dos o tres días después de finalizada la menstruación durante al menos 2 minutos por la misma mujer sin ropa preferiblemente de la cintura para arriba. (15)

b) Examen clínico de mama (ECM). Examen de la mama realizado por un profesional de la salud para verificar cambios en el tamaño y movilidad de la mama, en el aspecto de la piel o del pezón, la aparición de una secreción anormal, de dolor importante o la presencia de ganglios aumentados de tamaño en las axilas. (16)

c) Mamografía. Es una radiografía de baja radiación realizada en la glándula mamaria, que puede detectar anomalías que clínicamente no son perceptibles, delinear masas palpables e

identificar posibles irregularidades asociadas en el seno contralateral y según la proyección utilizada, demostrar la presencia de ganglios anormales en la axila.

La mamografía constituye el método más confiable y de mayor precisión para la detección temprana del cáncer de seno en su etapa inicial, cuando hay más posibilidades de tratamiento. Se recomienda que las mujeres mayores de 50

años se realicen una mamografía de control, cada dos años y las mujeres con riesgo de padecer un cáncer de mama cada año, a partir de los 35 años. (17)

2.2.4 Etapas de prevención de cáncer a las mamas

- a. Prevención primaria. Se debe realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.
- b. Prevención secundaria. Se debe efectuar mediante el autoexamen de mama, examen clínico de mama y mamografía. Una vez detectada la lesión a través de dichos procedimientos, se procede al diagnóstico confirmatorio y al tratamiento adecuado de manera oportuna y con calidad.
- c. Prevención terciaria. Se debe ejecutar en los casos necesarios mediante la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de las mujeres que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, según lo ameriten. Además, se debe orientar sobre la existencia de grupos de apoyo.

2.2.5. Modelo de Teoría de Enfermería

Según Virginia Henderson la Enfermería es la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona -con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizara estas actividades sin ayuda. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito. El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza al plan de cuidados de este para

proporcionar el cuidado al paciente. Henderson, identifica tres modelos de función enfermera: Sustituta (compensa lo que le falta al paciente, Ayudante (establece las intervenciones clínicas), y Compañera (fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud). Esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería. (14)

La Teoría de Autocuidado orienta a la enfermera en el desempeño de su profesión, la ayuda a diagnosticar necesidades de autocuidado cuando la salud se ve alterada, como es el caso del paciente póst operados de mama.

Dorotea Orem en su Teoría de los Sistemas de Enfermería (1971) describe tres sistemas de cuidados de enfermería: El primero es el procedimiento de respaldo educativo para el paciente que es capaz y necesita aprender las actividades del cuidado propio, este procedimiento facilita el cuidado universal de sí mismo mediante la . enseñanza, la guía y el cambio ambiental; el segundo procedimiento parcialmente compensatorio asiste a los pacientes incapacitados para realizar algunas actividades de la autoatención, la enfermería mejora los requisitos de desarrollo del cuidado propio, asistiendo al paciente en estas actividades; por último, el procedimiento totalmente compensatorio del cuidado de sí mismo, se proporciona a pacientes incapacitados, es decir, la enfermera realiza todas las actividades del cuidado propio para el paciente. (15)

La enfermera enseña el autocuidado de acuerdo a la situación particular del paciente, como es el caso de los pacientes gastrectomizados con nutrición parenteral.

2.3. Definición de Términos

- Paciente: Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.
- Cuidados de Enfermería: Es la preservación de algo o la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo.
- Reducción Mamaria: Procedimiento para reducir el tamaño de los senos.
- Intervención de Enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.
- Cáncer de mama: Es el crecimiento descontrolado de las células mamarias. Para entender mejor el cáncer de mama, debemos entender cómo se desarrolla cualquier cáncer. El cáncer es el resultado de mutaciones, o cambios anómalos, en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantienen sanas en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco frecuente. ● Cirugía Plástica. Es la corrección y/o mejoramiento de anomalías de origen congénito, adquirido, tumoral o involutiva que requieran reparación o reposición de la forma corporal y su función.
- Enfermería holística. Práctica que se enfoca en sanar a la persona completa a través de la unidad de cuerpo, mente, emoción, espíritu y medio ambiente.
- Hematoma. Es la acumulación de sangre causada por una hemorragia interna (rotura de vasos capilares, sin que la sangre llegue a la superficie corporal).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Se procedió a recolectar los datos estadísticos del servicio de Hospitalización 4to. Piso Este los años 2015 - 2016. Este informe fue elaborado en forma descriptiva retrospectivo por lo que se buscó datos sobre edades y sexo de nuestros pacientes ingresados, Y es de corte transversal ya que los datos fueron obtenidos en un determinado periodo de tiempo.

Se solicitó información del área de estadística, para la recolección de datos.

Se utilizaron fuentes de datos como son las historias clínicas de . pacientes, libro de registro de ingresos y egresos del servicio, libro de programación de sala de operaciones, así como el folder de programación de actividades.

3.2. Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional se inicia en el año 2001 con el SERUMS AD HONOREM en el Hospital Daniel Alcides Carrión — Cerro de Pasco, en el Programa de Control de Tuberculosis. Cabe mencionar que realicé mis estudios superiores en esta ciudad.

Posteriormente vine a Lima e ingresé en el año 2003 en el mes de abril del INEN estuve 15 días en fase de inducción luego me contrataron el 1^o de Mayo de dicho año, trabajando en el área de hospitalización 5to. Piso "E" por 5 años en pacientes post operados de cirugía en los departamentos de urología, ginecología, neurocirugía; luego en el año 2008 me rotaron al

servicio de emergencia, fue un cambio radical porque brindaba atención a pacientes pre-post operados, si bien es cierto son pacientes con cáncer, pero a simple vista ingresan en buen estado físico, en pre operatoria para luego ser sometido a cirugía, cuando e rotaron a emergencia, fue otra realidad, ahí solo ingresaba la gran mayoría de pacientes en estado terminal, la primera impresión fue muy dura ver a un niño, a un adulto quejándose de dolores, gritando también la familia o muchas veces ingresaban pacientes solo para constatar su deceso, realmente el ambiente de Emergencia era muy hacinado para ta gran demanda de pacientes que a diario ingresaban incluso había días que se llenaba todas las camillas y se extendía hasta el pasadizo de Radioterapia.

En el 2013 me rotan al servicio del 6to. Piso "E" pacientes hospitalización de abdomen brindando atención de enfermería en el pre y post operatorio por un lapso de seis meses, luego me rotaron al 4to. Piso "E" donde laboro hasta la actualidad, es el servicio donde me siento satisfecha, me gusta porque me inició en el área de hospitalización, pacientes pre y post operados, este servicio cuenta con 54 camas dividido en diferentes departamentos: mama, ginecología, cabeza y cuello.

3.3. Procesos realizados en la intervención de pacientes post operados de mama

Atención de enfermería en el pre y post-operatorio:

1. Intervención en la etapa Pre-Operatoria :

La entrevista pre-quirúrgica con la enfermera especialista es de vital importancia. Esta es una instancia de diálogo franco con la paciente y su familiar cercano. Es muy importante que la paciente perciba a la enfermera muy receptiva a su angustia, inquietud e incertidumbres. Este encuentro se enfoca a disminuir los temores a través de la

racionalización de ellos. Por ejemplo: et miedo al dolor o a la anestesia, como lo refieren las pacientes frecuentemente. En esta instancia, se le entrega toda la información que sea pertinente para cada paciente, con el apoyo de medios audio-visuales. No se trata solamente de decir el nombre de la cirugía sino de explicar cada paso, o sea, de qué se trata, por qué, cuándo, con quién, cómo, dónde y las consecuencias o posibles complicaciones, a fin de que la paciente pueda estar consciente e informada sobre su patología y tratamiento, y de esta manera colabore en su recuperación. Explicándole al mismo tiempo, su propio rol dentro del proceso. Se refuerzan las indicaciones médicas, confirmando que sean comprendidas por la paciente. Verificamos la realización y el resultado de los exámenes pre operatorios solicitados. En esta oportunidad también se le presenta a la psicóloga del Instituto Oncológico, a quién ella y/o su familia pueden consultar, cada vez que sea necesario (sin costo adicional).

Ingreso de enfermería :

- Valoración de la paciente en relación a antecedentes médico — quirúrgicos importantes y/o tratamientos farmacológicos.
- Preparación de la zona operatoria.
- Cumplimiento de indicaciones médicas.
- Re-chequeo de exámenes pre-operatorio

2. Intervención en el post operatorio:

Habitualmente es la enfermera que recibe a la paciente desde pabellón. La atención que se le brinda a cada paciente es realizada como un acto de interacción humana. Durante el periodo postoperatorio, las pacientes vivencian diferentes conflictos, pueden presentar dolor, estados de tensión, ansiedad o miedo, como consecuencia de la incertidumbre de lo desconocido, sensación de mutilación e incluso la cercanía a la muerte. Es necesario tener

permanentemente un contacto afectivo con la paciente y su familia, el que podemos realizar en forma simultánea a la atención, sin deteriorar en ningún momento la calidad de los cuidados y sin consumir un minuto más de nuestro tiempo. Nuestro reto diario es atender a las pacientes como nos gustaría que nos atendieran a nosotros. La amabilidad, la dedicación, la información oportuna, veraz y sobre todo, la calidez humana hacen una gran diferencia en la calidad de la atención.

Post-Operatorio Inmediato:

- Valoración del estado inicial de la paciente, considerando:
 - a. Estado de conciencia.
 - b. Signos vitales.
 - c. Observación zona operatoria (apósitos y drenajes).
 - d. Observación, evaluación y alivio del dolor (escala EVA).
 - e. Observación y pesquisa precoz de complicaciones.
 - f. Uso correcto de fijador elástico mamario
- Verificación de indicaciones médicas, en cuanto a:
 - a. Reposo.
 - b. Medicamentos (analgésicos - antibióticos).
 - c. Régimen (realimentación).

Post-Operatorio Mediato:

- Valoración estado general y afectivo de la paciente.
- Manejo y observación del drenaje y su contenido.

- Eventual restricción de visitas (a solicitud de ella).
 - Inicio de ejercicios de movilidad en la extremidad de la disección axilar (según esquema). Entrega de folleto educativo.
- Cuidados herida operatoria (curación).
 - Educación sobre manejo y medición de drenaje post alta.
 - Evaluación de la movilidad del "brazo".

En el alta :

- Indicaciones de actividad y reposo en casa.
 - Uso del peto de 24 horas continuo.
 - Evaluación del procedimiento de medición y manejo del drenaje en casa.
 - Entrega folleto explicativo sobre medición de drenaje en casa.
 - Refuerzo de indicaciones médicas.
- Citación a control post operada.

En controles posteriores :

- Re-evaluación de la movilidad del "brazo", y eventual progresión en el esquema de ejercicios de la extremidad.
- Educación y orientación sobre uso de prótesis externas.
- Observación y pesquisa de complicaciones tardías.

- Sesión educativa individual sobre prevención de linfedema.
- Sesión educativa individual sobre cuidados del brazo sometido a disección axilar.
- Sesión educativa individual sobre técnica de automasaje de drenaje linfático.
- Orientación e información general en relación a tratamientos "adyuvantes".
- Todas estas actividades educativas y la entrega de información se programan y se fraccionan de acuerdo a la capacidad y necesidad de cada paciente en particular.

IV.- RESULTADOS

TABLA No. 4.1

CASOS DE PACIENTES SEGÚN EDAD QUE INGRESARON POR CÁNCER DE MAMA ENERO - DICIEMBRE 2015

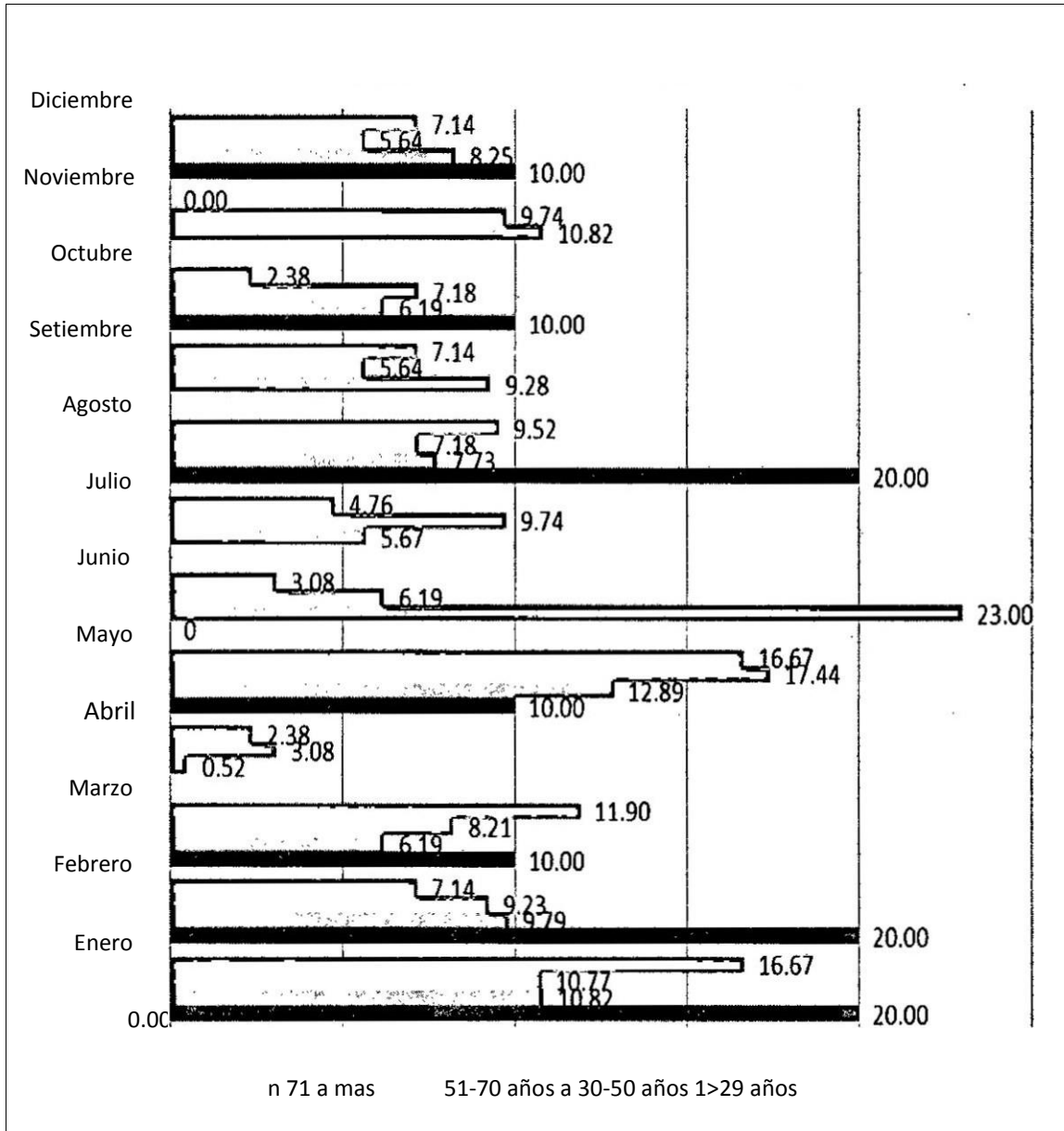
Período	Edades							
	Menor de 29 años		30 - 50 años		51 - 70 años		71 a más	
Enero	2	6.06	21	11.48	21	11.11	7	19.44
Febrero	2	6.06	19	10.38	18	9.52	3	8.33
Marzo	1	3.03	12	6.56	16	8.47	5	13.89
Abril	0	0	1	0.55	6	3.17	1	2.78
Mayo	1	3.03	25	13.66	34	17.99	7	19.44
Junio	0	0	23	69.70	12	6.56	6	3.17
Julio		0	11	6.01	19	10.05	2	5.56
Agosto	2	6.06	15	8.20	14	7.41	4	11.11
Setiembre		0	18	9.84	11	5.82	3	8.33
Octubre	1	3.03	12	6.56		7.41	1	2.78
Noviembre	0	0	21	11.48	19	10.05	0	0.00
Diciembre	1	3.03	16	8.74	11	5.82	3	8.33
Total	33	100.00	183	100.00	189	100.00	36	100.00

Fuente: Servicio de Hospitalización 4to. Piso Este - INEN

Podemos apreciar en el cuadro en el mes de Junio ingresaron 23 pacientes con un porcentaje de 69.70 % cuyas edades fueron de 30 a 50 años de sexo femenino, seguido del mes de mayo que ingresaron 34 pacientes con un porcentaje de 17.99 % cuyas edades fluctúan de 51 a 70 años.

GRÁFICO No. 4.1

CASOS DE PACIENTES SEGÚN EDAD QUE INGRESARON POR CÁNCER DE MAMA
ENERO -DICIEMBRE 2015



CASOS DE PACIENTES SEGÚN POR CÁNCER DE MAMA
 TABLA N° 4.2

EDAD QUE INGRESARON ENERO - DICIEMBRE 2016

Período	Edades							
	Menor de 29 años		30 - 50 años		51-70 años		71 a	
Enero	2	11.11	25	10.82	17	8.72	6	12.24
Febrero	2	11.11	24	10.39	15	7.69	3	6.12
Marzo	1	5.56	23	9.96		7.18	2	4.08
Abril	0	0.00	21	9.09	13	6.67	5	10.20
Mayo	1	5.56	17	7.36	18	9.23	6	12.24
Junio	1	5.56	17	7.36	17	8.72	4	8.16
Julio	0	0.00	11	4.76	11	5.64	3	6.12
Agosto	1	5.56	19	8.23	20	10.26	2	4.08
Setiembre	5	27.78	25	10.82	17	8.72	7	14.29
Octubre	1	5.56	18	7.79	22	11.28	7	14.29
Noviembre	2	11.11	18	7.79	13	6.67	3	6.12
Diciembre	2	11.11	13	5.63	18	9.23	1	2.04
Total	18	100.00	231	100.00	195	100.00	49	100.00

Fuente: Servicio de Hospitalización 4to. Piso Este -INEN

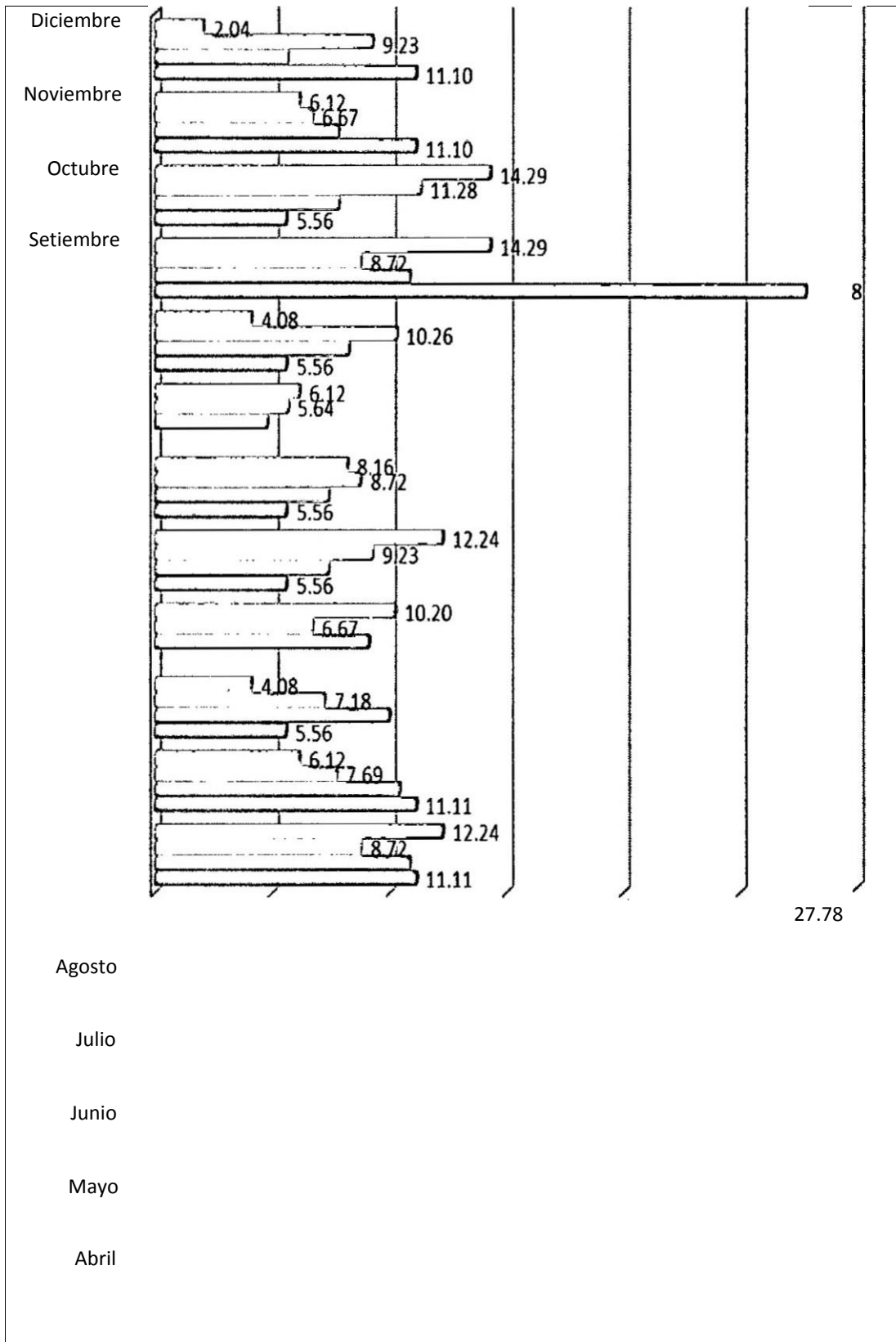
Como podemos apreciar en la Tabla N° 4.2 en los meses de Enero y Setiembre del 2016 ingresaron pacientes por cáncer de mama cuyas edades fueron de 30 a 50 años en los meses de Enero (25) y Setiembre (25) con un porcentaje de 10.82%

GRÁFICO N° 4.2

EDAD QUE INGRESARON
 ENERO - DICIEMBRE 2016

CASOS DE PACIENTES SEGÚN

POR CÁNCER DE MAMA



CASOS DE PACIENTES SEGÚN

POR CÁNCER DE MAMA

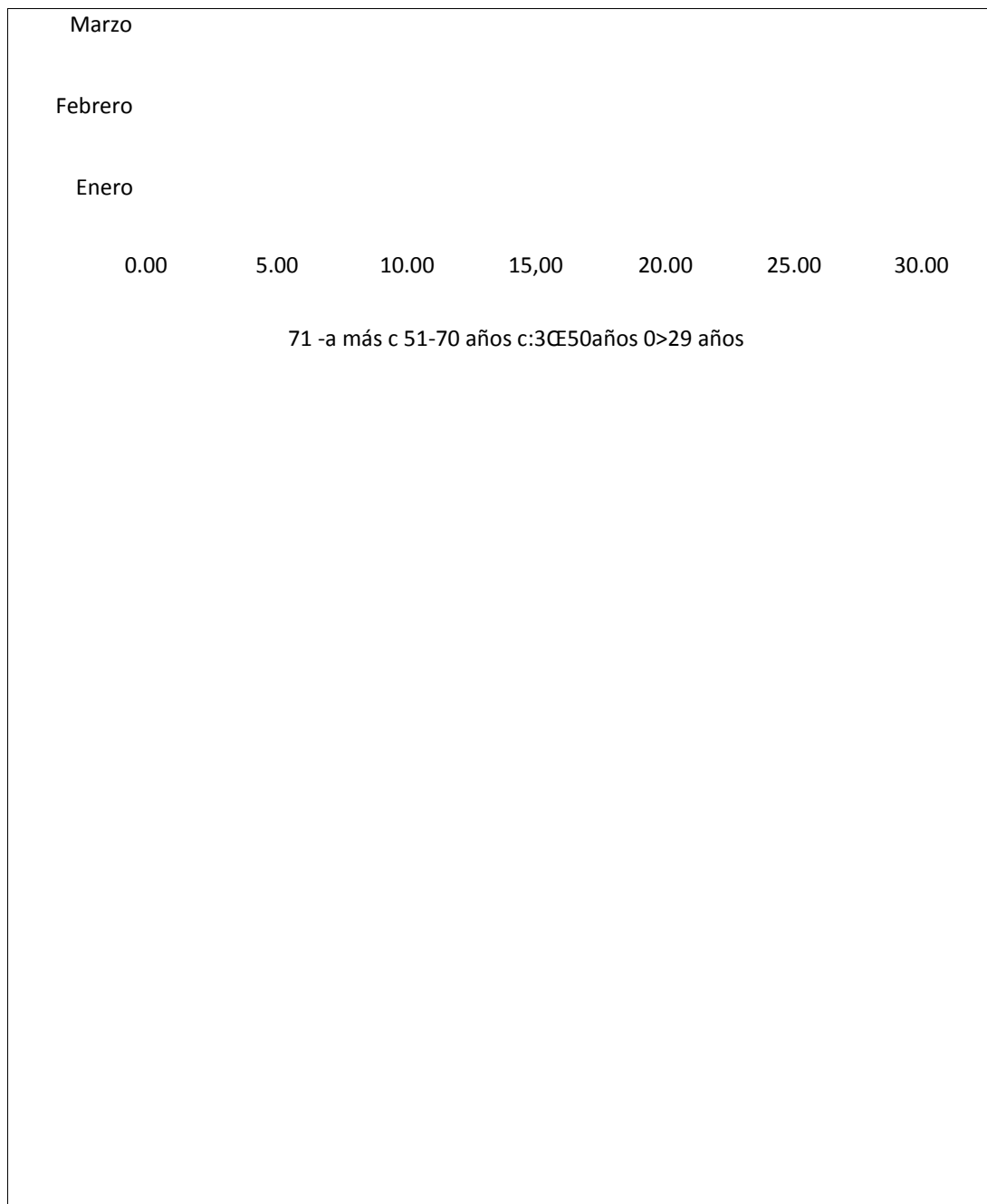


TABLA N° 4.3

SEXO QUE INGRESARON
ENERO - DICIEMBRE 2015

SEXO	Femenino	
------	----------	--

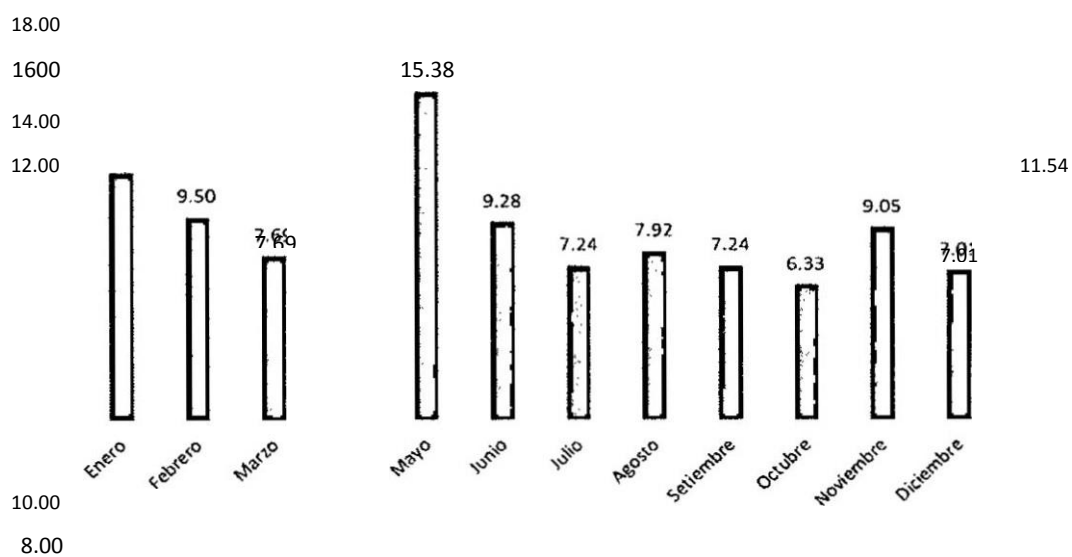
CASOS DE PACIENTES SEGÚN POR CÁNCER DE MAMA

Enero	51	11.54
Febrero	42	9.50
Marzo	34	7.69
Abril	8	1.81
Mayo	68	15.38
Junio	41	9.28
Julio	32	7.24
Agosto	35	7.92
Setiembre	32	7.24
Octubre	28	6.33
Noviembre	40	9.05
Diciembre	31	7.01
Total	442	100.00

Fuente: Servicio de Hospitalización 4to. Piso Este - INEN

GRÁFICO N° 4.3

CASOS DE PACIENTES SEGÚN SEXO QUE INGRESARON POR CÁNCER DE MAMA
ENERO - DICIEMBRE 2015



CASOS DE PACIENTES SEGÚN

POR CÁNCER DE MAMA

6.00
4.00
1.81
2.00
0.00

De acuerdo a lo observado vemos que en el mes de Mayo 68 pacientes (15.38^o/6) ingresaron por motivo de cáncer de mama del sexo femenino siendo un total de pacientes en el año 2015 de 442 personas.

Tabla N^o 4.4

SEXO QUE INGRESARON ENERO -DICIEMBRE 2016

SEXO	Femenino	
Enero	51	10.32
Febrero	44	8.91
Marzo	40	8.10
Abril	39	7.89
Mayo	42	8.50
Junio	39	7.89
Julio	25	5.06
Agosto	42	8.50
Setiembre	54	10.93
Octubre	48	9.72
Noviembre	36	7.29
Diciembre	34	6.88
Total	494	100.00

Fuente: Servicio de Hospitalización 4to. Piso Este - INEN

Gráfico N^o 4.4

CASOS DE PACIENTES SEGÚN SEXO QUE INGRESARON POR CÁNCER DE MAMA
ENERO -DICIEMBRE 2016

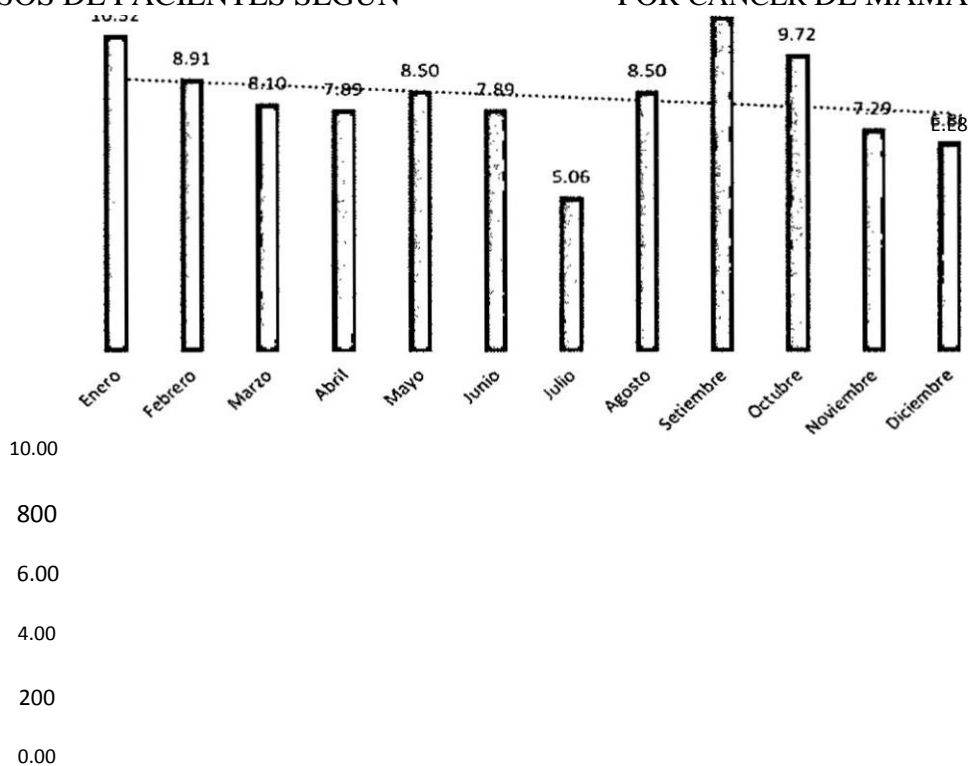
12.00

10.32

10.93

CASOS DE PACIENTES SEGÚN

POR CÁNCER DE MAMA



De acuerdo a lo observado vemos que en el mes de Enero ingresaron 51 pacientes con un porcentaje de 10.32^o/0, teniendo un total de ingreso para e' año 2016 de 494 pacientes por cáncer de mama.

V. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados podemos concluir que:

- a) Existe mayor incidencia de cáncer de mama en mujeres en edades comprendidas de 30 a 50 años con un porcentaje de 69.70⁰/0 en el año 2015, mientras que en el año 2016 disminuyó con un porcentaje de 10.82⁰/0 siendo su grupo etareo de 30 a 50 años.
- b) Hubo mayor incidencia del sexo femenino en el año 2016 con un total de 494 pacientes que ingresaron por cáncer de mama, mientras que en el año 2015 ingresaron 442 pacientes.
- c) La experiencia profesional y los cuidados que le brinda la enfermera a los pacientes post operados de mama es de vital importancia para reincorporarse a sus actividades cotidianas, elevar su autoestima y mejorar su calidad de vida.
- d) Actualmente se encuentra en modificación las guías de atención para mejorar la calidad del servicio del profesional de enfermería.

VI.-RECOMENDACIONES

- a) Implementar charlas educativas trimestralmente sobre el manejo y la intervención de enfermería en pacientes postoperados de mama del

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, y así poder brindarles mejor calidad de vida al paciente desde su ingreso hasta su alta.

- b) Mejorar recursos humanos para brindar un mejor servicio al paciente operado de cirugía por las necesidades que cada uno de ellos presentan, además de que se pueda tener los recursos materiales necesarios para no postergar las cirugías.

- c) Solicitar a la Jefatura del Servicio de Hospitalización 4to. Piso Este difundir separatas, dípticos, folletos donde se fomente la educación por parte de la enfermera al paciente y familia con respecto a los cuidados que requiere el paciente, promoviendo de esta manera su pronta recuperación en su hogar.

- d) La preparación psicológica del paciente debe ser multidisciplinario médico, enfermera y psicóloga porque son pacientes mastectomizados, por lo que afecta su autoestima, sui imagen corporal.

Vil.- REFERENCIALES

1. Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología ESE. El cáncer: aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Colombia, 2004. p. 8.
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). Año 2000. Citado por: SANABRIA, Álvaro y ROMERO Javier. La mamografía como método de tamizaje para el cáncer de seno en Colombia. Revista de cirugía. [online]. [Citado: 04 de agosto de 2007]. Disponible en la web <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20305mamografa>
3. FAHNER, James. Cáncer de mama. KidsHealth. [online]. Junio de 2007. [Citado: 07 de agosto de 2007]. Disponible en la web:

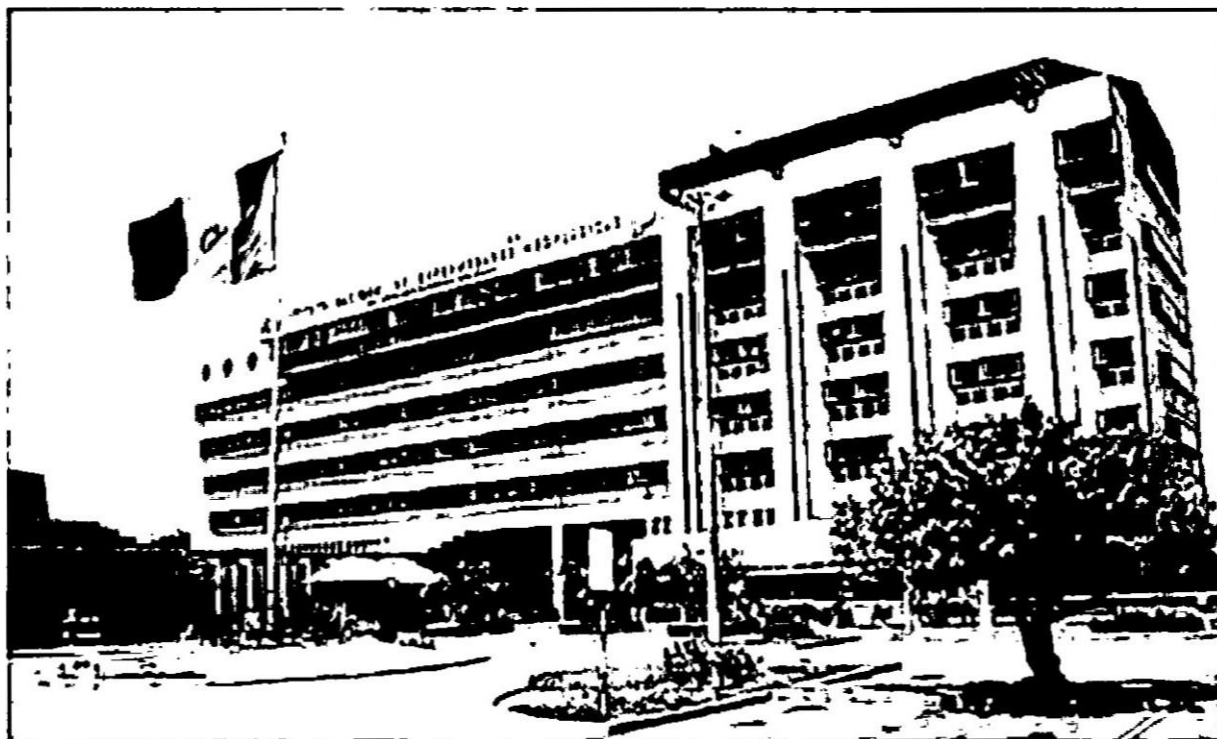
http://kidshealth.org/kid/en_espanol/enfermadades/breast_cancer_es.html

4. Detectan "diferencias biológicas" en incidencia de cáncer de seno en hispanas. Los tiempos.com vida y futuro. [online]. 13 de abril de 2007. [Citado: 04 de agosto de 2007]. Disponible en la web: http://www.lostiempos.com/noticias/13-04-07/13_04_07_vyf2.php
5. SANABRIA, Álvaro y ROMERO, Javier. La mamografía como método de tamizaje para el cáncer de seno en Colombia. Revista de cirugía. [online]. [Citado: 04 de agosto de 2007]. Disponible en la web: <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20305mamografia.htm>
6. Elmundosalud.com. Todo sobre cáncer. [Citado: 04 de agosto de 2007]
7. FLOREZ LOZANO, José Antonio. La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Barcelona: Edika, 1994. p. IX.
8. ORELLANA YAÑEZ Ada, PARAVIC KLIJN Tatiana. Enfermería basada en la evidencia, barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y Enfermería. 2007; 13 (1): 17-24.
9. Ministerio de Salud del Perú. Definición de lineamientos. (Citado en 10 de marzo del 2008) Disponible en la web: www.minsa.gob.pe/portal/OGCMINSA/Recursos/REUNION%20NACIONAL%20DE%20COMUNICADORES/300306/Lineamcomsalud.ppt
10. Vales Casariego E, Castañeira Pérez M, Costa Ribas C, González Guitian C, Louro González A, Vásquez Millán P, Viana Zulaica C. Cómo hacer una bibliográfica. [online]. 12 de marzo de 2008. [Citado: 10 de marzo de 2008]. Disponible en la web: http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/revclinica/revclinica.asp#mensaje
11. Anderson BO, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB; Global Summit Early Detection Panel. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. Breast J 003; 9(Suppl.2):S51-9.

12. Miller AB, Goel V. Screening. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, (eds.). Oxford Textbook of Public Health. The practice of public health. 4 ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
13. Singletary E, Allred C, Ashley P, Bassett LW, Berry D, Bland KI et al. Staging system for breast cancer: revisions for the 6 ed. of the AJCC Cancer Staging Manual. Surg Clin North Ame 2003; 83:803-19.
14. "Es hora de darle la cara al cáncer del seno, que ha aumentado en Cali", dice hospital Isaías Duarte Cancino. Alcaldía de Santiago de Cali. [online]. 24 de Octubre de 2006. [Citado: 11 de agosto de 2007]. Disponible en la web:
15. <http://www.cali.gov.co/index.php?servicio=Noticias&funcion=ver&id=80>
15. GERMAN, Alfredo Manuel. Autoexamen de las mamas. [Citado: 02 de septiembre de 2007]. Disponible en la web:
<http://www.german.cl/temas/autoexamen.htm>
16. Diccionario de cáncer. Examen clínico de Ea mama. Instituto Nacional de Cáncer. [online]. [Citado: 02 de septiembre de 2007]. Disponible en la web:
http://www.cancer.gov/Templates/db_atpha.aspx?CdrlD=304715&lang=spanish
17. GERMAN, Alfredo Manuel. Mamografía. [Citado: 02 de septiembre 2007]. Disponible en la web:
<http://www.german.cl/temas/mamografia.htm>
18. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Normas Internacionales para la salud de mama y el control de cáncer de mama. 2005. [Citado: 31 de marzo de 2008]. Disponible en la web:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-breastcancer-guidelines.htm>
19. LOZANO POVEDA, Diana. Principios de epidemiología. Bogotá: Centro Editorial Javeriano, 2001. p. 78-89.

20. Dirección Nacional de Derechos de Autor. Ley 23 del 28 de enero de 1982. [Citado: 06 de agosto de 2007]. Disponible en la web: <http://www.derautor.gov.co/htm/legat/legislacion/leyes.htm>
21. Ortega Altamirano D, López Carrillo L, López Cervantes M. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. *Rev Salud Pública Mex.* 2000; 42 (1): 17-25.
22. Garza Elizondo ME, Salinas Martínez AM, Villareal Ríos E, Núñez Rocha GM. Autoexamen mamario. Educación e impacto. *Rev Enfermería.* 2000; 8 (1): 5-10.
23. Hernández Costales I, Acanda Díaz M, Rodríguez Torres C. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. *Rev Cubana Enfermería.* 2003; 19 (3): 159-63.
24. Universidad Autónoma de Guerrero. Auto examen de seno y cáncer de mama. Blog Unidad Académica Facultad de Medicina. 2007; 87
25. Suárez Fernández JM. Prevención, profilaxis y diagnóstico precoz del cáncer de mama. La Habana: Editorial Científico - Técnica; 1992: 7-105.
26. Villacrés Vela K, Alarcón Rozas AE. Estudio piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana. *Rev Med Hered.* 2000; 13 (4).

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Fuente: Elaboración propia, 2016

Foto N^o 1 "2

INICIAMOS NUESTRA JORNADA LABORAL ORANDO



° 03 Y 04

CHARLAS EDUCATIVAS

Fuente: Elaboración propia, 2016

FOTO N



Fuente: Elaboración propia, 2016

FOTO N°

05

PACIENTE MASTECTOMUDA



06

DEMOSTRACIÓN DE MANEJO Y DRENAJE DE HEMOVAC

Fuente: Elaboración propia, 2016

FOTO N°



N 07 PACIENTE
MASTECTOMIZADA

Fuente: Elaboración propia, 2016

FOTO °



Fuente: Elaboración propia, 2016

FOTO °

N 08 MANEJO Y
DRENAJE DE HEMOVAC



Fuente: Elaboración propia, 2016

FOTO °

N 09

MANEJO Y DRENAJE DE HEMOVAC



Fuente: Elaboración propia, 2016

GUÍAS DE ATENCIÓN DE
PACIENTES

SOMETIDOS A CIRUGÍA
DE MAMA



GUIA DE INTERVENCION EN ENFERMERIA ONCOLOGICA (GIDEO 21) ATENCION DE PACIENTES

SOMETIDOS A CIRUGIA DE MAMA

1. DEFINICIÓN

Conjunto de Intervención cuidados de enfermería* que se realizan en el paciente oncológico sometidos cirugía de mama mediante técnicas, procedimientos u protocolos especializados validados para prevenir, controlar de manera apropiada, segura la enfermedad y las complicaciones asociadas del tratamiento quirúrgico.

2. JUSTIFICACION.

El cáncer de mama se caracteriza por el crecimiento anormal y desordenado de las células de la mama. Pese a que el 75% de los nódulos de las mamas son benignos y el 25% restante pueden poner en peligro su vida, por ello es importante prevenir una detección

rápida y oportuna que permite que el porcentaje de curación se alcance al 90%. La incidencia mundial según la OMS. El paciente con cáncer de mama que es hospitalizado al servicio requiere cuidados fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales, es por ende la enfermera un cuidado Integral y holístico antes, durante y después de la cirugía.

La curación se alcanza al 90%. La incidencia mundial según la OMS. La calidad de atención de enfermería en forma efectiva, eficiente y segura evita complicaciones post operatorias. Criterios para la atención enfermera

satisfacer sus necesidades oncológicas

INTERVENCIONES:

brinde de intervenciones: Extirpación quirúrgica de una mama, que puede ser radical modificada: se extirpa toda la mama junta con los ganglios axilares y la aponeurosis del músculo pectoral mayor, el no se reseca. El otro tipo de intervención es la mastectomía simple: se extirpa todo el tejido de la mama, total o mastectomía simple: se extirpa todo el tejido de la mama.

3. OBJETIVOS

- Garantizar el cuidado integral del paciente.
- Prevenir y controlar las complicaciones de la cirugía.
- Unificar los criterios de atención.

4. ASPECTOS

La mastectomía simple: se reseca todo el cuadrante de la mama que incluye el tumor, el tejido conectivo y la aponeurosis del pectoral mayor.

El tejido conectivo mamario, va a tener como límite:

en la parte interna.

en la parte superior.

en la parte anterior en la parte inferior.

en la parte posterior en la parte externa, incluyendo la proyección axilar de la mama.

Incluir el vaciamiento axilar.

- Mastectomia
- Mastectomía linfáticos musculo
- Mastectomra incluidos el vaciamiento
- Tumoreaomfa
- Mastectomfa tejido de ta
- Cuadrantectomfa con la piel

La extirpación

- El esternón
 - La clavtcula
 - El recto
 - El músculo
- Spencer antes

INSTITUTO NACIONAL OE ENFEO/EOADES NEOPLASICAS **INEN** DEPARTAMENTO DE ENFERMERLA

Las incisiones para realizar esta mastectomía son en general horizontales (Stewart) que estéticamente luego esa cicatriz se ve "menos", pero pueden ser obli:uas o verticales en función de la localización tumoral

Esta técnica es válida y debe realizarse para toda mastectorú. tanto si simple enmo radical. radical modificada con conservación y no desinserción de los pectorales que es la más habitual ahora {tipo Madden) ó con desinserción y e)dirpación del múscub pectorat meror (tipo Patey).

No debemos olvidar la resección de la gras interpectoral que contiene una SEie de ganglios llamados ptexo de Rotter, que son causantes en no pocos casos de recidivas locales que muchas veces son dificiles de controlar.

S. COMPETENCIA

Atención integral y oportuna a la paciente mastectomizada evitando riesgos de infección después de su intervención quirúrgica.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GIDeO 21: ATENCION DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE MAMA

DIAGNOSTICO DE (NANDA	NOC Resultados)
00004 Control de Infección r/c procedimientos invasivos (sistema de drenaje de hemosuc)	0703 Estado infeccioso 0407 Perfusión tisular: Periférica 0802 Estado de los signos Vitales 1608 Control de síntomas
00085 Deterioro de la movilidad física r/c malestar y dolor	0208 Nivel de movilidad

evidenciado por:	1812	Conocimiento: ENFERMERIA
Limitación de la actividad prescrita		6680 Monitorización de los signos vitales 6550 Protección contra las Infecciones.
-Dificultad para girarse en la cama.		1400 manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos prescrito S612 Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito
Dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.		6420 restricción de zonas de movimiento 0221 Terapia con ejercicio: ambulación 0740 Cuidado en el reposo en cama 1800 Ayuda en autocuidado: 1801 Ayuda en el autocuidado: baño / higiene 1802 Ayuda en et autocuidado: vestido / arreglo personal. 1803 Ayuda en et autocuidado: alimentación 1804 Ayuda en el autocuidado: aseo
00136 Duelo 1306 Dolor. respuesta c/c pérdida de uno de los pechos secundario a 1200 Imagen corporal cáncer de mama 1302 Capacidad «e evidenciado por cólera, superación en las situaciones de ansiedad y depresión, dificultades NIC Intervenciones)		6680 Monitorización de los signos vitales 4310 Terapia de actividad 5290 Facilitar la expresión del duelo 4640 Ayudar a controlar 'ta ka 270 Apoyo emocional 420 Apoyo espiritual 7710 Apoyo médico 5220 Mejorar la imagen corporal 5400 Mejorar la autoestima
2662 Cuidado de la herida: Otenaje cerrado 3440 Cuidados del sitio de incisión 3680 Irrigaciones de heridas 3590 Vigilancia de la piel 3840 Precauciones con la hipertermia maligna		
	1300 Aceptación: estado de salud controlar impulsos	3370 Adelantamiento

