

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON MASTECTOMÍA
RADICAL CON TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DE
QUIMIOTERAPIA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
7mo. A HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS- 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR EL
TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

DANITZA DIANA VILCHEZ FERNANDEZ

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA PRESIDENTE
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN SECRETARIA
- DRA. JUANA GLADYS MEDINA MANDUJANO VOCAL

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 091

Fecha de Aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 30/11/2016

Resolución Decanato N° 1646-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 Descripción de la situación problemática	04
1.2 Objetivo	06
1.3 Justificación	06
II. MARCO TEÓRICO	07
2.1 Antecedentes	07
2.2 Marco Conceptual	09
2.3 Definición de Términos	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	35
3.1 Recolección de datos:	35
3.2 Experiencia profesional	35
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	38
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES	49
VII. REFERENCIALES	50
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad multifocal , multifactorial, polimorfa y heterogénea que desde hace varias décadas va en incremento notable alrededor del mundo, sobre todo en países occidentales y este crecimiento permanece a pesar de que existen mejores instrumentos de diagnóstico, diversos programas de detección temprana, mejores tratamientos y mayor conocimiento de los factores de riesgo.

El paciente oncológico que va ser sometido a una cirugía, además de enfrentarse a una enfermedad maligna que le provoca ansiedad debe someterse a una intervención quirúrgica, por el cual deberá estar fuera de su entorno habitual, próximo a una mutilación o pérdida de las funciones corporales normales y las consecuencias tanto sociales como económicas que puedan resultar de esta enfermedad y al tratamiento adyuvante que tengan que someterse.

La adaptación psicológica del paciente durante el periodo postoperatorio depende en gran parte de su recuperación física. La capacidad del paciente de participar en su cuidado y en programas de rehabilitación tiene un papel fundamental en su bienestar psicológico tras la intervención.

El tratamiento multidisciplinario quirúrgico, medico, radioterápico hormonoterápico consigue excelentes porcentajes de curación pero sus efectos secundarios pueden incidir en la autoestima. La mujer enfrenta casi siempre por primera vez en su vida a una situación compleja que desconoce y que lo va enfrentar de manera positiva o negativa ante este evento magnificado para su salud. Nuestra sociedad concede a la mama una parte importante de la belleza femenina por ello la mastectomía constituye muchas veces un grave problema psicológico, en cuanto modifica la estética de la paciente y afecta un órgano que entraña un fuerte sentimiento ligado a la sexualidad.

Las Enfermeras como personal activo del equipo de salud realizan cuidados postoperatorios con profesionalismo, de manera holística ya que no solo afecta la parte física sino también la adaptación psicológica que debemos hacer partícipe de su cuidado tanto hospitalario como al alta.

Es por ello, que en el presente informe quiero demostrar lo importante que es conocer sobre el proceso de enfermedad en la mujer mastectomizada, para así participar de su cuidado físico, psicológico y social con ello enfrentara a esta enfermedad cruenta de manera viable tanto en su entorno familiar como a nivel social.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Actualmente vivimos en un mundo globalizado con constantes cambios que ha traído como consecuencia modificaciones en el comportamiento de las sociedades y necesidades de las personas, siendo este uno de las grandes preocupaciones de la salud pública a nivel mundial; en casi toda Europa y Norteamérica el cáncer mamario es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad entre los 35 y los 54 años de edad. Su incidencia mundial está aumentando por razones que aún no se han determinado.

Según la OPS (1), informa que en el 2012 más de 408,000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en América y 92,000 fallecieron a causa de esta enfermedad. Las proyecciones indican que el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% para el 2030, esto en los países en vías de desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostica en fase avanzada.

El Perú no puede estar ajeno a este corriente de cambios, sin embargo sus características económicas, socioculturales y políticas condicionan de manera sutil los patrones de desarrollo de la enfermedades principalmente el cáncer y entre ellas el cáncer de mama, enfermedad tumoral frecuente en la mujer que además de poner en peligro su vida, incide en su imagen que puede tener repercusiones psicológicas sobre la misma.

Según Bayo y García (2) mencionan:” que en nuestro país la probabilidad de padecer cáncer de mama antes de 40 años es del 0.05%(una de cada 200 mujeres), antes de los 75 años del 7% (una de cada 14) y a los 99 años del 10% (una de cada 10).

EsSalud atiende a la mayor cantidad de cáncer de mama en el Perú, gracias a su tratamiento avanzado se ha conseguido disminuir la tasa de mortalidad a la mitad a nivel nacional. Pero un determinado porcentaje llegan a la cirugía cruenta que actualmente realizan la reconstrucción mamaria.

Hasta hace 25 años la elección del tratamiento quirúrgico, para el cáncer operable de mama era simple. Era sinónimo de mastectomía radical , sin duda un concepto rígido .El tratamiento moderno se basa en una serie de nuevos conocimientos adquiridos en las dos últimas décadas sobre la biología del tumor, que nos condujo al concepto del tratamiento multidisciplinario como la quimioterapia y radioterapia juega un papel importante como tratamiento adyuvante.

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con mastectomía radical con tratamiento adyuvante de quimioterapia del servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3 Justificación

El profesional de Enfermería como ser humano y como trabajador conformante del equipo de salud realiza intervenciones basados en principios científicos, humanísticos y éticos donde no solo se incluye a la paciente mastectomizada sino también a la familia, de modo que el satisfacer estas diversas necesidades nos compromete a desempeñarnos como : cuidador, coordinador, planificador, maestro, administrador e investigador.

Al ser una intervención quirúrgica complicada e incisiva trae como consecuencia una serie de problemas que afectan el aspecto psicosocial como inquietudes , tristeza, depresión alteración de su imagen corporal, que requiere un cuidado que va más allá de la intervención quirúrgica in situ.

Por ello, se desarrolla el siguiente informe para que el equipo multidisciplinario conozca y contribuya el cuidado de las paciente mastectomizadas para disminuir la incidencia de complicaciones debidas a la enfermedad y el tratamiento, promover la independencia del cuidado, incluir a los allegados de los pacientes en el plan de cuidado y promover estrategias de afrontamiento situacional que impulsen la autovaloración y un auto concepto positivo.

Con el presente informe las pacientes mastectomizadas al conocer el proceso de enfermedad oncológica les facilitara minimizar las secuelas que deja la cirugía en sí, y que se adapte a la sociedad de manera óptima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Según la búsqueda de antecedentes relacionados con el tema, se ha encontrado investigaciones del ámbito internacional relacionadas con cuidados de enfermería en pacientes mastectomizadas, observándose que esta última década han incrementado los estudios sobre el tema. Se han encontrado los siguientes trabajos de investigación. Así tenemos:

A nivel internacional:

Ruiz P. realizó un estudio titulado. Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva de Enfermería"- 2015 España. Se planteó los objetivos de 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. Estudio Transversal y observacional. La conclusión a la que llego fue:

La calidad de vida de las mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama se ve afectada tanto por secuelas físicas como de tipo psicológico. Las secuelas físicas engloba los problemas de brazo, el estado físico y la alimentación. Las de tipo psicológico abarca los de insatisfacción de la imagen corporal.(3)

Pierre, C y Flory H. realizó un estudio titulado "Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía" – 2014. Costa Rica.

Las conclusiones a las que llegaron los investigadores:

Implica para la mayoría una sentencia de soledad existencial plagada de sufrimiento orgánico y de desmoronamiento progresivo de su integridad física, asociado a un aislamiento afectivo y espiritual forzado por la comprensión, el prejuicio y las propias angustias que sufren quienes tienen relación con ellos.(4)

A nivel nacional:

Escobar, E, estudio "La percepción de la pacientes mastectomizado sobre su imagen corporal en el instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas"-Perú. Con el objetivo Determinar la percepción de los pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. La conclusión a la que llego fue:

La percepción de las pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal es desfavorable referida en el aspecto físico, por no aceptar su apariencia física sentir que han perdido su lado femenino, no desear ver la zona; en el aspecto psicológico piensan que pueden cambiar su relación de pareja, son más reservadas y en el aspecto social no les agrada recibir visita de amistades, ni se sienten preparadas para asistir a actividades sociales. Sin embargo existe un porcentaje pero muy significativo que presenta percepción favorable, determinada en el aspecto físico por preocuparse por su arreglo personal, por sentirse atractiva para su pareja. (5)

Álvarez, B, realizó un estudio titulado "Estudio comparativo de pacientes con cáncer de mama, sometidas a mastectomía radical modificada versus manejo quirúrgico basado en la técnica de Ganglio Centinela, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2012". Con el objetivo de Determinar y comparar la mortalidad y complicaciones en las pacientes con cáncer de mama estadio I- II, sometidas a Mastectomía Radical Modificada versus las sometidas a manejo quirúrgico basado en la evaluación del Ganglio centinela. Llego a las conclusiones siguientes:

La estrategia quirúrgica del Ganglio Centinela reduce la probabilidad de complicaciones a largo plazo y largo plazo. Concluyéndose que cuando menos invasiva es la cirugía (Tumorectomía), la paciente presentara menos complicaciones. (6)

2.2 Marco Conceptual

Anatomía de la mama

La mama se encuentra localizada sobre la pared torácica , su tamaño y forma varían considerablemente constituido por 12 0 20 lóbulos los cuales se dividen en lobulillos estos a su vez en alveolos secretorios, estos conductos convergen hasta debajo del pezón en forma de lactíferos; cuenta con unos ligamentos que penetran de la piel a la aponeurosis pectoral, proporcionando un armazón de bandas de tejido fibroso que sostiene a los lóbulos y lobulillos , llamado ligamento de Cooper o suspensorios. Todo ello esta irrigado por vasos sanguíneos cuya función es proporcionar sangre a la glándula y vasos linfáticos, que son los que recogen la linfa. Los ganglios linfáticos confluyen en pequeñas formaciones llamados ganglios linfáticos, estos están ubicados en la región axilar.

La glándula mamaria está rodeada de tejido graso que proporciona consistencia y volumen a la mama; desde el nacimiento hasta la edad adulta la mama es el órgano que sufre más cambios debido a la influencia de las hormonas femeninas (estrógeno y progesterona), las mamas crecen durante la pubertad y se ven influenciadas en la edad reproductiva por los ciclos menstruales. En la menopausia, los niveles hormonales descienden y gran parte de la glándula mamaria se atrofia y es sustituida por grasa. (7)

Fisiología de la mama

La función principal de la mama durante la gestación es prepararse para la producción de leche; la proporción adecuada de progesterona con los estrógenos y sus concentraciones absolutas, son los factores que causan el desarrollo y aumento de volumen de la mama. La adenohipófisis contribuye a la preparación de la mama para la producción de leche, por medio de liberación de sustancias que junto con los

estrógenos, estimulan el crecimiento de los conductos lactíferos y alveolos. Al considerar la fisiología de la mama, es importante tener una idea general de los factores que siguen el desarrollo y los cambios cíclicos normales en la mujer adulta, al igual que los factores que gobiernan la lactancia. En términos generales, se acepta que el factor más importante en el desarrollo de la mama está determinada por la función ovárica. Existe controversia respecto al grado de necesidad de la función de la adenohipófisis para la acción de las hormonas ováricas. Se acepta que si bien las hormonas ováricas ejercen el efecto de más importancia en el desarrollo de la mama, lo hacen por medio de la integridad de la adenohipófisis. El desarrollo normal de la mama depende igualmente de la somatotropina y la prolactina, al igual que la mama normal experimenta cambios cíclicos que dependen del mismo mecanismo que controla el ciclo menstrual (8).

Historia natural del cáncer

El cáncer de mama dentro de sus características biológicas tiene: Variación en su comportamiento en diferentes pacientes. Rango de crecimiento relativamente bajo, comparado con otros tipos de tumores. Algunos cánceres de mama duplican su tamaño en pocos días, mientras a otros les toma más de 2000 días. Asumiendo el crecimiento algorítmico preclínico de una masa en la mama, el tiempo de duplicación puede requerir de 8 a 10 años para que el tumor pueda ser palpado.(9)

Para que un cáncer sea curable, usando cirugía y radioterapia, debe ser diagnosticado antes de que desarrolle metástasis. Podemos decir que el periodo preclínico de la mayoría de los cánceres es muy prolongado, esto posibilita la detección temprana y con ello el incremento del rango de curación por medio de una evaluación clínica y mastográfica adecuadas. Se entiende por diagnóstico temprano, el que se efectúa en la fase incipiente del desarrollo clínico del en mujeres asintomáticas tumor. En cambio se entiende por "diagnóstico preclínico" al descubrimiento de un carcinoma mediante una prueba diagnóstica Los términos diagnóstico

preclínico y diagnóstico temprano no son sinónimos. El diagnóstico preclínico es el reconocimiento de la existencia de una neoplasia, aun antes de presentar cualquier síntoma. El diagnóstico temprano se refiere a la observación o palpación de algún tumor, mismo que puede estar en estado avanzado de cancerización, por tal motivo puede ser un tumor que en sentido biológico ya es viejo. El cáncer se inicia como una enfermedad localizada. A una "etapa no invasiva", le sigue una "invasiva"; al principio es "asintomática" y después "sintomática". Esta última se divide en otras fases: fase localizada, regional y metastásica.(10)

Las ventajas del diagnóstico preclínico y/o temprano pueden ser resumidas de la siguiente manera: Menor extensión local de la neoplasia, menor agresión al organismo por la terapéutica, disminución en la incidencia de recidivas, menor probabilidad de secuelas, reducción del efecto mutilante y disminución de complicaciones relacionadas con el tratamiento. Moderada frecuencia de metástasis en ganglios linfáticos, que trae en consecuencia, limitación del tratamiento quirúrgico y de las terapias coadyuvantes. Menos posibilidades de metástasis a distancia. Una ventaja del diagnóstico temprano es que puede detectarse un carcinoma antiguo, aún antes de dar manifestaciones clínicas. El diagnóstico preclínico del carcinoma se realiza mediante una prueba de tamizaje por medio del estudio radiológico llamado mastografía, que es capaz de revelar la enfermedad desde el comienzo.

El tamizaje o pesquisa es un programa organizado con objetivos específicos, con métodos estándar, dirigido a una población determinada. Se ha demostrado que los métodos de pesquisa son beneficiosos para el diagnóstico temprano del cáncer de la mama, disminuyendo la frecuencia de éste en etapas avanzadas; es evidente que disminuye el costo económico, psicológico y social cuando se trata la enfermedad en etapa temprana. Existen reportes en países como Suecia y Canadá, donde la mortalidad se ha reducido hasta en un 30%, utilizando el método de tamizaje(11).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que se sospecha que aumenta la probabilidad de cáncer de mamario en las mujeres:

Genero. Las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de padecer cáncer de mama. Esta enfermedad ocasiona el 31% del total de casos de cáncer invasivo en las mujeres y menos del 1% en los hombres.

Edad. La incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría de los casos se diagnostica en mujeres mayores de 40 años; el 80% en mayores de 50 años. La mayoría de las mujeres afectadas no tienen factores de riesgo conocidos diferentes al de pertenecer a su género y ser mayores de 40 años.

Antecedentes personales de cáncer. Un diagnóstico previo de cáncer mamario aumenta el riesgo de una mujer de padecer un segundo tumor en la mama opuesta (contralateral). Se estima que este riesgo es de un 15%, o un riesgo relativo en el rango de 3.0 a 4.0. Se ha demostrado que el riesgo es incluso mayor en quienes también tienen una historia familiar de cáncer de mama. Además, los cánceres primarios o endometriales se asocian con riesgo mayor de cáncer mamario.

Antecedentes familiares de cáncer y genética. Las mujeres con antecedentes familiar de cáncer de mama en un pariente de primer grado (madre, hermana o hija) tienen un riesgo relativo de 2.0 a 3.0; es decir, dos o tres veces el de la población general. Este riesgo aumenta más si la madre y la hija han padecido cáncer mamario (riesgo relativo mayor de 5.0) y alcanza su máximo valor cuando se presenta antes de la menopausia y es bilateral. También se ha demostrado un aumento en el riesgo individual si el padre ha sufrido la enfermedad. En algunas familias, es posible que la Aparicio por grupos del cáncer de mama se deba solo al azar o quizás a interacciones entre factores ambientales, culturales o socioeconómicos compartidos difíciles de determinar.

Menarquia precoz y menopausia tardía. Aun no se ha determinado con precisión el papel exacto que desempeñan las hormonas en la etiología del cáncer mamario. La menarquia precoz (antes de los 12 años) y la menopausia tardía (después de los 50 años) se asocian con un mayor riesgo. Los estudios han demostrado que este también aumenta a medida que el intervalo entre la menarquia y la menopausia se prolonga. Por consiguiente, parece ser que los ciclos ovulatorios regulares con exposición acumulativa a los estrógenos son el principal determinante de este riesgo. Cuanto mayor sea el número de años de actividad menstrual, mayor será el riesgo de cáncer mamario. La exposición de las glándulas mamarias a los estrógenos parece ser el factor más determinante, aunque el papel de otras hormonas y metabolitos circulantes, como el estradiol, la progesterona y la prolactina también es muy importante.(12)

Una mejor nutrición y un mayor control de las enfermedades infecciosas han contribuido a la tendencia actual de reducción en la edad de la menarquia en países como Estados Unidos. La menopausia inducida por cirugía o por radiación (como tras la ooforectomía bilateral o la irradiación pélvica) disminuye el riesgo de cáncer de mama, quizás algo más que cuando esta se produce de forma natural.

Historia reproductora. El hecho de no tener hijos (nuliparidad) o el primer embarazo a término después de los 3 años incrementan el riesgo a la mujer. El riesgo relativo es mayor en las mujeres que retrasan la concepción que las nulíparas. Se ha demostrado que la concepción a una edad precoz (antes de los 2) tiene un efecto, se desconoce el mecanismo subyacente, pero es muy probable que se deba cambios en el tejido mamario o a las hormonas, que lo hacen menos susceptibles a los tumores.

Obesidad y grasa en la dieta.- Se ha demostrado que la obesidad se asocia con un mayor riesgo de cáncer mamario en las mujeres postmenopáusicas. El exceso de tejido adiposo es rico en la enzima

necesaria para obtener estroma y estradiol a partir de sus precursores. En consecuencia, las mujeres obesas pueden tener niveles más altos de estrógenos circulantes que puedan afectar células cancerosas en la mama dependientes de las hormonas. Además se ha observado que la obesidad se relaciona con niveles más bajas de globulina fijadora de las hormonas sexuales (SHBG), la cual normalmente fija el estradiol y podría prevenir la estimulación de las células cancerosas de la mama.(13)

Los factores alimentarios que se cree que están asociados con estas variaciones en la incidencia de cáncer de mama también son diferentes entre las mujeres pre menopáusicas y posmenopáusicas. Sin embargo los estudios a la fecha son difíciles de interpretar. El consumo de grasas, según estas investigaciones ha variado desde un 25 hasta un 49% o más de las calorías totales provenientes de las grasa; se sugiere que una reducción en este consumo hasta el 20 y 30% del total de calorías y el incremento de alimentos altos en fibra es un alimento dietético sano debido a que reduce el potencial de riesgo de cáncer, así como el riesgo de adquirir otras enfermedades, como las cardíacas.

Hormonas exógenas.- Ya que se considera que el cáncer mama se relaciona con las hormonas se han realizado numerosos estudios para evaluar el riesgo asociado con el uso de anticonceptivos orales (AO) y terapia de reposición de estrógenos (TRE). Sin embargo, los resultados no solo han sido contradictorios sino que no han llegado a ninguna conclusión; casi ninguno a demostrado un mayor riesgo en la mayoría de las mujeres.(14)

Diagnóstico:

Para la investigación de patología mamaria es importante la elaboración de una historia clínica completa, la realización de una minuciosa exploración clínica y el auxilio de los métodos paraclínicos indispensables, con el fin de elaborar un diagnóstico presuncional.

Autoexamen Mamario

El diagnóstico definitivo de un cáncer mamario exige de una tecnología compleja, que se inicia con la sospecha de una tumoración palpable en las mamas. Está demostrado que en más del 80% de los casos, comprobados de cáncer mamario, fue la propia mujer quien descubrió el primer dato de sospecha.

En estas condiciones es recomendable que toda mujer a partir de la menarquia, conozca la técnica del autoexamen mamario, que en unos cuantos minutos de cada mes le permitirá conocer adecuadamente la estructura normal del tejido en cuestión, y podrá detectar oportunamente aquellos datos anormales que le ayuden a establecer una sospecha de patología.

Se tendrá como objetivo familiarizarse con las características físicas propias de las mamas y las exploraciones subsecuentes se dedicarán a la búsqueda de anomalías que requieran consulta profesional.

Para la mujer que todavía menstrua, deberá iniciar la práctica de la autoexploración, a partir de la menarquia y se realiza entre el séptimo y décimo día de haber iniciado el sangrado menstrual, ya que en esta fase del ciclo se tiene una menor cantidad de nódulos y es menor el edema de las mamas.

Inspección de las mamas ante un espejo

El primer paso del autoexamen es la inspección cuidadosa de las mamas frente a un espejo que permita la visualización completa de ambas; inicialmente se observan colocando las manos sobre las caderas, ejerciendo cierta presión sobre las mismas. Se continúa la inspección levantando los brazos y realizando movimientos giratorios del tronco, para visualizar los hemisferios mamaros de ambos lados, lo que permitirá identificar alguno o varios de los siguientes signos:

Signos que se deben observar:

- Asimetría del volumen.
- Retracción del pezón o de otras áreas cutáneas.
- Edema de la piel.
- Protrusión cutánea (Presencia de Tumoraciones).
- Ulceraciones o escoriaciones.
- Aumento de la vascularidad.
- Enrojecimiento cutáneo.
- Salida espontánea o provocada de secreciones

Palpación

La palpación en el autoexamen sirve para detectar la existencia de patología mamaria, pero esto requiere de entrenamiento y disciplina. Es la mejor forma de obtener información sobre las características normales y patológicas de las glándulas.

Durante esta parte de la exploración es importante palpar en su totalidad ambas mamas y las zonas axilares, en búsqueda de algún signo:

Áreas extensas o limitadas con cambios de temperatura.

Aumento en la consistencia de la piel.

Presencia de tumores.

Aumento de volumen de los ganglios axilares.

Comprimir para verificar si existe o no salida de secreciones.

Estudios auxiliares de diagnóstico:

A.- Mamografía:

Es un estudio radiológico simple de la mama, que consiste en la toma de dos proyecciones una cefalocaudal y otra media lateral oblicua. Constituye actualmente un método auxiliar de diagnóstico, permite detectar micro calcificaciones que no son palpables, de un milímetro de diámetro.

También nos permite el control de pacientes con cáncer, en casos ya conocidos y tratados, igualmente en el tamizaje de población femenina de "riesgo", en donde radica su principal aplicación.

La precisión diagnóstica de la mamografía depende fundamentalmente de la calidad de la toma, así como de la experiencia del radiólogo para su interpretación.(15)

Hallazgos Radiológicos de la

Mamografía

TUMOR BENIGNO

Redondo, Lobulado.
Macrocalcificaciones.
Presencia de Halo de Seguridad.

Ausencia de Signos Cutáneos.
Vascularidad Normal.

TUMOR MALIGNO

Irregular, especulado.
Microcalcificaciones.
Engrosamiento difuso o localizado en la piel.
Retracción Cutánea.
Aumento de la Vascularidad.

B.- Ultrasonido:

Este estudio se basa en el principio de emisión de ondas sonoras y su posterior recepción, para proporcionar una imagen que se traslada a un monitor, del cual es posible tomar fotografías; los aparatos con transductores de alta resolución (de 7-10 mHz) logran identificar tumores de sólo 0.5 cm. en su diámetro, por ese motivo es incapaz de detectar estructuras como microcalcificaciones que existen en los tumores malignos. Su uso ocupa un papel importante como método auxiliar de diagnóstico en mujeres menores de 40 años y en las que rutinariamente no está indicada la mamografía. En algunos casos el ultrasonido es el método a utilizar, donde existe un tumor sólido, clínicamente sospechoso y no debe utilizarse la mamografía.(16)

C.- Biopsia:

La biopsia es un procedimiento que se utiliza para la toma de secreción o tejido que nos permite efectuar el estudio citológico e histopatológico de las muestras recabadas por diferentes formas o técnicas.

Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF):

Es la técnica para la extracción de líquido o secreción de un tumor para la realización de un estudio citológico o histopatológico.

Biopsia con aguja Tru-cut:

Esta técnica se realiza con un equipo de extracción especial que cuenta con una aguja de sacabocado; ésta se encuentra cubierta con una camisa externa para realizar la extracción de la muestra.

Biopsia Incisional:

Este es un procedimiento quirúrgico; se debe realizar en un quirófano que cuente con todo lo necesario para su realización, ya que se incide la piel para obtener un fragmento del tumor, con fines de estudio para receptores de estrógenos y progesterona.

Biopsia Excisional:

Este procedimiento generalmente se realiza cuando se encuentra un tumor bien definido, con el fin de retirarlo en forma total, éste debe contener una porción de tejido normal, para la realización del estudio histopatológico.(17)

Diagnóstico Histopatológico

La gran mayoría de tumores mamarios son lesiones epiteliales primarias de tipo carcinoma ductal (80% de los casos) y carcinoma lobulillar (10%). Estos adenocarcinomas pueden ser lesiones incipientes no invasoras (carcinoma in situ) o lesiones infiltrantes(carcinoma invasor) y dentro de estas dos categorías variantes de pronostico favorables.

Para mejor comprensión explicare cada uno de ellos:

1.-CARCINOMA DUCTUAL: Es el tipo histológico más frecuente y ha incrementado rápidamente en las 2 últimas décadas. Está formado por una población maligna de células limitada a conductos y lobulillos por la membrana basal, suele afectar a un único sistema ductal; sin embargo, las células pueden diseminarse por conductos y lobulillos y producir lesiones amplias que afecten a todo un sector de una mama

2.-CARCINOMA LOBULILLAR .-Éste tipo histológico es infrecuente, pero el más común en mujeres jóvenes. Se distingue por células pequeñas, con características citológicas idénticas a las del carcinoma lobulillar in situ, por núcleos suaves, redondos e irregulares y citoplasma con "luces" (vacuolas) intracitoplasmáticas ocasionales. Las células tienen poca cohesión entre sí por la pérdida de una proteína de adhesión llamada Ecadherina Las Mitosis son poco frecuentes. El volumen nuclear es pequeño, las células infiltran en fila india, que con frecuencia rodea estructuras existentes (patrón blanco de tiro).

3.- CARCINOMA MEDULAR: Se presenta como una masa bien circunscrita y puede confundirse clínica y radiológicamente con un fibroadenomas. Se caracteriza por sabanas sólidas de tipo sincitial que ocupan más del 75% del tumor. Tienen ligero mejor pronóstico que los carcinomas no especiales.

4.- CARCINOMA MUCINOSO: Éste tipo histológico es el más infrecuente (1-6 %), se suele presentar como una masa circunscrita de crecimiento lento, es el carcinoma de mejor pronóstico. A nivel microscópico se observan las células tumorales agrupadas y en pequeñas islas de células en grandes lagos de mucina que empujan hacia el estroma adyacente.(19)

TRATAMIENTO

El tratamiento integral del cáncer de mama es multidisciplinario, los manejos son cirugía y radioterapia en cualquiera de sus tres modalidades (neoadyuvante, adyuvante y paliativa) y el tratamiento sistémico incluye la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida a blancos moleculares.

CIRUGÍA

El tratamiento quirúrgico del tumor primario en el cáncer de mama ha pasado por múltiples modificaciones, en la actualidad se divide en cirugía conservadora y mastectomía con sus múltiples variedades. El objetivo es lograr el mejor control oncológico, para esto deben tenerse en consideración factores propios del paciente (edad, género, comorbilidades, relación mama-tumor, antecedentes de radioterapia), o factores biológicos del tumor (componente intraductal extenso >25%, multicentricidad, tamaño tumoral), así como factores externos como por ejemplo la disponibilidad de equipos de radioterapia. Parte fundamental en la toma de decisiones es indiscutiblemente la preferencia del paciente con el fin de ofrecer la mejor opción terapéutica en conjunto. Se ha demostrado en varios ensayos clínicos, con seguimiento a 20 años, que la cirugía conservadora de mama combinada con radioterapia en comparación con la mastectomía, ofrecen los mismos porcentajes de supervivencia global.(20)

Las indicaciones para mastectomía incluyen:

- 1) contraindicación para recibir radioterapia;
- 2) enfermedad multicentrica
- 3) dificultad para obtener márgenes adecuados y resultado cosmético favorable después de un intento de cirugía conservadora.

TIPOS DE CIRUGÍA MAMARIA

La alternativa terapéutica de hoy en día se pueden dividir en dos: el empleo de la cirugía radical, que equivale a la mastectomía radical clásica o modificada, y al manejo conservador, es decir, a la escisión local del tumor que puede ser mediante la tumorectomía o la cuadrantectomía, mas linfadenectomía axilar complementada con la radioterapia a la mama afectada, es decir, se introduce el concepto del tratamiento multidisciplinario si aceptamos que la quimioterapia juega un papel importante como tratamiento adyuvante.

Escisión local.- La tumorectomía, la nodulectomía y la tioletomía son términos quirúrgicos que en la práctica quirúrgica comprende la simple escisión del tumor a veces sin margen de tejido sano. Prácticamente es una biopsia escisión.

Escisión local amplia.- Implica la extirpación del tumor con un margen de tejido mamario aparentemente normal de 2- 3cm.

Cuadrantectomía.- También llamada por alguna resección segmentaria o mastectomía segmentaria, comprende la escisión de la totalidad del tejido mamario del cuadrante donde asienta el tumor.

Mastectomía total o simple.- Este término es usado para indicar la resección completa del tejido mamario, incluyendo la areola y el pezón.

Mastectomía Subcutánea.- Intenta resecar todo el tejido mamario conservando la areola y el pezón.

Mastectomía Radical modificada.- involucra dos tipos de operación: la mastectomía radical modificada, conocida en la literatura como operación de Patey y como operación de Merola en la literatura Latinoamericana. Ambas resecan la totalidad de la mama, disecan completamente la axila y extirpan el pectoral menor. El otro tipo de mastectomía radical modificada, llamada de Madden o Anchicloss, se diferencia de la operación de Patey únicamente en que conservan ambos músculos pectorales.

Consiste en una mastectomía total mas disección axilar en continuidad, es decir, en bloque en la cual se reseca el musculo pectoral menor con el objeto de facilitar una disección más completa de la axila. En esta disección axilar deben incluirse los ganglios interpectorales de Rotter que corresponden al grupo 2 de la axila.(21)

Como en la mastectomía total, la incisión puede ser de diversas formas dependiendo de la localización del tumor, pero por razones cosméticas se prefiere la incisión transversa de Stewart.

Practicada la incisión, que se extiende a través del tejido subcutáneo, se confeccionan los colgajos. Contrariamente a lo preconizado en épocas anteriores en que se recomendaba colgajos muy delgados, actualmente la mayoría de los cirujanos crea colgajos cuyo espesor es de 5mm.

Terminada esta disección se protege la zona cruenta del tórax con una gasa húmeda y la mama es llevada externamente para continuar con la disección de la axila. Esta se inicia con la posición del pectoral menor levantando el pectoral mayor, lo cual se facilita con una maniobra que consiste en elevar el brazo del lado afectado hacia arriba y adentro, para conseguir la relajación del musculo pectoral mayor, haciendo más corta la distancia de los puntos de inserción, braquial por fuera y costal por dentro. La separación de estos músculos generalmente se consigue mediante la disección roma o con la ayuda de un separador de Farabeuf(22).

Separados los músculos, se procede a desinsectar el musculo pectoral menor de su inserción en la apófisis coracoides, teniendo especial cuidado de no dañar el paquete vasculo nervioso de la axila, que inerva y nutre el musculo pectoral mayor, a cuyo nivel se encuentran los ganglios de Rotter, que deberían ser disecadas de forma aislada en un tiempo posterior.(23)

Extirpada la mama se hace una hemostasia prolija y luego acostumbramos a irrigar la herida operatoria con 3 o 4 litros de agua estéril suero fisiológico con el fin de eliminar los detritus y coágulos. Es imperativo, antes de proceder al cierre de la herida, que el cirujano,

ayudantes e instrumentistas cambien de guantes, así como también el uso de nuevos campos estériles y de un nuevo instrumental quirúrgico.

El cirujano debe de colocar dos catéteres de polietileno N° 12 de diámetro y de 40cm. De longitud introduciendo a través del colgajo externo o inferior, situando uno de ellos externamente hacia la axila y el otro en el lecho interior de la pared torácica.

Estos catéteres son conectados a un sistema de drenaje de presión negativa (hemovac, hemosuc, redon, etc.). La piel es cerrada con puntos separados con seda 3 ceros. La herida se recubre con gasas y apósitos, teniendo cuidado de no hacer presión sobre los colgajos para evitar su necrosis.

Otro aspecto fundamental en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama es el manejo de los ganglios axilares, esto tiene fines pronósticos para la estadificación y terapéuticos con el fin de disminuir la recurrencia local. Por muchos años, la disección de la axila ha sido el estándar de tratamiento, sin embargo, el beneficio de este procedimiento en pacientes con ganglios clínicamente negativos es muy bajo y sus complicaciones son relativamente frecuentes.

En la actualidad la disección del ganglio centinela es el abordaje quirúrgico de elección en los casos en que la axila es clínicamente negativa (24). La técnica ideal para su búsqueda consiste en la técnica combinada de inyección de un colorante (azul patente) y un material radiactivo (tecnecio 99 1mCi) de forma subdérmica periareolar y en el borde del tumor, y en condiciones ideales la complementación con un estudio de linfocentelleografía, aunque puede ser realizado con una sola técnica mientras se obtenga una baja tasa de fallas en la identificación (<5%).

La disección ganglionar axilar en nuestros días está justificada cuando no sea identificado el GC; presencia de metástasis en el ganglio centinela y en aquellos casos en los que existen adenopatías clínicas o citológicamente confirmadas con metástasis, dicho procedimiento incluye

la extirpación de los ganglios de los niveles axilares I y II. El manejo óptimo de micrometastasis y células aisladas requiere mayor información de los estudios que se están realizando.

El carcinoma ductal in situ puede tratarse con cirugía conservadora; mientras se obtengan márgenes adecuados (>2 mm), la radioterapia adyuvante disminuye la recaída local, la mastectomía total es una opción de tratamiento en pacientes seleccionados que tengan un riesgo mayor para recaída local (alto grado, <40 años, multicéntrico, >2 cm); es controvertida la utilidad del ganglio centinela (GC) sin embargo este grupo de pacientes es el que tiene la mayor posibilidad de enfermedad con invasión por lo que recomendamos su uso.(25)

LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

La reconstrucción puede ser inmediata o tardía dependiendo de las condiciones o preferencias del paciente o por razones oncológicas como radioterapia adyuvante o previa a la cirugía que puede interferir en el resultado cosmético o incrementar el índice complicaciones. Las opciones de reconstrucción son: con material protésico y con tejido autólogo pediculado o libre. La elección debe estar basada en las características de la paciente (edad, peso, forma, volumen) y el tratamiento oncológico (cantidad de piel preservada, radioterapia, etc.) La reconstrucción no interfiere con el pronóstico o con el seguimiento efectivo para las pacientes (26).

CIRUGÍA PROFILÁCTICA

La cirugía profiláctica debe tener un abordaje multidisciplinario considerando que es una cirugía reductora de riesgo de cáncer de mama contralateral. Los pacientes

Con antecedente de radioterapia (enfermedad de Hodgkin en mediastino), susceptibilidad genética, e historia de cáncer de mama familiar son los grupo mas recomendados para este tratamiento.

TRATAMIENTO ADYUVANTE

La Quimioterapia consiste en la administración de medicamentos por vía endovenosa con el objetivo de eliminar las células cancerosas que se han propagado a otras partes del cuerpo. También se puede administrar antes o después de la cirugía para reducir la posibilidad de que el cáncer de seno regresiones después de la cirugía.

El objetivo de la quimioterapia adyuvante es eliminar la enfermedad micrometastásica antes del desarrollo de clones resistentes, pues se ha demostrado que la recurrencia sistémica es la principal causa de muerte en estas pacientes (27).

La quimioterapia basada en antraciclinas disminuye 33% las recaídas y 27% la mortalidad en mujeres menores de 50 años. A 15 años de seguimiento, la mortalidad en números absolutos disminuyó 7% (78% vs 71%) en pacientes con ganglios negativos y 11% (53 vs 42%) en pacientes con ganglios positivos. En mujeres de 50 a 69 años de edad el beneficio fue de 2% (69 vs 67%) en ganglios

Negativos y 3% (49 vs 46%) en ganglios positivos (28). El beneficio de la quimioterapia es independiente del estado ganglionar, menopáusico, expresión de los receptores hormonales u otras terapias adyuvantes.

Se ha demostrado que la adición de taxanos a la quimioterapia adyuvante, ya sea de forma secuencial o concomitante a los antraciclinos mejora la supervivencia libre de enfermedad (SVLE), sin embargo, no todos los estudios han demostrado beneficio en supervivencia global (SVG). Un metanálisis del empleo de taxanos adyuvantes en cáncer de mama, concluye un beneficio a cinco años en periodo libre de enfermedad de 5% y de la supervivencia global de 3%.

En el momento actual consideramos que iniciar con taxanos seguido de antraciclinas permite una mayor intensidad de dosis lo cual ha incrementado el SVLE aunque está pendiente evaluar su impacto en supervivencia.

En situaciones particulares como el subtipo triple negativo no existe en la actualidad un esquema recomendado ya que no existe un blanco terapéutico específicos.

TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Aproximadamente 15 a 25% de los cánceres de mama tendrá sobreexpresión del gen HER2/neu (ErbB2).

El Trastuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido en contra de la proteína HER2. Diversos estudios han evaluado el beneficio de trastuzumab concomitante o secuencial con quimioterapia de forma adyuvante, los resultados combinados demuestran disminución relativa del riesgo de recurrencia o muerte por cualquier causa de 38% (29).

TRATAMIENTO ENDOCRINO

Entre 50 y 70% de los pacientes con cáncer de mama, el tumor será hormonosensible por lo que se podrán beneficiar de una de las siguientes modalidades de manejo. La decisión dependerá de las condiciones de la paciente, comorbilidades, biología tumoral y perfil de seguridad de cada tratamiento. Con cualquiera de estas modalidades terapéuticas no está recomendada la quimioterapia concomitante, y en la actualidad se pueden combinar con terapia biológica. (30)

Tamoxifén

En el terreno adyuvante, la administración de tamoxifen durante cinco años ha demostrado una disminución en el riesgo a recurrencia de 40% y en riesgo de muerte de 35%, así como reducción en el desarrollo de otro cáncer de mama, lo que se traduce en un beneficio absoluto a 15 años de 12% y de muerte de 9%. Los beneficios de tamoxifen son similares en mujeres pre menopáusicas que en posmenopáusicas.

Es importante considerar que el uso de tamoxifen está relacionado con eventos adversos mayores tales como cáncer endometrial en 1% y enfermedad tromboembólica en 2% (31)

Inhibidores de aromatasa Estos fármacos representan otra opción terapéutica en el tratamiento adyuvante exclusivo de mujeres posmenopáusicas, administrados de

Forma inicial o secuencial, han demostrado mejorar la supervivencia libre de enfermedad, no así en la supervivencia global (32). La decisión del tipo de inhibidor se relaciona con el perfil de toxicidad y características de riesgo en cada paciente. La duración óptima recomendada es de cinco años. El beneficio absoluto es de 3% de disminución de la recurrencia (33).

Los mayores efectos secundarios de estos fármacos son osteoporosis y fracturas secundarias aunque dichos efectos son reversibles al suspender el tratamiento y se pueden disminuir con el uso de bisfosfonatos; por lo anterior es muy importante

La vigilancia de la densidad ósea.

Ablación o supresión ovárica

En mujeres pre menopáusicas, la ablación ovárica se ha asociado con disminución en recaída y en mortalidad, los beneficios son similares en magnitud a los obtenidos con quimioterapia en pacientes con receptores hormonales positivos. La ablación o la supresión ovárica pueden conseguirse con irradiación, cirugía o agonistas de la hormona liberadora-gonadotropina (GnRH) o antagonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) . Esta opción de tratamiento se recomienda para pacientes que rechazan o que tienen alguna contraindicación para la quimioterapia o para tamoxifen. Los efectos secundarios de esta opción son los propios de la ablación/supresión ovárica, es decir, síntomas menopáusicos. En la actualidad la supresión ovárica no ha demostrado un beneficio para preservar fertilidad en pacientes que recibirán quimioterapia.

RADIOTERAPIA

El tratamiento con radioterapia está indicado en todos los pacientes que hayan sido sometidos a cirugía conservadora. El boost o sobreimpresión se considera estándar, y se administra usando electrones. La irradiación parcial de la mama es una modalidad empleada en tumores pequeños como parte integral del tratamiento conservador, puede administrarse en forma de 1) braquiterapia intersticial con implante de tasa alta, 2) braquiterapia intracavitaria (catete o balón), 3) radioterapia intraoperatoria (orto-voltaje) y 4) radioterapia externa conformacional. La radioterapia posmastectomía reduce el riesgo de recurrencia local en aproximadamente dos tercios; y aumenta la supervivencia global en 10% (34). Esta

Indicada en los pacientes con cuatro o más ganglios positivos, y/o con márgenes quirúrgicos cercanos y/o con tumor ≥ 5 cm de diámetro.

La radioterapia en el cáncer de mama localmente avanzado se indica como parte del tratamiento multimodal. En nuestra Institución, la decisión para cada caso en particular se toma en una sesión multidisciplinar.

TRATAMIENTO SISTÉMICO

Esta modalidad terapéutica se ha utilizado desde hace muchos años y se considera el estándar en los tumores localmente avanzados. Se recomienda un esquema basado en taxanos y antraciclenos durante seis a ocho ciclos. El objetivo principal es facilitar las diferentes modalidades quirúrgicas. En tumores operables la quimioterapia neoadyuvante tiene como objetivo identificar a los pacientes respondedores, con base en la expresión de receptores hormonales, proliferación celular (Ki67) y grado nuclear. El éxito de la quimioterapia está basado en la obtención de una respuesta patológica completa. En los pacientes con sobreexpresión de HER2 está indicada la adición de trastuzumab a la quimioterapia.

En caso de presentarse tumores hormonossensibles con baja tasa de proliferación y bajo grado nuclear se recomienda terapia endocrina

neoadyuvante, la duración óptima de este tratamiento es de seis meses o hasta obtener la máxima respuesta. Se prefieren los inhibidores de la aromatasa (35).

ENFERMEDAD METASTASICA

En términos generales, la enfermedad metastasica puede clasificarse como visceral (pulmón, hígado y sistema nervioso central) y no visceral (incluye hueso, tejidos blandos y derrame pleural), con supervivencia global para el primer grupo de 12 meses y para el segundo de tres a cinco años (36).

Se recomienda la confirmación histológica de la metástasis así como el perfil molecular, siempre considerando riesgos y beneficios del procedimiento confirmatorio. La enfermedad metastasica se clasifica en bajo y alto riesgo. Se define bajo riesgo a los casos que presentan receptores hormonales positivos, HER2 negativo, periodo libre de enfermedad >1 año, enfermedad metastasica limitada a tejidos blandos y hueso. En estos casos el tratamiento de primera elección es el hormonal. Se define alto riesgo los casos que presentan receptores hormonales negativos, HER2 positivo, intervalo libre de enfermedad <1 año, enfermedad metastasica extensa o afectación visceral. El tratamiento de elección es con quimioterapia terapias endocrinas y/o biológicas. La elección del tratamiento depende del grupo de riesgo en el que se encuentre el paciente y sus condiciones generales así como el tratamiento previo.

Actualmente existen múltiples fármacos activos en el tratamiento del cáncer de mama metastasico, se debe elegir la combinación más activa y menos toxica buscando el mayor tiempo libre de progresión y mejorar la calidad de vida.

TRATAMIENTO DE SOPORTE

Se recomienda complementar con rehabilitación y psicoterapia. Los cuidados paliativos en enfermedad metastásica se deben utilizar como complemento o como terapia única cuando se han agotado los beneficios del tratamiento oncológico y sus efectos tóxicos son mayores. Esta modalidad de tratamiento mejora la calidad de vida.

TEORÍA DE LA CIENCIA DEL CUIDADO DE JEAN WATSON

Teorista y filósofa cuya característica principal es definir los fenómenos observados a través del análisis, razonamiento y argumentación lógica. Fue uno de los primeros trabajos que precedieron y condujeron a la construcción de modelos teóricos y contribuyeron al desarrollo del conocimiento.

Watson se apoyó sólidamente en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual.

Watson explica que los conceptos que ella definió para aportar nuevos significados al paradigma enfermero “derivaban de experiencias clínicas, empíricas y experimental por eso mi trabajo inicial surgía de mis propios valores, creencias y percepciones sobre la personalidad, vida, salud y curación...”

Watson atribuye su énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez a las visiones de Carl Rogers y escritores psicológicos transpersonales más recientes. Rogers describió distintos incidentes que llevaron a la formulación de sus pensamientos sobre la conducta humana. Uno implicaba que “es el cliente el que sabe lo que le duele y que su cuidador debería permitir que las directrices del proceso terapéutico vinieran del cliente”. Rogers creía que “por medio de la comprensión” el paciente llegaría a aceptarse, lo que constituye el primer paso hacia un resultado positivo.(36)

Watson cree que también es esencial una base sólida en humanidades para el proceso de cuidado holístico de los pacientes. Cree que el estudio de humanidades expande la mente y aumenta las habilidades para pensar y el crecimiento personal. Watson compara el estado actual de la enfermería con los danades mitológicas, que intentaban rellenar una jarra rota de agua sólo para ver como el agua fluía por las partes rotas. Hasta que la enfermería fusione la teoría y a practica por medio del estudio combinado de las ciencias y las humanidades, cree que fisuras similares se evidenciarán en la base científica del conocimiento enfermero.

La investigación de Watson sobre el cuidado incorpora el empirismo, pero da más importancia a las metodologías que empiezan a partir de fenómenos enfermeros más que con las ciencias naturales. Watson ha utilizado la ciencia humana, la fenomenología empírica y trascendente en su último trabajo. Más reciente, ha estado investigando un nuevo lenguaje, como las metáforas y la poesía, para comunicar transmitir y clasificar el cuidado y la curación humana. En sus estudios y escritos, incorpora crecientemente su convicción de que existe una relación sagrada entre la humanidad y el universo.

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes 10 factores de cuidados. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería:

1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores
2. Inculcación de la fe – esperanza
3. Cultivación de la sensibilidad para uno mismo y para los demás
4. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas
10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas (37)

PRINCIPALES SUPUESTOS

En su primer libro *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, Watson nombra principales supuestos de la ciencia del cuidado en enfermería:

1. El cuidado se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud – genético” que la curación. La práctica de cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermeros. Así pues, una ciencia de cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica de cuidado es fundamental para la enfermería.(38)

A medida que el trabajo de Watson iba evolucionando, continuó centrándose más en el proceso de cuidado humano y en los aspectos transpersonales del cuidado – curación. Las premisas básicas que señalan en *Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing* constituyen una reflexión de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su trabajo. Estos aspectos representan una integración de las creencias y valores sobre la vida humana y ofrecen el fundamento para un mayor desarrollo de su teoría.

1. La mente y las emociones de una persona son las ventanas de su espíritu.
2. El cuerpo de una persona tiene límites temporales y espaciales, pero la mente y el espíritu no tienen límites en el universo físico.
3. El acceso al cuerpo, a la mente y al espíritu de una persona es posible siempre y cuando la persona sea percibida y tratada como un todo.
4. El espíritu, el interior de la persona o el alma de una persona existen en ésta y para ésta.
5. La gente necesita a los demás de manera cuidadosa y cariño.
6. Para encontrar soluciones, es necesario encontrar significados.
7. La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo de fenómenos.

Pensamiento crítico

El pensamiento crítico en la filosofía de Watson y la ciencia de cuidado ofrece un enfoque holístico y humanístico en las fases de evaluación, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación del proceso enfermero. A partir de las 10 afirmaciones de cuidado, la teoría de Watson ofrece un marco en el que las enfermeras pueden establecer un precedente de colaboración para ayudar a que el paciente mejore el control, el conocimiento y la salud.

2.3 Definición de términos

- **Mastectomia radical.-** Es la extirpación de todo el tejido mamario, con el pezón, areola junto con algunos ganglios linfáticos.
- **Quimioterapia.-** Aplicación de sustancias antineoplásicas por vía regional o sistémica para controlar o erradicar las células neoplásicas malignas.
- **Quimioterapia Neoadyuvante.-** cuando se administra antes de un tratamiento quirúrgico.
- **Quimioterapia Adyuvante.-** Cuando se administra después del tratamiento quirúrgico.
- **Cáncer de mama.-** Enfermedad en la que una célula individual por mutaciones adquiere la capacidad de dividirse sin control, reproduciéndose hasta formar un tumor.
- **Cuidados de paciente mastectomizado.-** Son intervenciones que brinda la enfermera basados en conocimientos científicos así como en la sistematización en el pensamiento crítico, reflexivo y analítico, de manera oportuna, segura, continua, y holística que brinda la enfermera a la paciente postoperados de mastectomía radical con tratamiento adyuvante.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la obtención de los datos del presente informe profesional se solicitó a través de mesa de partes los datos a la Oficina de Desarrollo y División de Estadística e Informática del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que después de 5 días me hizo entrega de información valiosa desde el año 2013- 14 y 2015 casuística del servicio del 7A Ginecología Oncológica.

Además se obtuvo información de los Registro de ingreso, egreso cuaderno de cuaderno de programación de cirugías, entrevista a los jefes de servicio tanto de Médicos como de Enfermeras, quienes que por su cargo administrativo y compromiso con los usuario me ofrecieron datos importantes que complementan la información para realizar un procesamiento fidedigno de la casuística del servicio del 7 A Ginecología Oncológica con respecto a las pacientes mastectomizadas con terapia adyuvante durante los 3 últimos años.

Es importante mencionar que para la elaboración de los cuadros estadísticos se usó los sistemas SPS y EXCEL.

3.2 Experiencia Profesional

Realicé mis estudios universitarios en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, me gradúe en el año **2000**, inicié mi labor profesional en junio del mismo año en el Hospital Daniel Alcides Carrión en el servicio de Emergencia como enfermera asistencial, encargada de proporcionar cuidados a personas con problemas de salud en situación crítica ,de alto riesgo o en fase terminal , agilizando la toma de decisiones mediante una

metodología fundamentada con los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud , la Ética, tecnología y la evidencia científica conocimientos adquiridos en las practicas asistencial hospitalaria, universitaria y Serums.

En el año **2001**, fui removida a Neurocirugía del mismo hospital donde los cuidados microquirúrgicos se enfocaba más en minimizar los riesgos y secuelas que puedan presentar los pacientes post operados mediatos de patologías cerebrales y/o traumatismos cerebral y vertebrales.

Posteriormente, bajo un concurso exhaustivo ingresé a trabajar en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en mayo del **2002**, como enfermera asistencial al servicio de Neurocirugía, es así, que el paciente neuroquirúrgico son diferentes a los demás porque el sistema nervioso está afectado, pues mi desempeño laboral estaba enmarcado en la aplicación de métodos clínicos, electrónicos, investigaciones, procedimientos profesionales que me permitieron detectar tempranamente una serie de signos y síntomas que sirviendo como alarmas premonitorias determinaron un conjunto de medidas capaces de impedir eventos mucho más graves de los que está padeciendo el paciente con ello nuestro cuidado favorece una evolución favorable.

Por mi buen desempeño laboral ingresé a trabajar como enfermera asistencial en la UCI de Neurocirugía durante un año y medio, la cual mi desempeño fue favorable en el cuidado de pacientes microquirúrgicos cuyos cuidados se enfatizaba en relación al soporte ventilatorio, sedación, analgesia, control hemodinámico, prevención de la enfermedad trombo tica y el esteres común que implica el postoperatorio; todo ello enriquecieron mis conocimientos sobre cuidados quirúrgicos.

En el periodo **2004- 2006** asumo la Subjefatura del servicio de Columna, la cual en coordinación directa con la jefatura de Neurocirugía se lleva a cabo la función de planificar, organizar e implementar acciones seguras, humanísticas y con enfoque social.

El servicio de Oncología Ginecológica está ubicado en el piso 7 del block A, cuenta con 24 camas quirúrgicas entre personales y bipersonales, una estación de enfermería, tópico de enfermería, tópico de procedimientos médicos, almacenes, oficina de jefatura de enfermería, secretaria médica, oficina médica, 01 sala de examen y 01 auditorio.

Con respecto a recursos humanos está integrado por 14 cirujanos, 15 enfermeras, 13 técnicos de enfermería, 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 asistente social, 01 termina lista y 02 secretarias. La cobertura está dirigida a pacientes gineco-oncologicas.

Mi experiencia profesional en el servicio de Ginecología Oncológica, consiste en brindar un cuidado holístico al paciente diagnosticado con tumor de mama identificado en Consultorios de Oncología.

La enfermera desempeña un importante papel durante las tres etapas de la intervención quirúrgica con el fin de facilitar un paso fácil y seguro por todo el periodo perioperatorio. La principal responsabilidad del personal de enfermería durante este periodo se centra en recoger datos, preparar al paciente para el estrés de la cirugía, de la anestesia, educarle para reducir la ansiedad y facilitar su recuperación post operatoria.

3.3 Procesos realizados en el cuidado

Los cuidados que se realizan a las pacientes con cáncer de mama que van a ser sometidos a una cirugía exige conocer el proceso perioperatoria de la intervención quirúrgica, este conocimiento se aplica en los cuidados de enfermería con el fin de facilitar un paso seguro y menos riesgoso. La valoración de Enfermería al ingreso de la paciente es fundamental para que los cuidados preoperatorios, intraoperatorios y posoperatorios sean individualizados.

3.3.1 PREOPERATORIO, se realiza desde el momento en que el paciente ingresa al servicio alrededor de las 12 hrs. Se recibe al paciente y familiares con una ACTIVIDAD EDUCATIVA sobre cuidados en el pre, intra y postoperatorio, pues las pacientes oncológicas quienes además de enfrentarse a una enfermedad maligna que le provoca ansiedad deben someterse a una intervención quirúrgica, tiene que estar hospitalizado, y esto le aleja de su entorno habitual (familia, amigos, trabajo etc.) añadiendo a todo ello la posibilidad de mutilación o pérdida de las funciones corporales normales y las consecuencias tanto sociales como económicas que pueden resultar de esa enfermedad maligna y el tratamiento al que tiene que someterse.

Se realiza los cuidados físicos y psicológicos de la paciente de manera individualizada, holística y de manera multidisciplinaria con profesionales médicos, psicólogos, nutricionista, asistente social y médicos de otras especialidades si la paciente lo requiere.

El día de la cirugía, la paciente que ya es preparada por la enfermera asistencial es recogida por un personal (camillero) y es llevado a las salas designadas, en todo momento la enfermera orienta, educa, asesora, ayuda a la paciente y familia.

3.3.2 POSTOPERATORIO.-Es el periodo donde el cuidado al paciente es más riguroso, se recoge al paciente de los diversos servicios de

recuperación previa coordinación. Por mi experiencia en el cuidado de pacientes post operados inmediatos y mediatos de mastectomía radical, se realiza una completa valoración inicial del estrés de la anestesia y cirugía durante las primeras horas siguiente a la intervención, verificando frecuentemente:

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea
- Diagnosticar y tratar las complicaciones
- Garantizar la seguridad del paciente
- Estabilizar las constantes vitales
- Disipar la anestesia residual
- Proporcionar alivio del dolor
- Tranquilizar emocionalmente al enfermo y reducir su ansiedad

Los cuidados post operatorios incluyen mantener una buena ventilación pulmonar, prevenir infecciones de la herida quirúrgica y lograr la deambulación precoz. Las pacientes sometidas a cirugía mamaria suelen tener un catéter de drenaje en la herida conectado a succión. Hay que proporcionar a la paciente apoyo emocional sobre los cambios en su imagen corporal y asesorarla sobre el cuidado de los brazos para prevenir el linfedema y el hombro rígido.

Tras la cirugía, la paciente puede presentar dolor en la zona quirúrgica, hombro y brazo. El dolor de hombro y brazo se puede deber a la posición sobre la mesa del quirófano, a manipulación de los nervios durante la intervención y, en ocasiones, al contacto del catéter con los nervios. La limitación de los movimientos musculares del brazo en el lado afectado depende de la intervención. Puede ser necesario consultar a un fisioterapeuta si la operación ha sido extensa o si la paciente evita demasiado los movimientos con el brazo.

Durante la primera evaluación postoperatoria, hay que enseñar a la paciente la AEM postoperatoria, incluyendo la incisión quirúrgica, todo el

tejido de la pared torácica y la mama normal. Se le indicará que comunique al médico cualquier cambio en la zona quirúrgica que indique recidiva, por ejemplo enrojecimiento, exantema, abultamiento, tumefacción o pérdida de la integridad cutánea. Hay que recabar ayuda para la paciente o su familia si necesitan asistencia con el proceso de duelo.

En el post operatorio mediato se favorece la cicatrización de la herida operatoria, manteniendo el funcionamiento psicosocial, el tratamiento del dolor post operatorio, la vuelta del paciente a su máximo nivel de funcionalidad y la asistencia dirigida a las complicaciones reales, potenciales o posibles, identificadas por los diagnósticos de enfermería

Los cuidados de enfermería ante la cirugía oncológica de mama va encaminada en primer lugar a prevenir complicaciones. Como en toda la cirugía actual las complicaciones se van reduciendo, debido principalmente a la utilización de técnicas menos mutilantes (Veronesi, 1980). La mayor complicación que puede presentar la paciente mastectomizada es el LINFEDEMA que está relacionado con el grado de vaciamiento axilar practicado. La incidencia del linfedema es menor tras técnicas quirúrgicas que implican la conservación de la musculatura pectoral; por el contrario, aumenta cuando la cirugía es más radical e incluye la exéresis del musculo pectoral menor, estando severamente incrementada si va seguida de radioterapia regional (Zornoza, 1991).

La prevención consiste en la realización de ejercicios de movilización precoz y evitar retenciones de serohemáticas que pueden favorecer la aparición de fibrosis axilares; será la enfermera quien enseñará los ejercicios y controlará la presencia de complicaciones. La aparición del linfedema en la evolución de una paciente tratada con cáncer de mama, debe de ser considerada como una complicación potencialmente grave, y requiere la instauración de un tratamiento adecuado y precoz. La base del

tratamiento del linfedema se asienta en medidas de tipo fisioterapéutico: masaje, compresión, movilización.

A toda paciente sometida a vaciamiento axilar, especialmente si ha complementada con radioterapia, (Ramos Calvo, 1984) se le debe adiestrar en la toma de pequeñas medidas profilácticas como pueden ser: evitar la utilización de prendas ajustadas, relojes, pulseras, etc. que provoquen una compresión circular en la extremidad; evitar la extracción de sangre o inyección endovenosa e incluso la toma de presión arterial en el brazo homolateral a la cirugía; evitará también llevar pesos en dicho brazo; cuidará aquellas actividades con riesgo de heridas o infecciones en esa mano, pinchazos con agujas de cocer, espinas, etc., y si éstas aparecieran serán sometidas a tratamiento con el brazo elevado, colocación de la extremidad siempre que sea posible en posición proclive evitando acostarse sobre la misma.

La adaptación psicológica del paciente durante el periodo post-operatorio depende en gran parte de su recuperación física. La capacidad del paciente de participar en su cuidado y en programas de rehabilitación tiene un papel fundamental en su bienestar psicológico tras la intervención.

Una reacción psicológica post-operatoria común es la depresión, generalmente relacionada con dolor no controlado y/o la sensación de pérdida de un órgano o función corporal. Suele aparecer cuando los resultados de la cirugía no han sido los esperados (por ejemplo, si se ha encontrado un tumor no resecable) y el pronóstico no es el esperado por el paciente, o cuando la intervención produce una disfunción sexual.

La ansiedad es consecuencia de lo anterior, así como del cambio repentino experimentado en la imagen corporal, del temor a la separación y rechazo por parte de seres querido y de la incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Suele manifestarse con insomnio,

anorexia, sobre-excitación, taquicardia y una sensación general de incomodidad. (Font Guiteras, 1984).

La pérdida de parte de feminidad, la actitud del reposo, de los hijos y en definitiva de la sociedad, preocupa a la paciente y llevan a un estado de permanente ansiedad.

El defecto físico que provoca la mastectomía debe corregirse ya desde el hospital, mediante la elección en los últimos días del post-operatorio de la prótesis externa más adecuada para cada caso.

Una buena rehabilitación comienza logrando convencer a la paciente que mediante la utilización de un "postizo" puede recobrar la figura que tenía antes de la intervención.

En ese momento la enfermera puede actuar como una perfecta asesora, lo que unido a la "habilidad femenina" permitirá improvisar distintos tipos de "postizos" que permitan rellenar la mama desaparecida. Todo ello con el objeto de conseguir que la paciente a la salida del hospital sea la misma que antes, y para ello nada mejor que procurar que su apariencia externa lo sea.

Es importante mencionar, que en el FACTOR INTELECTUAL, se contribuyó en :

- ELABORACIÓN DE LA HOJA DE VALORACIÓN del ingreso de las pacientes Oncológicas al servicio.
- ELABORACIÓN de GUÍAS DE ATENCIÓN de pacientes pos operados de Histerectomías Radical.
- ELABORACIÓN DE GUÍAS DE ATENCIÓN de pacientes pos operados de Mastectomía Radical.
- PRESIDENTA DEL COMITÉ CIENTÍFICO, durante tres años consecutivos se organizó actividades educativas mensuales

dirigidas a las Enfermeras y técnicos de Enfermería con el fin de adquirir nuevos conocimientos y actualizarlos.

- VICE PRESIDENTA DEL COMITÉ de BIOSEGURIDAD del servicio de Ginecología Oncológica conformado por un equipo multidisciplinario (Medico-Jefe del servicio,, Enfermera de Vigilancia Epidemiológica, técnica de Enfermera, Nutricionista, personal de Limpieza- SILSA),la cual durante un año se trabajó de manera coordinada para la ejecución de un plan de trabajo que se llegó a cumplir en 75% de lo planificado.

La teoría y la práctica se complementan, los conocimientos adquiridos en los congresos, cursos nacionales e internacionales, además la docencia que realizo en el servicio me permiten tener los conocimientos actualizados de manera permanente, todo ello contribuye de manera satisfactoria en el quehacer diario con los pacientes ya que es importante que el paciente oncológico es único con respecto a lo que abarca la patología la preocupación por lo probable muerte inminente que manifiestan, no solo es el cuidado físico pos cirugía sino también la secuela psicosocial, haciéndole cada vez más vulnerable.

Por ello, es importante que se establezca una relación de empatía y comunicación recíproca entre la enfermera y la paciente, así mismo la presencia de redes de apoyo, como familia y amigos. Estos deben estar siempre presentes desde el momento en que la paciente ingresa al servicio, durante el posoperatorio inmediato, los cuidados en el hogar y las visitas a su control, estos son fortalecedores que me ha ayudado para que la paciente se inserta nuevamente a la sociedad de manera positiva.

IV. RESULTADOS

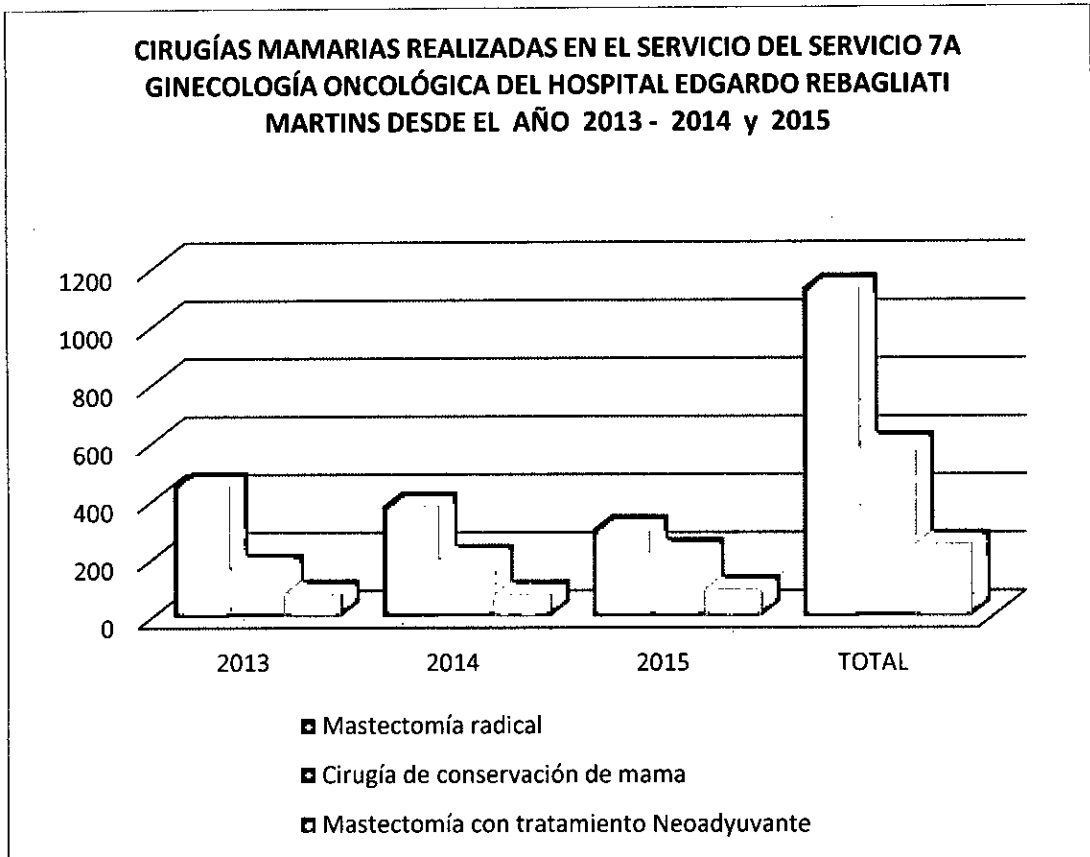
CUADRO N° 4.1

**CIRUGÍAS MAMARIAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DEL SERVICIO
7A GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS DESDE EL AÑO 2013 - 2014 y 2015**

Años cirugías	2013	2014	2015	TOTAL
Mastectomía radical	450	380	300	1130
Cirugía de conservación de mama	167	198	220	585
Mastectomía con tratamiento Neoadyuvante	79	76	92	247
TOTAL	696	654	612	1962

Fuente: Oficina de Desarrollo y División de Estadística e Informática del HNERM

GRÁFICO N° 4.1



En cuanto a las mastectomías realizadas durante los tres últimos años podemos visualizar en el cuadro que en el año 2013 se efectuó más que en los siguientes años de un total de 1130 cirugías acumuladas durante los tres años.

Se evidencia las diferencias numéricas con respecto a las cirugías de conservación de mama, a la mastectomías en el año 2013 se realizaban menos cirugías de conservación, en el año 2015 esto ha cambiado notoriamente ya que ha incrementado en 53 cirugías de conservación. Podemos deducir que, las mujeres están acudiendo a sus controles antes

de llegar a estadios avanzados, es aquí donde la Enfermera cumplir una labor fundamental de orientar y educar a la mujer en las diversas etapas de su vida.

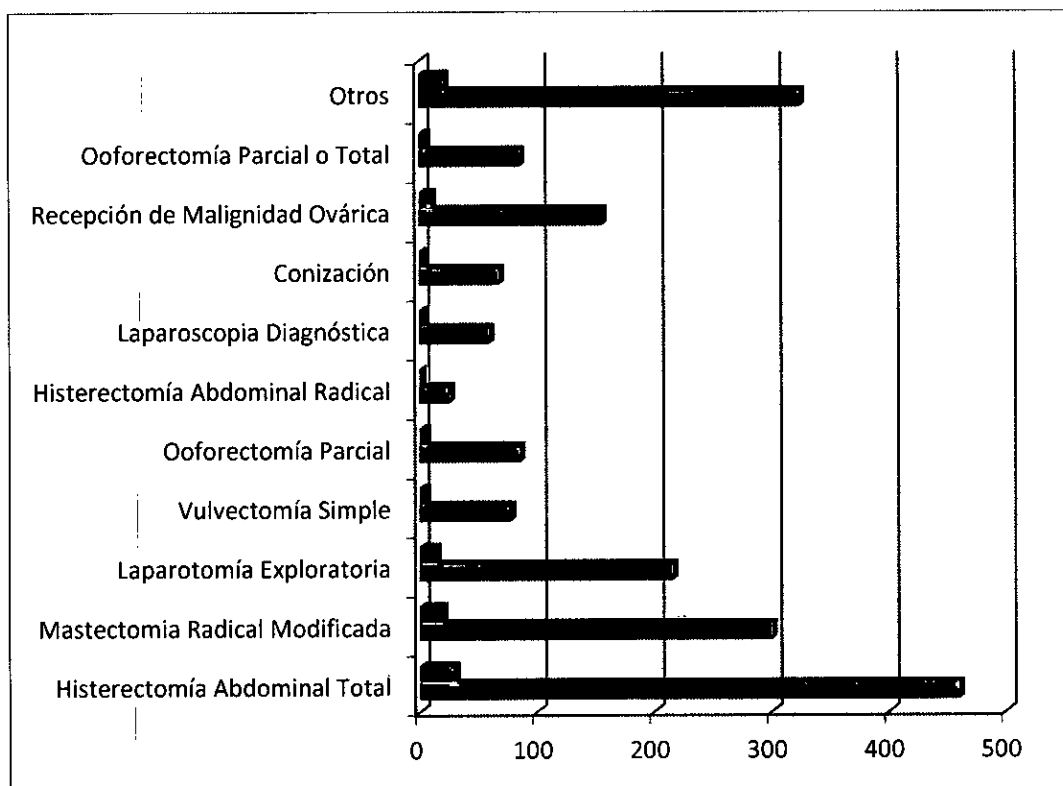
Cabe mencionar que la mastectomía con tratamiento Neoadyuvante va en incremento cada año pues el año 2013 hubo 79 cirugías y el año 2014 hubo 92 cirugías con tratamiento previo, según el Manual de Normas y Procedimientos del Hospital Edgardo Rebagliati refieren que esto se da porque las recidivas y secuelas postcirugía minimizan notoriamente con este tratamiento previo.

CUADRO N° 4.2
CIRUGÍAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DEL 7A
GINECOLÓGICA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – 2015

TIPO DE CIRUGÍA	N°	%
Histerectomía Abdominal Total	460	29.9
Mastectomia Radical Modificada	300	19.53
Laparotomía Exploratoria	216	14.06
Vulvectomía Simple	78	5.07
Ooforectomía Parcial	86	5.59
Histerectomía Abdominal Radical	26	1.69
Laparoscopia Diagnóstica	60	3.90
Conización	68	4.42
Recepción de Malignidad Ovárica	156	10.16
Ooforectomía Parcial o Total	86	5.60
Otros	324	21.09
TOTAL	1536	100

Fuente: Oficina de Desarrollo y División de Estadística e Informática del HNERM

GRAFICO N° 4.2
CIRUGÍAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DEL 7A
GINECOLÓGICA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – 2015



Con respecto a las cirugías más frecuentes realizadas en el hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2015 se observa que la cirugía más frecuente es la Histerectomía Abdominal total, sin embargo la Mastectomía Radical modificada ha sido la cirugía que ocupa el segundo lugar de un total de 1536 cirugía fue de 300(19.90%), evidenciándose que aún sigue siendo un problema de salud pública, esto debido a que las pacientes viene a este hospital de IV nivel cuando ya el tumor está en un la cirugía electiva es la mastectomía la cual trae consigo secuelas físicas, psicológicas y sociales que muchas veces es irreparable.

V. CONCLUSIONES

- A. La enfoca su quehacer profesional en el aspecto psicosocial, orientando y educando con estrategias de afrontamiento situacional durante la hospitalización a los pacientes sometidos a cirugía con quimioterapia neoadyuvante la cual ha incrementado del 2013 en un 30% a un 37% para el 2015.

- B. El hacer partícipe del plan de cuidados a los pacientes mastectomizadas incluyendo a sus respectivas familias favorece la disminución de complicaciones y secuelas biopsicosociales.

- C. El cuidado individualizado, holístico y humanizado de la enfermera con la aplicación de Guías de Atención contribuirá positivamente en el cuidado de la paciente mastectomizada.

VI. RECOMENDACIONES

- A. Que se enfatice en actividades educativas preventivo promocionales en los consultorios de diversas especialidades ya que están en espera de ser atendidos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

- B. En el servicio de Ginecología Oncológica con colaboración del equipo multidisciplinario se debe realizar actividades educativas semanales sobre el cuidado del paciente al alta, dirigido a pacientes y familiares.

- C. Coordinar con el Departamento de Enfermería para la actualización y elaboración de guías de atención, que no se hayan ejecutado, dirigida a las pacientes oncológicas, para mejorar la calidad de atención del paciente.

VII. REFERENCIALES

- (1) OPS / OMS.[Sitio en internet]. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?oph.consultado : 12junio2016
- (2) Bayo y García en su artículo titulado “probabilidad de padecer cáncer de mama antes de los 40 años” (Revista)
- (3) Ruiz P. Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama. [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
- (4) Pierre C, Flory H. Consecuencias Psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la Mastectomia. [Tesis Doctoral]. Costa Rica: Universidad ; 2012
- (5) Escobar E. La Percepción de de las pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
- (6) Álvarez B. Estudio comparativo de pacientes con cáncer de mama, sometidas a mastectomía radical modificada versus manejo quirúrgico basado en la técnica de ganglio centinela.[Tesis para optar el título de Médico Cirujano].Lima: Universidad Ricardo Palma; 2012.
- (7) JIMÉNEZ, M .Oncología -Cáncer de mama. Lima: Aran ediciones, 2007
- (8) AMERICAN CÁNCER SOCIETY. Cáncer de seno.[sitio en internet]. Disponible en: www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf. Consultado: 13 junio de 2016
- (9) Organización Preventiva de la Salud. Cirugía Oncológica en Enfermería. Lima: Universidad abierta. 2008

- (10) Organización Preventiva de la Salud. Cirugía Oncológica en Enfermería. Lima: Universidad abierta. 2008
- (11) OPS. Cáncer de mama prevención y control. [sitio en internet]. Disponible en: www.who.in/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html.
- (12) Nacional Cáncer Institute. El cáncer de seno. Edición de internet. California: NIH.2013.
- (13) Organización Preventiva de la Salud. Cirugía Oncológica en Enfermería. Lima: Universidad abierta. 2008.
- (14) Organización Preventiva de la Salud. Cirugía Oncológica en Enfermería. Lima: Universidad abierta. 2008
- (15) Asociación Española contra el Cancer. Cáncer de mama.[sitio en internet]. Disponible en: https://www.aecc.es/comunicacion/publicaciones/Documentos/cancer_mama_2014.pdf. Consultado: 22 julio 2016.
- (16) Organización Preventiva de la Salud. Cirugía Oncológica en Enfermería. Lima: Universidad abierta. 2008.
- (17) Patología Mamaria.[en línea].España: [28 de julio]. Disponible en:// <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-27-patologia%20mamaria.pdf>.
- (18) Organización Preventiva de la Salud. Cirugía Oncológica en Enfermería. Lima: Universidad abierta. 2008.
- (19) JIMÉNEZ, M. Oncología-cancer de mama. Lima. Aran ediciones, 2007
- (20) Bears, P, Myers, J. El Tratado de Enfermería de Mosby. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
- (21) National Cáncer Institute. El cáncer de seno. Edición de internet. California: NIH. 2013.
- (22) Rivera, Mastectomía Radical Modificada. [video]. México: F.I.C.S, 2011.
- (23) Jiménez, A. Manual de Técnicas Quirúrgicas. Cuba: Bvscuba; 2008
- (24) Tratamiento Quirúrgico.[en línea]. España:[fecha de acceso 22 julio del 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tratamientoquirurgico.aspx>

- (25) AMERICAN CÁNCER SOCIETY. Cáncer de seno.[sitio en internet]. Disponible en: www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf. Consultado: 13 junio de 2016
- (26) American Society of Clinical Oncology. Cáncer de mama opciones de tratamiento.[sitio en internet]. Disponible en: www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/opciones-de-tratamiento. Consultado: 28 de julio 2016.
- (27) American Cancer Society. Cáncer de seno.[sitio en internet]. disponible en www.cancer.org/español/ccancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-quimioterapia.
- (28) American Cancer Society. Cáncer de seno.[sitio en internet]. disponible en www.cancer.org/español/ccancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-quimioterapia. Consultado en: 23 de julio del 2016.
- (29) Sociedad Española de Oncología Médica. El cáncer de mama. Madrid: Roche Farma, 2011.
- (30) Sociedad Española de Oncología Médica. El cáncer de mama. Madrid: Roche Farma, 2011.
- (31) Sociedad Española de Oncología Médica. El cáncer de mama. Madrid: Roche Farma, 2011.
- (32) American Society of Clinical Oncology. Cáncer de mama opciones de tratamiento.[sitio en internet]. Disponible en: www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/opciones-de-tratamiento.
- (33) Asociación Española contra el Cáncer. Cáncer de mama.[sitio en internet]. Disponible en: https://www.aecc.es/comunicacion/publicaciones/Documentos/cancer_mama_2014.pdf. Consultado: 02 agosto 2016
- (34) Cáncer de mama. [en línea].Madrid: [fecha de acceso 12 de agosto 2016]. Disponible en: www.mayoclinic.org/español/enfermedades-y-tratamientos/cancer-de-mama/tratamiento.
- (35) Cáncer de mama. [en línea].Madrid: [fecha de acceso 02 de agosto 2016]. Disponible en: www.mayoclinic.org/español/enfermedades-y-tratamientos/cancer-de-mama/tratamiento

ANEXOS



HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS



SESIÓN EDUCATIVA



