

PROPUESTA DE CUIDADO: PACIENTES CON AFRONTAMIENTO INEFICAZ EN EL POSTOPERATORIO DE MASTECTOMIA RADICAL

PRESENTA Licenciada en Enfermería María Pía González Aranda
DIRECTORA DE TESINA: Dra. Aracely Díaz Oviedo

San Luis Potosí S.L.P. abril 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

**PROPUESTA DE CUIDADO: PACIENTES CON AFRONTAMIENTO
INEFICAZ EN EL POSTOPERATORIO DE MASTECTOMIA RADICAL**

TESINA

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada
con Énfasis Quirúrgico**

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería María Pía González Aranda

DIRECTORA DE TESINA:

PhD. Aracely Díaz Oviedo

San Luis Potosí S.L.P. Abril 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis Quirúrgico

TESINA

Título:

**PROPUESTA DE CUIDADO: PACIENTES CON AFRONTAMIENTO
INEFICAZ EN EL POSTOPERATORIO DE MASTECTOMIA RADICAL**

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería María Pía González Aranda

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada
con Énfasis Quirúrgico**

DIRECTORA DE TESINA:

PhD. Aracely Díaz Oviedo

San Luis Potosí S.L.P. Abril 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

**PROPUESTA DE CUIDADO: PACIENTES CON AFRONTAMIENTO
INEFICAZ EN EL POSTOPERATORIO DE MASTECTOMIA RADICAL**

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Cuidado Quirúrgico

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería María Pía González Aranda

SINODALES

PRESIDENTE

Lic. Enf. Erika Adriana Torres Hernández, MCE

_____ Firma

SECRETARIA

Lic. Enf. Leticia del Socorro Galván Hernández E.E.Qx

_____ Firma

VOCAL

Aracely Díaz Oviedo Ph D

_____ Firma

San Luis Potosí S.L.P. Abril 2018

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer enormemente a mi familia, por ese apoyo incondicional que siempre encuentro en cada uno. Por cada palabra que me motivó a seguir en todo momento. ¡Duro con ellos!

También quiero agradecer a la Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por ser mi casa de estudios desde la Licenciatura, por abrirme las puertas y ayudarme a crecer tanto en lo profesional como en lo personal. A mi asesora por ser una persona con una preparación envidiable y profesionalismo, por su apoyo y acompañamiento en la elaboración de este trabajo.

A CONACyT, gracias por el apoyo económico que me fue otorgado, siempre puntual, sin esa beca todo hubiera sido mucho más difícil.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.

>>A todas las enfermeras que afrontan el desafío de mejorar cada vez más la calidad de vida e intentar hacer más llevadera la enfermedad de los pacientes con cáncer y sus familias<<

CONTENIDO

Resumen	
I. Introducción.....	1
II. Justificación y Planteamiento del problema.....	3
III. Objetivos.....	5
3.1 General	
3.2 Específicos	
IV. Metodología.....	6
V. Marco teórico	
5.1 Cáncer de Mama	
5.1.1 Anatomía de la glándula mamaria.....	7
5.1.2 Fisiología.....	8
5.1.3 Cáncer de mama.....	10
5.1.4 Factores de riesgo.....	12
5.1.5 Estudios de diagnóstico.....	13
5.1.6 Tipos de tratamiento.....	15
5.2 Mastectomía.....	18
5.2.1 Técnica quirúrgica de Mastectomía.....	22
5.2.2 Cirugía oncológica y Reconstrucción.....	25
5.3 Tratamiento integral	
5.3.1 Aspectos psicológicos.....	27
5.3.2 Aspectos emocionales.....	29
5.3.3 Aspectos sociales.....	30
5.3.4 Duelo y pérdida.....	32
5.4 Proceso Cuidado Enfermero.....	36
5.4.1 Etapas.....	38
5.4.2 Afrontamiento Ineficaz.....	47

5.5	Propuesta de Cuidado Integral	
5.5.1	Valoración multidimensional.....	49
5.5.2	Formato de valoración por Patrones Funcionales...52	
5.5.3	Cuidados Post-operatorios	53
5.5.4	Plan de Cuidados Estandarizado Afrontamiento Ineficaz.....	57
5.6	Equipo multidisciplinario	
5.6.1	Funciones de cada miembro del equipo multidisciplinario.....	60
5.6.2	Función de la enfermera quirúrgica con cada integrante del equipo.....	64
VI.	Conclusiones.....	67
VII.	Referencias Bibliográficas.....	68
VIII.	Anexos.....	72

RESUMEN

El cáncer de mama constituye el segundo tumor maligno más frecuente a nivel mundial, siendo la principal causa de muerte entre mujeres de 40 a 55 años y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres de todas las mujeres. La importancia del aumento de los factores que entrañan una mayor propensión a sufrir cáncer de mama es útil para identificar a las mujeres catalogadas de alto riesgo.

La presente tesina tiene como objetivo, crear una propuesta de cuidado para la paciente sometida a mastectomía radical y que atraviesa un proceso de afrontamiento ineficaz. Esto con el propósito de encontrar alguna propuesta para apoyar en la mejora de las mismas, haciendo énfasis en el aspecto bio-psico-social desde la perspectiva del personal de enfermería. Además de impulsar el razonamiento clínico en el profesional de enfermería como parte del proceso cuidado enfermero. Todo con el fin de mejorar las intervenciones del personal de enfermería y llegar a proporcionar cuidados de excelencia a las mujeres sometidas a tal procedimiento. **Objetivos.** Desarrollar una estrategia de cuidado para el manejo del paciente sometido a mastectomía radical y que pasa por un afrontamiento ineficaz, con el fin de contar con una herramienta metodológica que guíe los cuidados enfermeros de manera integral, de forma precisa, oportuna y con sustento científico. **Material y métodos.** Esta investigación parte de una revisión bibliográfica de actualidades de manera que se pueda sustraer una propuesta de cuidado para pacientes que se les ha realizado mastectomía radical y atraviesan un proceso de afrontamiento ineficaz, promoviendo el razonamiento clínico y los cuidados fundamentales de enfermería abarcando los aspectos bio-psico-sociales. **Conclusiones.** La mujeres post operada de mastectomía radical casi siempre presenta un diagnóstico de enfermería de Afrontamiento ineficaz, por lo que es importante dar un seguimiento con un equipo multidisciplinario que apoye,

englobando principalmente al personal de enfermería, el cirujano, un psicólogo y tanatólogo apoyándose en las intervenciones y estrategias propuestos en el proceso de cuidado enfermero.

Palabras clave. Mastectomía radical, Afrontamiento Ineficaz, Cuidado, Proceso cuidado enfermero.

ABSTRACT

Breast cancer represents the second most frequent aggressive tumor worldwide, being the main cause of death on women between the ages of 40 to 55 and the second cause of death among all women. The acknowledgement of the increase of factors that cause breast cancer is useful to identify women with a higher propensity to suffer breast cancer and to detect high risk cases.

*This article aims to create a proposal of care for the patient who has been subject to radical mastectomy and is going through an inefficient confrontation process. This with the objective of supporting the improvement of the women, focusing on psycho-socio-emotional approach from a nursing perspective. Also, it aims to foster clinical reasoning in nursing personnel as part of the process. This with the end of improving the interventions of nurses and to provide excellent care to those subjected to this procedure. **Objectives:** Develop a care strategy for patients subjected to radical mastectomy who are going through an inefficient confrontation process. With the aim of creating a methodological tool which will guide the nursing care in a holistic, precise, and appropriate manner, as well as having a scientifically based method. **Material and Methodology:** This research originates from a literature review on recent developments on nursing care, in order to create a care strategy for patients with a radical mastectomy and are going through an inefficient confrontation process. This research aims to foster clinical reasoning and fundamental nursing care covering bio-psycho-social aspects. **Conclusions:** A post-surgery patient who has been subject to a radical mastectomy almost always presents an inefficient confrontation diagnose. Which is why it is important to*

follow-up with a multidisciplinary team that provides support to the patient. This multidisciplinary team should include all the surgical and thanatology personnel involved and supported by the interventions and strategies proposed in the nursing care process.

Key words: *Radical mastectomy, Inefficient confrontation, Care, Nursing care process.*

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como punto de partida la dignidad humana, tiene como fin una propuesta de cuidado enfermero en las pacientes que atraviesan un afrontamiento ineficaz posterior a ser intervenidas de mastectomía radical, esto con el propósito de facilitar y proveer un cuidado específico en las pacientes, así como identificar las necesidades y disminuir complicaciones potenciales que conllevan.

Para éste diagnóstico es que se realiza la propuesta de cuidado con el fin de encontrar la mejor opción de cuidado durante el postoperatorio, con apoyo principalmente de la enfermera especialista en cuidado quirúrgico la cual está altamente capacitada para brindar un cuidado integral, todo con el acompañamiento de un equipo multidisciplinario para lograr la recuperación o progreso de las pacientes que atraviesan por ese problema, haciendo énfasis en el post operatorio, en una valoración integral para la identificación de dichas mujeres y poder hacer el abordaje de manera oportuna y eficaz.

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente a nivel mundial, siendo la principal causa de muerte entre mujeres de 40 a 55 años y la segunda causa de muerte por cáncer en todas las mujeres. La importancia del crecimiento de los factores que entrañan una mayor propensión a sufrir cáncer de mama es útil para identificar a las mujeres catalogadas de alto riesgo.¹

El desarrollo de tratamientos adicionales y la evolución de las pacientes tratadas con intervenciones menos invasivas han eliminado progresivamente la necesidad de realizar la mastectomía. Esta cirugía consiste en la extirpación de todo el tejido mamario y la piel, el complejo areola-pezón, con la disección del músculo pectoral menor (tipo Patey) y los ganglios linfáticos. El objetivo principal de este procedimiento, se implementó para conseguir un resultado estético de menor impacto en las pacientes a las que se les realiza. Y está

dirigido a la prevención de las recidivas locales y regionales del carcinoma mamario.²

Es común, que durante todo el trayecto de la enfermedad y tratamiento las pacientes presenten un proceso de afrontamiento ineficaz el cuál es definido por la NANDA como la incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.³

También es definido que el afrontamiento integra todos los procesos cognitivos y actividades motoras que un sujeto emplea para preservar su organismo y restablecerse de la enfermedad; otros ven al afrontamiento como la conducta que busca el alivio, recompensa y equilibrio, ante cualquier problema.⁴

II. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Proceso Cuidado Enfermero (PCE) representa el eje metodológico fundamental para brindar cuidados; la American Nurse Association ofrece un modelo que va desde la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, cuyo enfoque recae en los resultados y su relación con el problema del individuo.⁵

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y el tumor que mayor número de muertes produce en México. Su incidencia se encuentra en aumento en países desarrollados y cada día incrementa la necesidad de mejorar el manejo en el tratamiento médico y quirúrgico, por esta razón se requiere que el personal de enfermería se encuentre en constante capacitación con el fin de fortalecer sus conocimientos y habilidades, y de esta manera puedan desempeñar un rol efectivo en el logro de los objetivos planteados en la atención del paciente.²

El tratamiento quirúrgico desempeña un paso crítico en la resolución del proceso de salud enfermedad, tal es el caso de enfermedades neoplásicas como el Cáncer de mama, donde el tratamiento integral incluye la intervención quirúrgica de reconstrucción mamaria con el fin de brindar un cuidado holístico a aquellas pacientes que se ven afectadas física y psicológicamente debido al proceso fisiopatológico.³

Los cuidados perioperatorios de enfermería sitúan al paciente en las mejores condiciones posibles para su recuperación, por eso la importancia de una entrevista pre quirúrgica completa utilizando la valoración por patrones funcionales, explicar el proceder de la cirugía a la paciente, mantener presencia y apoyo psicológico en todo momento. Esto sirve como guía para llevar un cuidado post operatorio efectivo, y de calidad.⁶

Es de alta trascendencia hacer mención del aspecto psicosocial-emocional como parte fundamental de la resolución del problema. Priorizando de forma

oportuna todos aquellos datos que sean relevantes para concretar las intervenciones y las actividades pertinentes para minimizar el daño.

El presente trabajo se realiza con la finalidad de ofrecer una propuesta de cuidado enfermero a las pacientes que atraviesan el proceso de mastectomía y un afrontamiento inefectivo como diagnóstico de enfermería, así como la importancia del papel de la enfermera quirúrgica en la atención integral en el perioperatorio, a través de la realización de un Proceso Cuidado Enfermero que permita la identificación de patrones funcionales alterados así como la selección del diagnóstico de Enfermería presente, que en este caso permitan la participación tanto de la paciente como del profesional de cuidado con el objetivo de contar con una herramienta que proporcione las bases para mejorar y lograr el bienestar físico, psicológico y social.

Es importante mencionar el papel de la enfermera especialista en cuidado quirúrgico, ya que cuenta con el conocimiento necesario y adecuado para llevar a cabo un cuidado y seguimiento de los pacientes de alta calidad. El contar con un nivel de especialista, te ofrece, elevar el conocimiento y nivel académico, convirtiéndote en un elemento fundamental dentro del esquema de trabajo; la trascendencia radica en el desarrollo de competencias adicionales que se adquieren. O proporciona la pauta de enriquecer y complementar la formación previa, y así ofrecer un cuidado más completo y específico para cada necesidad del paciente.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Desarrollar una propuesta de cuidado enfermero para facilitar a las mujeres, el afrontamiento posterior a ser intervenidas de mastectomía radical, con el fin de contar con una herramienta que proporcione las bases para mejorar el estado de estas pacientes.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir el cáncer de mama y sus generalidades, así como la mastectomía como uno de sus tratamientos.
- Exponer las manifestaciones que conlleva una paciente que presenta afrontamiento ineficaz y su posible resolución.
- Desarrollar un plan de cuidado perioperatorio con énfasis en el post operatorio para la atención de las pacientes mastectomizadas.
- Proponer una estrategia para el cuidado enfermero en pacientes que atraviesan un afrontamiento ineficaz por ser intervenidas quirúrgicamente de mastectomía radical con el apoyo de un equipo multidisciplinario. Así como definir el Proceso Cuidado Enfermero y sus etapas, así como las intervenciones y actividades más adecuadas para el cuidado de estas pacientes.

IV. METODOLOGÍA

La metodología de trabajo propuesta para la presente tesina, consiste en una revisión documental con elaboración de una propuesta de cuidado como finalidad.

El método utilizado consistió en la consulta de fuentes bibliográficas en distintas bases de datos en donde se identificaron situaciones relacionadas con el cáncer de mama, el diagnóstico de afrontamiento ineficaz, mastectomía radical, Proceso Cuidado Enfermero, cuidado post operatorio, etc. Con el fin de que con ello se seleccionaran temáticas que pudieran apoyar al análisis, para la construcción del marco teórico.

Así también, se recurrió a bases de datos como Clinical Key, Elsevier, Scielo, Medic Latina, libros, artículos científicos y guías de práctica clínica. Los textos analizados fueron de rigor científico, pertenecientes a revistas, a fin de consolidar la información disponible, para luego presentarla de manera clara, precisa y comprensible.

La búsqueda de información se realizó de la siguiente manera: análisis de la literatura, selección de literatura, elaboración de marco teórico, construcción de la propuesta.

Posteriormente se logra la consolidación del conocimiento y con lo que se planteó y construyó la propuesta de cuidado enfocada al postoperatorio, con el fin de realizar una herramienta que apoye al cuidado de las pacientes que atraviesan un afrontamiento inefectivo posterior a ser intervenidas de mastectomía radical, siendo este un problema actual con mucho auge, y que muchas veces el aspecto psico-emocional se deja de lado, atendiendo únicamente las necesidades físicas.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. CÁNCER DE MAMA

5.1.1. Anatomía de la mama

Las glándulas mamarias son el rasgo que distingue a todos los mamíferos. Las mamas de los seres humanos tienen una forma cónica y a menudo un tamaño desigual. La mama se extiende desde la segunda o la tercera costilla hasta la sexta o la séptima costilla, desde el borde esternal hasta la línea axilar anterior. La «cola» de la mama se extiende hacia la axila y tiende a ser más gruesa que las otras zonas de la misma. El cuadrante superior externo contiene la mayor masa de tejido mamario y, a menudo, es la zona afectada por las neoplasias.⁷

La mama normal consta de tejido glandular, conductos, tejido muscular de soporte, tejido adiposo, vasos sanguíneos con nervios y vasos linfáticos. El tejido glandular contiene de 15 a 25 lóbulos, cada uno de los cuales drena hacia un conducto excretor diferente que desemboca en el pezón. Cada conducto se dilata al entrar en la base del pezón para formar un seno lácteo. Esto sirve de reservorio para la leche durante la lactancia. Cada lóbulo se subdivide en unos 50-75 lobulillos que drenan hacia un conducto que se vacía en el conducto excretor del lóbulo.⁷

Tanto el pezón como la aréola contienen músculo liso que sirve para contraer la aréola y comprimir el pezón. La contracción del músculo liso hace que el pezón esté erguido y firme, lo que facilita el vaciamiento de los senos lácteos.

La piel del pezón tiene una pigmentación intensa y está desprovista de pelo. Las papilas dérmicas contienen muchas glándulas sebáceas, las cuales se agrupan cerca de los orificios de los senos lácteos. La piel de la aréola tiene también una pigmentación intensa pero, a diferencia de la piel del pezón, contiene folículos pilosos esporádicos. Sus glándulas sebáceas suelen

observarse como pequeños nódulos en la superficie areolar y se denominan tubérculos de Montgomery.

Los ligamentos de Cooper son proyecciones del tejido mamario que se fusionan con las capas externas de la fascia superficial y actúan como estructuras suspensorias.⁸

La irrigación sanguínea de la mama proviene de la arteria mamaria interna. La mama posee una extensa red de drenaje venoso y linfático. La mayor parte del drenaje linfático desemboca en los ganglios axilares. Se hallan otros ganglios por debajo del borde externo del músculo pectoral mayor, en el lado interno de la axila y en la región subclavicular.⁸

5.1.2. Fisiología

En la mama tienen lugar varios cambios fisiológicos, los cuales se deben a los siguientes factores:

- Crecimiento y envejecimiento.
- Ciclo menstrual.
- Embarazo.

Al nacer, la mama contiene un sistema ramificado de conductos que desembocan en un pezón desarrollado. En esta etapa sólo el pezón está elevado. Poco después del nacimiento se produce una secreción leve de material lácteo. Esta actividad secretora se detiene entre 5 y 7 días después. Antes de la pubertad tiene lugar una elevación de la mama y el pezón, que se denomina etapa de yema o botón mamario. Laaréola ha aumentado de tamaño. Al inicio de la pubertad laaréola crece más y se oscurece. Por debajo de ella comienza a desarrollarse una masa distintiva de tejido glandular. Hacia el inicio de la menstruación las mamas están bien desarrolladas y hay una

proyección de la aréola y el pezón hacia delante en la punta de la mama. Entre 1 y 2 años después, cuando la mama ha alcanzado la madurez, sólo se proyecta hacia delante el pezón; la aréola ha retrocedido al contorno general de la mama.⁹

La nodularidad, la densidad y la turgencia de la mama adulta dependen de varios factores. El más importante es la presencia de exceso de tejido adiposo. Puesto que la glándula mamaria consta principalmente de tejido adiposo, las mujeres con sobrepeso tienen mamas más grandes. El embarazo y la lactancia también modifican las características de la mama. Las mujeres que han dado de mamar suelen tener mamas más suaves, menos nodulares. Sin embargo, el tejido glandular es más o menos similar en todas las mujeres y el tamaño de la mama no tiene relación con la lactancia. Con la menopausia, las mamas disminuyen de tamaño y se vuelven menos densas. Conforme las mujeres envejecen se produce una disminución concomitante del tejido elástico.¹⁰

El principal cambio fisiológico relacionado con el ciclo menstrual es la congestión, que tiene lugar entre 3 y 5 días antes de la menstruación. Se produce un aumento del tamaño, la densidad y la nodularidad de las mamas. Asimismo, en esta fase del ciclo aumenta la sensibilidad. Debido a que la nodularidad está incrementada, no se debe diagnosticar una masa mamaria en este período. La paciente debe someterse a una nueva evaluación a mitad del siguiente ciclo.¹¹

El control neuroendocrino de las mamas, la succión genera impulsos nerviosos que son transmitidos al hipotálamo. El hipotálamo estimula la adenohipófisis para que secrete prolactina, la cual actúa sobre el tejido glandular de la mama para producir leche. El hipotálamo también estimula la neurohipófisis para producir oxitocina, la cual estimula las células musculares que rodean al tejido

glandular para que se contraigan, e impulsa la leche hacia el sistema de conductillos.¹²

Muchas anomalías de la mama están relacionadas con sus características embriológicas. A cada lado del cuerpo, desde la axila hasta la región inguinal, se forma un reborde epitelial, denominado línea láctea o mamaria. A lo largo de esta línea aparecen múltiples primordios para el desarrollo futuro de la mama. En el ser humano sólo hay un par de primordios en la región pectoral, que acaban desarrollándose en mamas normales. La axila es el lugar donde se encuentran estas estructuras anómalas con mayor frecuencia, y le sigue una zona situada inmediatamente por debajo de la mama normal.⁷

5.1.3. Cáncer de mama

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 mucho más. 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.

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 tumor. En cambio se entiende por “diagnóstico preclínico” al

descubrimiento de un carcinoma mediante una prueba diagnóstica en mujeres asintomáticas.⁸

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.¹⁰

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.

5.1.4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo más importantes para el cáncer de mama son el sexo femenino y la edad. Es importante señalar que la mayoría de las mujeres que lo sufren no tienen factores de riesgo identificables. Existen factores de riesgo como, antecedentes familiares, genética, la raza, radiaciones previas, sobrepeso, cambios en la mama, etc.¹¹

-Factores de riesgo asociados:

- Historia familiar: Los familiares en primer grado con cáncer de mama triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer, sobre todo si se ha diagnosticado en edad pre menopáusica; la presencia de cáncer de mama en familiares de 2º grado también aumenta el riesgo.
- Aproximadamente el 8% de todo los casos de cáncer de mama son hereditarios. La mitad de los casos se atribuyen a la mutación en dos genes de susceptibilidad de cáncer de mama: el BRCA1 y BRCA2. Se presenta con más frecuencia en mujeres pre menopáusicas y de manera preferentemente bilateral.
- Historia personal. Las enfermedades benignas de la mama como las lesiones proliferativas no atípicas, la hiperplasia atípica, el carcinoma de mama previo, ya sea infiltrante o *in situ*, y el carcinoma de endometrio son también factores de riesgo.
- Las variaciones internacionales en el cáncer de mama parece que se correlacionan con variaciones en la dieta, especialmente el consumo de alcohol y grasas. Se está estudiando la posible asociación con: exposición química, radioterapia, consumo de alcohol, obesidad e inactividad física.
- El riesgo de cáncer de mama está en relación con el estímulo estrogénico y un mayor número de ciclos ovulatorios, por tanto la menarquia precoz (antes

de los 12 años), la menopausia tardía (después de los 55) y la nuliparidad o un menor número de embarazos aumentarían el riesgo de cáncer de mama.

- El uso de estrógenos o de combinaciones de estrógenos y progestágenos durante más de 5 años se considera factor de riesgo.¹²

-Factores protectores: Multiparidad, primer embarazo precoz (antes de los 30 años), lactación, ovariectomía pre menopáusica, ejercicio físico en mujeres jóvenes, consumo de frutas y vegetales.⁹

5.1.5. Estudios de diagnóstico

Autoexploración. Los estudios sobre autoexploración no han demostrado que modifique la mortalidad. En muchos casos los cánceres son encontrados por las propias mujeres, la autoexploración bien realizada optimiza la posibilidad de encontrar lesiones nuevas.

Exploración clínica. La exploración clínica, incluyendo inspección y palpación tiene una especificidad de 90%, sin embargo muchos cánceres podrían pasar inadvertidos al tener una sensibilidad entre el 40 y el 70%. Es útil con el complemento de la mamografía para aquellas lesiones sin calcificaciones, imperceptibles para el estudio radiológico o para detectar los tumores que aparecen en el intervalo entre mamografías.¹²

Mamografía. La mayoría de los programas de actividades preventivas recomiendan su realización cada dos años en el grupo de edad de 50 a 69 años. Los estudios muestran que estos programas probablemente reducen el riesgo de muerte por cáncer de mama pero no se conoce la magnitud del efecto.

La mamografía se debe realizar a las mujeres con signos o síntomas de cáncer de mama. Es muy importante recordar que el 10-15 % de todos los cánceres

de mama no se detectan con una mamografía motivo por el que es necesario realizar un examen clínico cuidadoso. Una masa palpable que no se ve en la mamografía debe completar su estudio diagnóstico con ultrasonidos y biopsia con aguja. Los signos sospechosos de malignidad en la mamografía son las lesiones especuladas con aumento de densidad, las lesiones de bordes mal definidos, micro calcificaciones y la distorsión de la estructura de la mama.

No está indicado realizar mamografía en mujeres menores de 35 años a menos de que exista una sospecha clínica firme de carcinoma.¹³

Ultrasonidos. La ecografía es útil para diferenciar entre masas mamarias sólidas y quísticas, o cuando una masa palpable no es vista en la mamografía, sobre todo en el caso de mujeres jóvenes con tejido mamario denso. Los ultrasonidos son además útiles para detectar adenopatías axilares. No es eficaz como método de cribado. Es útil para el estudio de las mamas en mujeres menores de 35 años.¹⁰

Resonancia magnética nuclear (RMN). Se debe tener en cuenta para situaciones clínicas específicas en las que otras pruebas de imagen no son concluyentes. Por ejemplo el estudio de las mamas en pacientes con implantes en donde la ecografía no ha sido diagnóstica. También se usa en pacientes con adenopatías metastásicos sin identificación del tumor primario. O para el seguimiento de pacientes con alto riesgo de enfermedad bilateral.¹³

Biopsia. Los procedimientos para la confirmación patológica de lesiones sospechosas de cáncer de mama que se usan en la actualidad son: punción aspiración con aguja fina (PAAF), biopsia (BAG) y la biopsia excisional. La PAAF tiene una sensibilidad del 87%, es un procedimiento sencillo, barato y rápido, requiere de un citólogo experimentado, no permite distinguir un carcinoma in situ de un infiltrante. El porcentaje de falsos negativos oscila entre el 4 y el 10% y de muestras insuficientes entre el 4 y el 13%. La BAG y la biopsia excisional son procedimientos más

complejos, incluyen un examen histopatológico de la lesión que se puede examinar con más facilidad sin el riesgo de muestra insuficiente ni de negativo falso.¹⁴

Las anormalidades en la mama se deben evaluar mediante exploración clínica, pruebas de imagen y toma de muestra de la lesión para estudio citológico o histológico, son pruebas que realizadas por separado conllevan una tasa alta de error, la realización de todas ellas, denominada triple evaluación, está demostrado que proporciona mayor seguridad en el diagnóstico.¹³

5.1.6. Tratamiento

El tratamiento del cáncer de mama incluye el tratamiento de la enfermedad local con cirugía, la radioterapia o ambos, y el tratamiento de la enfermedad sistémica con quimioterapia citotóxica, tratamiento hormonal, tratamiento biológico o una combinación de todos ellos. La elección se hace en función de diferentes factores: aspectos clínicos y patológicos del tumor primario, afectación ganglionar axilar, contenido de receptores hormonales, situación HER2, presencia de metástasis, comorbilidad, edad y menopausia. La opinión del paciente es importante y ha de ser tenida en cuenta antes de optar por una alternativa terapéutica.¹⁵

Tratamiento neoadyuvante. La quimioterapia preoperatoria (neoadyuvante) es una opción adecuada en mujeres con tumores en estadios IIA, IIB y T3N1M0 (estadio 2) que reúnen criterios para realizar una cirugía conservadora de la mama, que además se ve facilitada con esta alternativa. La quimioterapia previa a la cirugía no estaría indicada si no se ha confirmado la presencia de un cáncer invasivo.

En mujeres con tumores HER2 (receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano) positivo que reciben tratamiento neoadyuvante es recomendable el

uso del anticuerpo monoclonal trastuzumab por su especificidad para este receptor. Este medicamento es un anticuerpo monoclonal, una versión artificial de una proteína muy específica del sistema inmunitario. A menudo se administra junto con quimioterapia, pero también puede ser utilizado por sí solo (especialmente si ya se intentó la quimioterapia sola). Se puede usar para tratar tanto el cáncer de seno en etapa inicial como en etapa avanzada.¹⁶

Cirugía. El objetivo del tratamiento quirúrgico es conseguir el control local de la enfermedad, obtener información sobre pronóstico y definir la estrategia terapéutica más conveniente. La cirugía consiste en extirpar el tumor (tumorectomía) si es inferior a 4cm, o en realizar cuadrantectomía o mastectomía con vaciamiento ganglionar axilar del mismo lado en tumores de mayor tamaño. En ocasiones es suficiente con la biopsia del ganglio centinela para excluir afectación ganglionar. La reconstrucción de la mama se puede realizar en el mismo acto quirúrgico o posteriormente.¹⁷

Tratamiento adyuvante. Se entiende por tratamiento sistémico adyuvante la administración de radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida o terapia hormonal o terapia endocrina después de la cirugía primaria, con el objetivo de eliminar la posible existencia de enfermedad residual microscópica y disminuir el riesgo de recidiva local o diseminación a distancia. La duración de la quimioterapia generalmente es de 4 a 6 meses.

Terapia endocrina. Es un tratamiento eficaz para la mayoría de los tumores que dan resultado positivo para los receptores de estrógeno o los receptores de progesterona. Los tumores usan hormonas para estimular su crecimiento. Bloquear las hormonas puede ayudar a prevenir la recurrencia del cáncer y la muerte por cáncer de mama cuando se utiliza ya sea como único tratamiento o después de la quimioterapia adyuvante o neoadyuvante.¹⁸

Los bifosfonatos son compuestos sintéticos análogos de la molécula de pirofosfato endógeno. El mecanismo de acción de los bifosfonatos consiste en

la inhibición de la activación o reclutamiento de los osteoclastos. Se deben utilizar de manera rutinaria en combinación con el tratamiento sistémico en las pacientes con metástasis óseas, y en la presencia de hipercalcemia tumoral. Se utilizan en la prevención y tratamiento de la osteoporosis asociada al cáncer de mama.¹⁹

Radioterapia. Se recomienda el tratamiento con radioterapia, durante 5-6 semanas tras la cirugía conservadora, o bien en casos de afectación de la pared torácica o axilar masiva. La radioterapia ha demostrado una reducción del 30% del riesgo de recurrencia.¹⁶

Seguimiento. Durante los cinco primeros años tras el tratamiento y la cirugía es conveniente realizar mamografías una o dos veces por año, el seguimiento se realizará en unidades especializadas. No está indicada la realización rutinaria de pruebas para detectar metástasis ya que no mejora la supervivencia.

Tratamiento psicológico. La evaluación de la presencia de síntomas psicológicos de adaptarán a las circunstancias especiales de cada paciente. No se recomienda la utilización rutinaria de cuestionarios para la detección de este tipo de problemas salvo que existan factores de riesgo específicos, es adecuado facilitar la inclusión en un grupo de intervención psicológica en los casos en los que se necesite.¹⁵

Rehabilitación. Los ejercicios de brazo y hombro se deben iniciar lo antes posible tras la operación, las pacientes deben continuar con ejercicios de manera continuada. Tras la mastectomía se debe utilizar una prótesis para mantener la posición simétrica de los hombros. La reconstrucción de la mama se puede realizar un año después de la operación y es necesario esperar dos años de la finalización del tratamiento con radioterapia.⁸

5.2. MASTECTOMIA

La mastectomía es una manera de tratar el cáncer de seno mediante la extirpación quirúrgica de todo el seno. A menudo se hace cuando una mujer no puede ser tratada con cirugía con conservación del seno (tumorectomía), la cual preserva la mayor parte del seno. Las mujeres con un riesgo muy alto de padecer otro cáncer a veces se someten a una mastectomía doble, la extirpación de ambos senos.¹⁶

Mastectomía "simple" o "total"

La mastectomía simple o total se concentra en el tejido mamario:

- El cirujano extirpa la totalidad de la mama.
- El cirujano no realiza disección de ganglios axilares (extirpación de ganglios linfáticos de la axila). Sin embargo, en algunos casos se extirpan ganglios linfáticos porque se encuentran ubicados dentro del tejido mamario extirpado durante la cirugía.
- No se extirpan los músculos ubicados bajo la mama.

La mastectomía simple o total es adecuada para mujeres que tienen varias o amplias zonas afectadas por carcinoma ductal in situ (CDIS) y para mujeres que solicitan mastectomía preventiva, es decir, extirpación de la mama para evitar cualquier posibilidad de cáncer de mama.¹⁷

Mastectomía radical modificada

La mastectomía radical modificada implica la extirpación de tejido mamario y ganglios linfáticos:

- Se extirpa la totalidad de la mama, se realiza disección de ganglios linfáticos axilares, en la que se extirpan los niveles I y II de ganglios axilares

- No se extirpan los músculos ubicados bajo la mama.

Se realiza a la mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de mama invasivo para poder examinar los ganglios linfáticos. El examen de ganglios linfáticos ayuda a determinar si las células cancerosas se propagaron fuera de la mama.²⁰

Mastectomía radical

La mastectomía radical es el tipo más extenso de mastectomía:

- Elimina la totalidad de la mama, se extirpan los niveles I, II y III de ganglios linfáticos axilares
- El cirujano también retira los músculos de la pared torácica situados bajo la mama.

En la actualidad, la mastectomía radical sólo se recomienda cuando el cáncer de mama se ha propagado a los músculos torácicos situados bajo la mama.

Mastectomía parcial

La mastectomía parcial es la extirpación de la parte cancerosa del tejido mamario y de parte del tejido normal circundante.

Mastectomía subcutánea ("con preservación de pezón")

Se extirpa todo el tejido mamario pero se deja el pezón. La mastectomía subcutánea se lleva a cabo con menor frecuencia que la mastectomía simple o total, debido a que se conserva mayor cantidad de tejido mamario en el que, más adelante, podría formarse cáncer.¹⁷

Muchas mujeres que padecen cáncer en etapas tempranas pueden elegir entre la cirugía con conservación del seno y la mastectomía. Sin embargo, la

realidad es que la mastectomía no provee una mejor probabilidad de una supervivencia a largo plazo o un mejor resultado del tratamiento. Aunque la mayoría de las mujeres y sus médicos prefieren la cirugía con conservación del seno (con radioterapia) cuando es una opción razonable, hay casos en los que probablemente la mastectomía sea la mejor opción.

Se recomienda la mastectomía cuando:

- No se puede recibir radioterapia
- Hubo tratamiento en el seno con radioterapia
- La paciente fue sometida a una cirugía con conservación del seno que no extirpó completamente el cáncer
- Si la paciente tiene dos o más áreas de cáncer en el mismo seno que no están lo suficientemente cercanas para ser extraídas sin cambiar mucho la apariencia del seno
- Tiene un tumor más grande (mide más de 5 centímetros [2 pulgadas] de ancho) o un tumor que es grande en relación con el tamaño del seno
- Está embarazada y necesitaría radioterapia durante el embarazo (con el riesgo de perjudicar al feto)
- Tiene un factor genético, que podría aumentar la probabilidad de un segundo cáncer
- Padece una enfermedad grave del tejido conectivo, como por ejemplo esclerodermia o lupus, que puede causar que sea especialmente sensible a los efectos secundarios de la radioterapia
- Padece cáncer de seno inflamatorio.²¹

Resulta importante que las mujeres que se preocupan por el regreso del cáncer de seno entiendan que someterse a una mastectomía en lugar de la cirugía con conservación del seno más radiación, solo reduce su riesgo de padecer un segundo cáncer de seno en el mismo seno. Esto no reduce la probabilidad de que el cáncer regrese en otras partes del cuerpo.

Después de una mastectomía, es posible que una mujer considere rehacer la forma de su seno para restaurar la apariencia del mismo. A esto se le conoce cómo reconstrucción de seno. Aunque cada caso es distinto, la mayoría de las pacientes que se sometieron a una mastectomía tienen la opción de una reconstrucción. La reconstrucción puede realizarse al mismo tiempo en que se lleva a cabo la mastectomía, o se puede hacer después.²¹

Algunas mujeres pueden recibir otros tratamientos después de una mastectomía, tales como radioterapia, terapia hormonal, quimioterapia, o terapia dirigida. Hable con su médico sobre los efectos secundarios que pueden surgir con el tratamiento.²¹

Efectos secundarios de la mastectomía

En cierta medida, los efectos secundarios de la mastectomía pueden depender del tipo de mastectomía (las cirugías más extensas tienden a causar más efectos secundarios). Los efectos secundarios pueden incluir:

- Dolor o sensibilidad
- Hinchazón en la zona de la cirugía
- Acumulación de sangre en la herida (hematoma)
- Acumulación de líquido transparente en la herida (seroma)

- Movimiento limitado del brazo o del hombro
- Entumecimiento en el pecho o el brazo
- Dolor de origen nervioso (neuropático) en la pared torácica, la axila y/o el brazo que no desaparece con el pasar del tiempo (se conoce como síndrome de dolor post-mastectomía o PMPS, por sus siglas en inglés).

Como en toda operación, también son posibles las infecciones y el sangrado en el lugar de la cirugía. Si también se extirparon los ganglios linfáticos axilares, es posible que se presenten otros efectos secundarios, como linfedema.²³

5.2.1. Técnica quirúrgica de Mastectomía

El objetivo del procedimiento es la curación de la enfermedad de base o, en su caso, la paliación de los síntomas y el aumento de la calidad de vida. Este procedimiento pretende la extirpación de la mama enferma evitando la extensión de la enfermedad a los tejidos de alrededor y a distancia.

Técnica quirúrgica

1. Se inciden la piel y el tejido celular subcutáneo en un patrón elíptico.
2. Se despliegan los colgajos cutáneos en las áreas previamente marcadas y se separa la piel con separadores tipo rastrillo.
3. El borde lateral del colgajo se despliega hasta el borde del músculo dorsal ancho.
4. Se ligan y seccionan los vasos perforantes
5. Se disecan la mama y la fascia profunda y se desprenden del músculo pectoral.
6. Se libera la pieza quirúrgica de la pared torácica y de la axila.
7. Se ligan y seccionan las ramas de las arterias y venas intercostales.
8. Se despliega el colgajo axilar, conservando la vena axilar y los nervios.

9. Se libera el tejido axilar de los músculos y ligamentos que los rodean.
10. Se extirpa la pieza.
11. Se controla la hemostasia.
12. Se dejan en el lecho 2 tubos de drenaje.
13. Se unen los extremos del músculo pectoral menor.
14. Se cierran los colgajos de piel con grapas, una sutura intradérmica o tiras adhesivas estériles.
15. Se coloca una curación compresiva sobre la herida.²⁴

Descripción de la técnica.

INSTRUMENTISTA	CIRUJANO
Proporciona marcador de piel	Marca la incisión y la extensión de los colgajos de piel.
Proporciona electrobisturí o mango de bisturí #4 con hoja de bisturí #20	Realiza la incisión de la piel y la disección subcutánea crea un colgajo de piel (desplegar los colgajos). Incluyen el tejido subcutáneo.
Proporciona separadores Sens Miller tipo rastrillo o ganchos de piel para elevar los colgajos y extender la disección.	Los colgajos superior e inferior se despliegan hasta las líneas marcadas en la piel.
Proporciona elecrobisturí con pinza de disección rusa.	Profundiza los colgajos hasta el borde del musculo dorsal ancho.
Proporciona portaagujas Hegar con seda 1-0 en la punta colocar pinza Kelly. Y tijera Mayo	A medida que encuentra vasos grandes, se toman y ligan.
Proporciona compresa.	Separa la mama y el tejido fascial del músculo pectoral mayor. Los tejidos los tracciona con suavidad para preservar su irrigación y evitar las contusiones y la isquemia de los bordes.

Proporciona separadores Sens Millers o separadores Richardson para colocarlos sobre el borde axilar de la incisión.	Realiza el vaciamiento axilar y que es una parte continua de este procedimiento.
Proporciona pinzas de ángulo o Lahey.	Expone y pinza las venas tributarias de la axila
Proporciona portaagujas Hegar con seda 1 con pinza Kelly en la punta y tijera Mayo. También puede utilizar electrobisturí	Secciona y ligan venas tributarias
Proporciona bandeja para colocar la pieza	Separa la pieza de la cavidad torácica
Proporciona punzón del drenovack y portagujas Hegar con vicryl para fijarlo.	Coloca drenaje drenovack, dirigido hacia la axila y los exterioriza por contraabertura.
Proporciona jeringa asepto con solución fisiológica. Se realiza cuenta de gasas, compresas y punzocortantes.	Irriga y aspira, verifica hemostasia
Proporciona portaagujas Hegar con vicryl 1-0 tijeras Mayo	Aproximación de musculo dorsal ancho y pectoral mayor. Corte de cabos de sutura
Proporciona portaagujas Hegar con vicryl 2-0	Cierra tejido celular subcutáneo. Corte de cabos de sutura
Proporciona naylon 3-0 en portaagujas Hegar.	Cierra piel con puntos intradérmicos.
Se limpia la herida, se fijan parches y drenovack, se coloca vendaje compresivo. ²⁵	

5.2.2. Cirugía oncológica y reconstrucción

La cirugía oncológica puede ser de diferentes tipos, en función de sus objetivos.

- Diagnóstica. Posibilita la obtención de muestras de tejidos que permitirán, previo análisis, el diagnóstico histológico del tumor, condición indispensable para planificar el tratamiento. No es posible tratar ningún tumor sin tener un diagnóstico histológico previo. Se emplean distintas técnicas: biopsia de escisión, biopsia aspirativa, biopsia de mordisco o endoscopia.
- Determinación del estadio. Permite definir la extensión de la enfermedad en un momento concreto y proporciona información sobre el avance, la localización y el pronóstico del tumor.
- Preventiva. Consiste en la extirpación de un tumor no maligno que se prevé que, con el tiempo, puede degenerar en una neoplasia o la amputación de un órgano sano con intención profiláctica en pacientes con alteraciones genéticas importantes. Los pacientes con alto riesgo de sufrir un cáncer por condiciones subyacentes, por rasgos congénitos o por alteraciones genéticas precisan de un seguimiento.
- Curativa. Es un método seguro para el tratamiento de tumores sólidos limitados en la zona de origen, aunque esta característica no suele ser frecuente en oncología ya que, cuando el paciente consulta al médico, aproximadamente en el 70% de los casos es predecible que existen micrometástasis. Incluye la resección del tumor con un margen adyacente de tejido sano, además de los ganglios linfáticos, con la intención de conseguir la protección máxima contra recurrencias locales.
- Paliativa. Cuando la enfermedad está en un estadio avanzado, la cirugía ofrece la opción de intervenir con intención de disminuir el tamaño del tumor, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida

y conseguir periodos de supervivencia mayores. Este tipo de cirugía precisa de una valoración exhaustiva del paciente, determinando los beneficios que se van a conseguir y la esperanza de vida. El objetivo principal ha dejado de ser curativo y se centra en resolver las complicaciones derivadas de la enfermedad avanzada y de su tratamiento y prolongar y mejorar así la calidad de vida.

- De apoyo. Consiste en el implante de equipos terapéuticos o de soporte para facilitar el tratamiento y la aplicación de las terapias de soporte (por ejemplo, una vía vascular).
- Reconstructiva. El abordaje de un tumor grande y la necesidad de reseca también un margen con bordes libres de enfermedad hace que, en ocasiones, sean precisas grandes resecciones para asegurar la eficacia de la intervención, aunque queden disfunciones de órganos considerables y alteraciones de la imagen corporal importante. Para paliar este problema no es inusual tener que recurrir a otra intervención, con ánimo de restaurar o mejorar la apariencia del paciente o la función de un órgano o una parte del cuerpo.²⁶

5.3. TRATAMIENTO INTEGRAL

5.3.1. Aspectos psicológicos

En nuestros días, las enfermedades oncológicas constituyen un grave problema de salud para la humanidad por sus altas tasas de morbilidad y mortalidad. El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente, desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, la amenaza que puede suponer para la vida, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva.²⁷

Desde el punto de vista físico, la mama representa para la mujer un órgano de atracción e identificación sexual. La más mínima sospecha de mutilación trae consigo infinitas alteraciones psicológicas. La función sexual femenina de la mama después del diagnóstico y tratamiento no tiende a disminuir o a modificarse en mujeres sometidas a cirugías de reconstrucción estética (mamoplastia).

Sin embargo, en las mujeres que tuvieron una mastectomía radical, se observa disminución de la libido, como consecuencia de reacciones psicológicas. Las reacciones psicológicas de la mujer, ante la situación de padecer un cáncer de mama, son complejas y están influenciadas por diferentes factores como: el tipo de enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que supone sobre los objetivos de vida, las actitudes culturales y religiosas, el apoyo afectivo del que se dispone, las potencialidades para la rehabilitación psicológica, la personalidad previa, la autoestima y los estilos de afrontamiento. Se reporta que muchas mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama no aceptan su enfermedad, mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad, rechazo, ira, temor o desesperanza. De igual manera la preocupación de la transmisión hereditaria a los hijos, el miedo a la

muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social, las amenazas del bienestar espiritual, la pérdida de la esperanza, la incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer contribuye a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar. Cuando se diagnostica el cáncer de mama, el tratamiento al mismo se inclina hacia lo fisiológico a través de intervenciones quirúrgicas, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal. Estas terapias son consideradas como invasivas al organismo y a la vez generadoras de desequilibrio emocional, no solo en los individuos que la padecen, sino también en los familiares y personas cercanas.²⁸

Esta situación provoca cambios o reestructuración en la vida de los pacientes, los que deben asumir nuevas estrategias de afrontamiento. Es frecuente que ocurran afectaciones en la autoestima, con ideas de distorsión de la imagen corporal, subvaloración, disminución o pérdida de la libido, rechazo inicial ante el apoyo emocional de la pareja y familia, así como sentimientos de inferioridad en comparación con mujeres aparentemente sanas. Ante la elevada demanda de los servicios psicológicos en pacientes con cáncer, es fundamental establecer un adecuado programa de intervención teniendo presente la amplitud y complejidad de los aspectos psicológicos intervinientes en esta enfermedad, por lo que resulta imprescindible profundizar en el comportamiento de los estilos de afrontamiento y la autoestima en pacientes con cáncer de mama.²⁷

5.3.2. Aspectos emocionales

Entre los daños físicos aparece enrojecimiento, frecuentes secreciones, náuseas, vómitos, malestar físico en general, además de dolor y sensibilidad en las mamas. Estos a su vez inciden de forma negativa en la esfera emocional, generando depresión, temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre.

Cuando se ha sufrido una mutilación y se tienen reacciones desagradables en el cuerpo, es común que la mujer se perciba como mutilada o disminuida, asumiendo estrategias de enfrentamiento evitativas y con pérdida de su autoestima. El cuerpo se convierte entonces en el chivo expiatorio de la infelicidad y el sufrimiento. Pese a los avances logrados en el tratamiento de esta enfermedad, la mayoría de los pacientes con cáncer de mama van a experimentar impacto psicológico y/o dificultades en sus actividades cotidianas. Los estudios sobre calidad de vida indican que al menos una de cada 5 pacientes sufre dificultades emocionales. La autoestima en las mujeres estudiadas se comporta entre los niveles bajo y medio, es decir, se puede clasificar como una autoestima deteriorada. Esto coincide con estudios que plantean que los tratamientos que se indican en esta enfermedad traen consigo limitaciones físicas, generando minusvalía, sentimientos de inferioridad, dependencia hacia otras personas, lo que repercute en la percepción que tienen los sujetos de sí mismos y en el desempeño social y personal.²⁸

La autoestima y el afrontamiento influyen en el control y evolución de la enfermedad de forma directa, pues cuando estas variables presentan niveles adecuados se obtienen resultados favorables y estados emocionales óptimos ante una enfermedad tan amenazante como es el cáncer de mama. En el caso contrario, los resultados llevarían al deterioro general del paciente y conflictos en el medio donde se encuentra inmerso. En la medida en que las estrategias

empleadas tengan, al menos, un mínimo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos, lo que provoca una nueva respuesta, que finaliza con la solución del problema o, por el contrario, con el agotamiento de la persona.²⁹

5.3.3. Aspectos sociales

A nivel social, los tratamientos aplicados para el cáncer de mama, ya sean por cirugía, terapia hormonal, quimioterapia, radioterapia o mixto, tienen una representación negativa, lo que predispone a los pacientes antes de recibir el tratamiento. En la muestra estudiada los tratamientos empleados son con mayor frecuencia los mixtos y se caracterizan por ser agresivos y provocar daños colaterales ya sea físico o psicológico a la mujer enferma. Desde el punto de vista social las enfermedades oncológicas están asociadas con un impacto negativo, pues generan serios problemas de orden psicológico, familiar y laboral.

Al existir una enfermedad de percepción negativa como es el cáncer de mama, y en este caso el órgano afectado es el seno, repercute negativamente en la estética femenina, pues socialmente los senos constituyen la feminidad y belleza en las mujeres, según distintos paradigmas de la cultura, además de cumplir función sexual. Estudios realizados en nuestro país demuestran que las personas aprenden a adaptarse y a quererse con sus mutilaciones y pérdidas, sobre todo si reciben la ayuda adecuada de su pareja, del terapeuta y de sus redes de apoyo, si su autovaloración no está centrada en lo externo y si poseen la flexibilidad interna para adaptarse a los cambios, si son creativos y valoran el estar vivos sobre las pérdidas. En este sentido diversas investigaciones destacan que las pacientes con reconstrucción mamaria mostraron un nivel de autoestima significativamente mayor que las mujeres mastectomizadas. Igualmente, las mujeres reconstruidas manifestaron una

mejor calidad de vida, expresada mediante un menor deterioro de la imagen corporal.²⁸

Además del imprescindible apoyo psicológico que las pacientes de cáncer de mama deben recibir implícitamente de los profesionales médicos, también pueden beneficiarse de diferentes formas de apoyo psicológico especializado. En la medida que la eficacia de diversas formas de intervención psicológica ha acumulado suficiente evidencia científica, estos tratamientos no pueden considerarse opcionales, sino que deben formar parte del tratamiento global de las pacientes.

Respecto a las intervenciones informativo-educativas parece ser que, en general, las pacientes de cáncer de mama se benefician de recibir información sobre su proceso; proporcionar información sobre un acontecimiento estresante puede ayudar a las personas a enfrentarse mejor a la situación aversiva o mejorar el estado emocional ante el incremento de la sensación de control.²⁹

5.3.4. Duelo y pérdida

Los cambios en la autoimagen son uno de los problemas derivados de la enfermedad y posibles tratamientos, provocando reacciones emocionales de pérdida, disminución de la autoestima y depresión.

Las cirugías radicales provocan pérdidas en la funcionalidad del órgano, como secuelas externas que deterioran la imagen del paciente como ocurre en la cirugía radical de mama. Algunos autores consideran que la convulsión psicológica causada por la cirugía radical de la mama es diferente a la de cualquier otro tratamiento contra el cáncer y afecta a algo que es distintivo de feminidad, a la autoestima, a la percepción de la propia imagen y a la sexualidad, además del impacto causado por la propia enfermedad.²⁹

El término "duelo" se aplica a la reacción psicológica que presentan algunas personas ante una pérdida significativa. Es un sentimiento subjetivo cuya expresión depende de las normas, expectativas culturales y circunstancias de la pérdida. La CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) describe como manifestaciones clínicas más relevantes, humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar problemas y el futuro, y un cierto grado de deterioro en la vida cotidiana. Pueden aparecer manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia y en los adolescentes pueden añadirse trastornos disociales.³⁰

Por otra parte, la formación del esquema corporal es la base de la identidad personal y del núcleo del Yo. Las transformaciones o cambios que se producen como consecuencia del cáncer provocan pérdidas corporales significativas que se manifiestan como reacciones de ansiedad, depresión, disminución en la autoestima y cambios en la sexualidad que afectan notablemente al paciente, requiriendo en muchas ocasiones atención y tratamiento especializado.²⁹

Es importante diferenciar el dolor psicológico expresado por muchos pacientes y que se entiende como una respuesta interna ante la pérdida, la cual incluye pensamientos y sentimientos.²⁸

Y el duelo como respuesta externa, el dolor expresado socialmente, junto a las características de la pérdida, reversible o irreversible, súbita, etc., intervienen un conjunto de variables individuales; edad, nivel cultural, creencias, personalidad, significado, diferencias culturales, que modulan y determinan la intensidad y duración de la respuesta emocional.

Se debe entender el dolor que provoca la pérdida como una experiencia natural, en la que pueden aparecer diferentes fases como en el duelo por un familiar. Ante la pérdida de un miembro o función corporal, así como a cambios de imagen traumáticos, el paciente pasa por diferentes etapas: shock, negación, ira, depresión, negociación y aceptación.³⁰

*

Variables que intervienen en la respuesta individual	Etapas que pueden generalizarse en pacientes que se enfrentan a pérdidas
Características personales: edad, sexo, religión, personalidad	SHOCK: Constituye el momento inicial, el paciente se enfrenta con la pérdida
Redes de apoyo y vínculos afectivos	NEGACIÓN: Se puede manifestar como incredulidad o manifestaciones de no estar enterándose de lo que ocurre
Posibilidades de comunicación	NEGOCIACIÓN: Se establecen actos con la vida o con Dios, el objetivo es cambiar la situación
Aspectos específicos de la situación: esperada, repentina, dramática	IRA: El paciente puede manifestar irritabilidad, mostrarse inconformista etc.
Significado: importancia de lo perdido tanto individual como social y cultural	DEPRESIÓN: Llanto, apatía, desinterés, insomnio, etc.
	ACEPTACIÓN: El paciente es capaz de reconocer su grado de afectación por lo sucedido

*Camps Herrero C. Sánchez Hernández P.. Duelo en oncología. Capítulo 11. Cáncer e imagen: El duelo corporal.. Sociedad Española de Oncología Médica. Valencia. 2013.

La adaptación a la pérdida y cambios en la autoimagen la podemos considerar como un proceso continuo en el cual el paciente intenta dar significado a lo ocurrido, manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados y obtener el dominio o control de los cambios producidos.

Durante todo el proceso de enfermedad el paciente y su familia deberán realizar un importante proceso de ajuste y adaptación ante todos los acontecimientos a los que necesariamente se deben enfrentar y que en muchas ocasiones implican sufrimiento para el paciente y una amenaza real a su proyecto vital.

Para comprender el impacto psicológico provocados por los cambios producidos en la autoimagen del paciente, debemos tener presente la definición de estrés agudo y aplicarla a la situación de pérdida.³¹

A las reacciones de duelo que provocan las pérdidas significativas que deben sufrir los enfermos de cáncer, se pueden asociar trastornos psiquiátricos que modifican y complican el proceso de adaptación a la pérdida. Entre los trastornos más frecuentes que pueden desarrollar los enfermos oncológicos según criterios del Manual Diagnóstico y Estadística para los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos (DSMIV-R) podemos mencionar:

- Los trastornos de adaptación
- Los trastornos de ansiedad
- Los trastornos depresivos
- El trastorno de estrés pos-trauma³³

Por tanto, la pérdida de un miembro del cuerpo, amputación, o cambios significativos en la auto-imagen van a provocar reacciones emocionales de suficiente intensidad que alteren, aunque sea temporalmente, las defensas psíquicas y por tanto la vida del paciente y su familia. Entre las variables que

influyen en el desarrollo de psico-patología, podemos mencionar: los antecedentes psiquiátricos del paciente, niveles de introversión, impacto psicológico de la pérdida, apoyo social, autoestima y autoconcepto, significado de lo perdido, información, toxicidad de los tratamientos médicos.³²

5.4. PROCESO CUIDADO ENFERMERO

El Proceso Cuidado Enfermero (PCE) se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que, el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto que el PCE se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.³⁴

Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.⁵

Por consiguiente, el PCE se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación.³⁴

También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de enfermería para un mismo sujeto.

Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.³⁵

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso Cuidado Enfermero, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales.

Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.³⁶

5.4.1. Etapas del Proceso Cuidado Enfermero

El Proceso Cuidado Enfermero está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente. (Anexo 1)

1. La Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen Físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera- sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.⁵

El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones Funcionales de Marjorie Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno⁵, y son once:

1. Percepción-manejo de la salud
2. Nutricional-metabólico
3. Eliminación
4. Actividad y ejercicio

5. Descanso-sueño
6. Cognoscitivo-perceptual
7. Autopercepción y autoconcepto
8. Rol-relaciones
9. Reproductivo-sexual
10. Adaptación-Tolerancia al estrés
11. Valores-creencias

Se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos.

Según Gordon, se puede realizar la valoración de acuerdo con el estado de salud de la persona o con el momento en que entre en contacto con el profesional de enfermería.³⁴

- Valoración inicial o básica: se realiza durante la entrevista inicial con la persona para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud, a través de una guía estructurada. Esta información también es llamada “datos de referencia”; comunica el estado de salud antes de la intervención y es de gran utilidad para establecer comparaciones posteriores, en el momento de evaluar la evolución de la persona.
- Valoración continuada o focalizada: se realiza para reunir información detallada sobre las respuestas a problemas de salud o a procesos vitales de un solo aspecto o patrón. Este tipo de valoración se puede realizar con preguntas cortas y las más relevantes para cada patrón.
- Valoración de urgencia o rápida: se realiza para reunir información en el menor tiempo posible, generalmente en personas en estado

crítico, con el fin de obtener datos que permitan la intervención rápida de enfermería.

La recolección de datos: consiste en la obtención de la historia de salud y estado global de la persona a través de las siguientes fuentes y técnicas:

- Fuentes de datos
 - a) Primaria: es el individuo mismo
 - b) Secundaria: familia, personas cercanas a su entorno próximo, equipo de salud, expediente (historia clínica, exámenes de laboratorio, prescripciones médicas, registros de enfermería), datos de la vivienda.

La recolección de los datos se requiere de un proceso sistematizado y el empleo de métodos y técnicas entre los que se recomiendan los siguientes:

- La entrevista: técnica empleada principalmente para la obtención de los datos subjetivos; consta de tres secciones (inicio, cuerpo y cierre). Permite obtener información acerca de la persona y/o familia entorno a los problemas o preocupaciones de salud, a través de la interacción profesional de enfermería- persona. Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla con privacidad entre el profesional de enfermería y la persona que requiere los cuidados de salud. Alfaro³⁸ refiere que la entrevista, a través de la formulación de preguntas, la observación y la escucha activa, es una habilidad esencial para una relación de confianza.

Existen dos tipos de entrevista:

1. Formal o estructurada: consiste en la comunicación con un propósito específico, diseñada para una finalidad terapéutica, en la cual el profesional de enfermería realiza la historia de la persona. En el proceso de recolección de datos, este tipo de entrevista es el que se emplea fundamentalmente.
 2. Informal o incidental. Es la conversación entre el profesional de enfermería y la persona en el curso de los cuidados. Esta entrevista también se emplea para recoger datos, sobre todo para actualizar los obtenidos con antelación.
- La observación: comprende la utilización de todos los sentidos para captar la información de manera globalizadora, por lo que se requieren amplios conocimientos teóricos y habilidades en el uso de éstos.
 - El examen físico: se realiza a través del uso de ciertas técnicas con la finalidad de obtener información para descubrir o determinar las respuestas a los procesos vitales de la persona. También puede detectar problemas reales o potenciales y confirmar objetivamente, los datos subjetivos obtenidos en la entrevista, interrogatorio o de otras fuentes. El examen de enfermería se centra en:
 - Definir aún más la respuesta de la persona ante el proceso fisiológico o patológico; sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería.
 - Establecer una base de datos para comparar la eficacia de las intervenciones de enfermería, independiente o interdependiente o de colaboración.³⁶

Durante esta valoración física se utilizan las siguientes técnicas básicas:

1. Inspección: examen visual, cuidadoso y global de la persona, para determinar estados o respuestas. Uso de los órganos de los sentidos que se centra en las características físicas o comportamientos específicos. Cada zona del cuerpo se inspecciona en cuanto a tamaño, forma, color, textura, aspecto, posición, situación anatómica, movimiento y simetría.
 - a) Palpación: utilización del tacto para determinar características de la estructura corporal, desde la superficie hasta por debajo de la piel. Se emplean las manos para tocar partes del cuerpo y efectuar mediciones sensitivas de señales físicas específicas. Las técnicas de palpación son:
 - Palpación superficial: los dedos se aplican suavemente sobre la superficie de la piel, la piel se deprime de 0.5 a 1 cm.
 - Palpación profunda: se utiliza para valorar la situación, consistencia y textura de órganos y masas, la piel se deprime de 2 a 3 cm.
 - Palpación bimanual: se utilizan ambas manos. Una mano está relajada y se coloca ligeramente sobre la piel de la persona explorada, la mano activa aplica presión en la mano sensible.
 - Palpación digital: se utilizan los dedos y se realiza con guante. Este tipo de palpación puede emplearse en la valoración del pulso de la persona.
 - b) Percusión: consiste en golpear la superficie corporal con el fin de obtener sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras. La percusión puede ser directa, en donde la superficie del cuerpo se golpea con uno o

dos dedos, e indirecta cuando el dedo medio de la mano no dominante se coloca firmemente contra la superficie a percudir, la punta del dedo dominante golpea la base de la articulación distal del plexímetro.

- c) Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo: corazón, pulmones, intestino y arterias. Puede ser directa e indirecta. La primera se realiza sin el empleo de dispositivos y la segunda con el apoyo de estos. Todos los sonidos tiene 4 características que deben ser valoradas: frecuencia, intensidad, calidad y duración.
- d) Medición: técnica que tiene como objetivo dar un valor numérico. Los datos que reporta son útiles para encontrar o reconocer una magnitud para compararla con otra que se ha tomado como referencia.

- 2. El Diagnóstico, consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.³⁷

En 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definatorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además

de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados⁵

3. La Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

- Establecimiento de prioridades: cuando se ha identificado más de un diagnóstico de enfermería, es necesario establecer un orden de prioridad entre ellos. Lefebvre menciona que para determinar el nivel de gravedad de un problema se utilizan los criterios de prioridad basados en los valores profesionales.³⁶

El orden de prioridad de un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción hacia:

- ✓ Protección a la vida
- ✓ Prevención y alivio del sufrimiento
- ✓ Prevención y corrección de las disfunciones
- ✓ Búsqueda del bienestar.

Cuando varios diagnósticos presentan un mismo nivel de gravedad se puede recurrir a la jerarquía de necesidades de Maslow (fisiológicas, de protección y seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización).

Kozier³⁹ menciona que al asignar las prioridades se deben considerar los valores y creencias de la persona con relación a la salud.

- a) Prioridades de la persona.
 - b) Recursos a disposición de la enfermera.
 - c) Urgencia del problema de salud.
 - d) Terapéutica médica.
- Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados: se elaboran una vez que se han priorizado los diagnósticos. Un objetivo es la evolución de la persona o una modificación deseada de su comportamiento. Los objetivos de resultado o criterio de resultado, son considerados como los criterios mensurables utilizados para evaluar el logro del objetivo.

Desde esta etapa se hace necesario determinar los resultados deseados en la persona, contenidos en la Nursing Outcomes Classification (NOC) que han de especificarse antes de elegir las intervenciones, ya que servirán como criterios comparativos para evaluar las intervenciones de enfermería determinadas.

Al establecer los objetivos hay que considerar el tiempo para poder obtener los resultados esperados. Según Benavent⁴⁰ y colaboradores los objetivos pueden ser de: corto plazo: resultados que pueden obtenerse de manera rápida y favorable en cuestión de horas o días, mediano plazo: para un tiempo intermedio, pueden oscilar entre una semana o un mes. Y largo plazo: requieren de un tiempo largo.

- Elección de intervenciones de enfermería: las intervenciones están dirigidas a modificar los factores etiológicos o factores relacionados. Las intervenciones representan toda acción que realiza enfermería, toda actividad o comportamiento que adopta o desarrolla en la persona.

La NIC se utiliza para documentar la práctica y determinar el impacto de los cuidados de enfermería sobre los resultados de la persona.

Tipos de intervenciones

- Intervenciones independientes o autónomas: actividades que enfermería está autorizada a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades.
- Intervenciones dependientes: se realizan por orden médica o bajo supervisión, o bien según procedimientos sistematizados.
- Intervenciones de colaboración o interdependientes: acciones que enfermería lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria. Son resultado de decisiones tomadas conjuntamente.³⁶

En este caso, el cuidado de enfermería se muestra en el apartado de la propuesta de cuidado.

4. La Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

Kozier³⁹ señala que son necesarios tres tipos de habilidades para ejecutar satisfactoriamente el plan de cuidados.

- ✓ Habilidades cognitivas: para la solución de problemas, toma de decisiones y razonamiento crítico.
- ✓ Habilidades interpersonales: recursos utilizados para comunicarse directamente con otras personas.

- ✓ Habilidades técnicas: habilidades psicomotoras o manuales para la manipulación de equipo y material.

5. La Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.³⁸

Consta de:

- ✓ Obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que se pretende evaluar.
- ✓ Comparación con los resultados esperados.
- ✓ Elaboración de un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

5.4.2. DIAGNÓSTICO DE AFRONTAMIENTO INEFICAZ

5.4.2.1. Concepto

La NANDA define el diagnóstico de Afrontamiento ineficaz como la incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.⁵

El afrontamiento comprende la capacidad y todas las conductas instrumentales, técnicas y los conocimientos que la persona ha adquirido para la resolución de problemas; algunos investigadores argumentan que el afrontamiento es cualquier respuesta ante las tensiones externas que funcionen para evitar o controlar el estrés.⁴¹

El afrontamiento forma parte de la gama de recursos psicológicos de cualquier sujeto y es una de las variables personales declaradas como partícipes en los niveles de calidad de vida. Los sujetos responden de forma distinta ante un mismo agente estresante, sin embargo, cada modo de afrontamiento debe ser flexible y adecuado para cada situación.^{40,41}

Ver al afrontamiento como un proceso implica considerar la conducta y pensamiento del sujeto en un contexto concreto y en condiciones particulares, en un continuo cambio a medida que la interacción va desarrollándose. Esta dinámica no es resultado del azar, sino de las continuas estimaciones de las variables entre el individuo y el ambiente.³⁹

Ser vulnerable dentro del afrontamiento ineficaz, implica fragilidad, una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño. Por tanto implica ser susceptible de recibir o padecer algo malo o doloroso, como una enfermedad, y también tener la posibilidad de ser herido física o emocionalmente. La vulnerabilidad tiene que ver, pues, con la posibilidad de sufrir, con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la finitud y con la muerte. Es vulnerable, según el Diccionario de la Real Academia, quien puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente.⁴²

En el apartado siguiente se elabora un Plan de Cuidados Estandarizado, desarrollando el diagnóstico de Afrontamiento Ineficaz con las intervenciones y actividades más adecuadas para estas pacientes.

5.5 PROPUESTA DE CUIDADO INTEGRAL

5.5.1 Valoración

La valoración multidimensional pretende identificar los distintos fenómenos que tienen lugar en su problema de salud bajo un abordaje integral. Pretende contestar aquellas preguntas cuyas respuestas permitirán el diseño de intervenciones individualizadas para obtener la mejor situación de bienestar posible para el paciente y la familia.

Es importante realizar una valoración integral por Patrones Funcionales para detectar a las pacientes durante el postoperatorio que presentan el diagnóstico de Afrontamiento Ineficaz.

Esto por medio de un interrogatorio específico para identificar a las pacientes que cursan el postoperatorio inmediato y que presentan el diagnóstico de Afrontamiento ineficaz y así poder intervenir de manera adecuada y apoyar en su bienestar y mejora de su estado de salud integral.⁴⁴

Al realizar la valoración es de vital importancia abordar a la paciente de forma sutil, ya que se encuentra en estado vulnerable, puede estar aún bajo efectos de la anestesia, por lo que se deben realizar las preguntas de forma clara y precisa, de manera que la paciente pueda entender cada ítem.

Se debe plantear una valoración desde la esfera biológica ya que este aspecto se dirige a la detección de todas las complicaciones que provoca la enfermedad. En relación a la pericia del profesional debería utilizarse, una entrevista semiestructurada que sirviera de guía para la detección de los síntomas.⁴⁴

La valoración funcional se realiza aplicando los índices habituales que valoran la dependencia en la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (índice de Lawton-Brodie, Barthel o índice de

Katz) (Anexos2, 3) o la necesidad de cuidados en relación a la severidad de la enfermedad.

La evaluación de la esfera psicoafectiva comprende tres aspectos fundamentales: presencia de psicopatología, reacciones de adaptación a la enfermedad y grado de información que presenta el paciente.²³

Dentro del proceso de adaptación pueden presentarse diversas reacciones psicológicas como negación, ira-agresividad, tristeza-depresión, resignación y aceptación, entre otras. La valoración del grado de información que dispone el paciente es un elemento fundamental en la evaluación psicológica. Representa una ayuda para entender sus reacciones y permite el posicionamiento del profesional.²⁹

La valoración de la esfera espiritual de las personas es el más complejo de todos ellos. En él se produce la integración e interpretación de las vivencias que acontecen en las otras esferas, con un resultado global consistente en una opinión sobre sí mismo y su situación. Las dificultades conceptuales para describir la dimensión espiritual conllevan el problema de tratar de sistematizar la detección de las necesidades espirituales. Al respecto, y a modo orientativo, puede proponerse la valoración del mundo más íntimo de las personas, detectando los miedos, las manifestaciones de sufrimiento global, las necesidades (de sentirse seguro, aceptado, entendido y querido), su escala de valores y creencias religiosas (valorando el apoyo que dispone en este aspecto).⁴⁴

La familia es el soporte fundamental del sujeto, tanto en el cuidado físico como en el apoyo emocional y espiritual. Es, por otro lado, receptora del sufrimiento del enfermo y de su propio sufrimiento. La valoración familiar incluye, entre otros: a) la estructura familiar disponible para la realización de los cuidados; b) la capacidad de adaptación para asumir el cuidado del

paciente y hacer frente a la crisis, y la presencia de problemática en el funcionamiento familiar; c) valoración de los aspectos afectivos, reacciones emocionales y expectativas sobre el cuidado y lugar de la muerte; d) el grado de sobrecarga física-psíquica derivada del cuidado y de la ejecución de las tareas inherentes a la etapa del ciclo vital; e) la presencia de psicopatología, y f) la detección de factores de riesgo para un duelo patológico.²⁹

Los aspectos sociales incluyen desde los aspectos económicos hasta la presencia de una red social de apoyo para el cuidado físico y soporte emocional del paciente y de la familia.

La valoración multidimensional corresponde a un equipo interdisciplinario, es necesario establecer un adecuado sistema de registro para evitar la pérdida de información y favorecer una actuación conjunta coherente.⁴⁴



5.5.2 Valoración por Patrones Funcionales de Salud aplicada a pacientes en el post operatorio de mastectomía radical.



Nombre: _____
 Edad: _____ Fecha: _____

1. Percepción-manejo de la salud

Edad: _____ sexo: _____ Grupo Y RH: _____
 Alergias: _____
 AHF: _____
 Enfermedades conocidas: _____
 Tratamiento actual: _____
 Automedicación: _____ uso de antibióticos: _____
 Uso de terapia con radiación o quimioterapia: _____
 Toxicomanías: _____
 Antecedentes qx _____
 Antecedentes hospitalarios: _____
 Antecedentes transfusiones: _____
 Malformaciones congénitas: _____
 Padecimiento actual: _____
 Diagnostico preoperatorio: _____
 Cirugía programada: _____
 Cirugía realizada: _____

2. Nutricional-metabólico

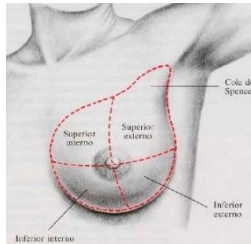
Peso: _____ Talla _____ IMC _____ T°: _____ HB _____ HTO _____ Glucosa _____
 Plaquetas _____ TP: _____ TTP: _____ Leu: _____
 Ayuno: _____ N° comidas al día: _____
 ingesta de líquidos: _____
 Dieta específica: _____ anorexia o polifagia: _____
 Problemas de digestión: _____
 Descripción breve de alimentación por semana:
 Carnes y lácteos _____ frutas _____ Verduras _____ leguminosas _____
 Almuerzo _____
 Comida: _____
 Cena: _____
 N° colaciones: _____
 Malestar al consumir alimentos: _____ cuales: _____

3. Eliminación

Frecuencia urinaria _____ evacuaciones _____
 Presencia de vómito: _____
 Características _____

4. Actividad-ejercicio

FC: _____ FR: _____ TA: _____
 SpO2: _____ Llenado capilar: _____
 Disnea: _____ Cianosis: _____
 Ruidos respiratorios: _____
 Recurrencia en enfermedades respiratorias: _____
 Dificultad para deambular: _____
 Uso de aditamentos para caminar: _____
 Presencia de debilidad en alguna extremidad o generalizada: _____
 Tipo de mastectomía realizada: _____
 Presenta dolor en el brazo afectado: _____ EVA: _____



5. Sueño-descanso

Horas de sueño: _____ se acuesta : _____ levanta _____
 Descansa _____ realiza siestas _____ duración _____
 Apnea del sueño _____ Su padecimiento le ocasiona problemas para dormir _____ cantidad de almohadas: _____
 Utiliza algún medio para dormir _____ Ronquidos _____

6. Cognitivo-perceptual

Nivel de conciencia: _____ Glasgow: _____
 Utiliza auxiliares de audición: _____ lentes _____
 Dolor: _____ localización _____ tipo _____
 Control del dolor _____

7. Autopercepción- autoconcepto

Como se describe así mismo: _____
 Como considera su imagen corporal: _____
 Su padecimiento le ocasiona discapacidad: _____
 Cambios en el cuerpo: _____
 Su imagen corporal interrumpe sus procesos familiares o sociales: _____ como: _____

8. Rol-relaciones

Estado civil _____ hijos _____
 Ocupación: _____
 Apoyo familiar posoperatorio: _____
 Alguna repercusión en su vida social ocasionada por su padecimiento: Cuál: _____
 Familia está al tanto de la situación actual de su padecimiento: _____
 Como se apoyan: _____
 Pertenece a algún grupo de apoyo: _____

9. Sexualidad-reproducción

FUM _____
 G _____ A _____ O _____ P _____ C _____
 Terapia hormonal: _____

10. Adaptación-tolerancia al estrés

Cambios en su vida _____
 Estrés _____
 Métodos de afrontamiento _____
 Riesgos y beneficios de la cirugía: _____
 Presencia de: Ansiedad: _____ Inquietud: _____
 Angustia: _____ Tristeza: _____

11. Valores-creencias

Religión _____ Es importante _____
 Aspectos espirituales: _____

Fuente: Propia

5.5.3 Cuidados postoperatorios

La atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica (PAR) o unidad de cuidados post anestésicos (PACU). Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.⁴⁶

Recepción del paciente en la sala de recuperación

Para el traslado a la sala de recuperación post anestésica, el paciente debe ir acompañado por personal de anestesia y por la enfermera (o) circulante, la enfermera (o) del servicio recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían:

1. Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
2. Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso.
3. Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.

4. Información sobre el periodo trans operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.
5. Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
6. Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
7. Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
8. Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
9. Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
10. Revisión del expediente clínico.

Atención al paciente en la sala de recuperación

En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias.

Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia.

Objetivos

1. Asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada.
2. Vigilar y prevenir la depresión respiratoria.
3. Mantener el estado hemodinámico del paciente.
4. Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente.
5. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.⁴⁷

Una vez realizada la identificación del paciente y la recepción del mismo de la sala de cirugía, se procede a su instalación de la siguiente manera:

1. Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Dejar conectada la cánula de guedel, hasta que el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso; dejarla por más tiempo provoca náuseas y vómito.

Fundamento: Con esta medida se favorece a la función respiratoria y se evita que la lengua caiga hacia atrás, ocluyendo las vías respiratorias.

2. Aspirar el exceso de secreciones, al ser audibles en orofaringe o nasofaringe.
3. Conectar al paciente al sistema para administración de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6 l/min. O según esté indicado.

Fundamento: Al administrar el oxígeno húmedo se favorece la fluidificación de secreciones y facilita su aspiración

4. Conectar al paciente al monitor de signos vitales. Mantener la observación de los mismos.
5. Colocar al paciente en decúbito lateral con extensión del cuello, si no está contraindicado.

Fundamento: Con esta posición se favorece a una adecuada ventilación pulmonar.

6. Vigilar los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente. Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardiacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).
 - a) Los datos nos darán la pauta para el tratamiento.
 - b) Recordar que las salas de operaciones son frías y favorecen a la vasoconstricción, para lo cual se debe colocar un cobertor al paciente o regular la temperatura ambiental, si es que existe el sistema de clima artificial.

7. Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.)
8. Mantener en ayuno al paciente.
9. Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Observar el sitio de la flebopunción para detectar datos de infiltración o flebitis.
10. Vigilar la diuresis horaria.
11. Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.
12. Vigilar la infusión de sangre y derivados (si se está administrando al paciente) verificar la identificación correcta del paquete y corroborar con los datos del paciente, asimismo la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para su administración (si existe duda se debe revisar el banco de sangre), prescripción, hora de inicio y terminación de la infusión. Estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea.
13. Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.
14. Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: Extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría⁴⁵

5.5.3 PLACE

5.6 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

5.6.1 Funciones de cada miembro del equipo

Con el fin de dar un tratamiento integral a la paciente mastectomizada se propone un trabajo multidisciplinario que incluya las siguientes especialidades, cuyo fin específico de cada uno se describe a continuación.

a) Cirujano: Hablamos de cirujano por referirnos al médico que se especializa en el tratamiento del cáncer mediante la cirugía. Cirujano oncólogo. Los objetivos de la cirugía pueden ser:

- Diagnosticar el cáncer
- Para extirpar parte o la totalidad de un cáncer o tumor.
- Para determinar donde se encuentra el cáncer, y determinar si el éste se ha diseminado o está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo.
- Para recuperar el aspecto o las funciones del cuerpo.
- Para aliviar efectos secundarios que puede causar dicha enfermedad.

En este caso la reconstrucción después de la cirugía de mastectomía radical ocupa un lugar esencial. La cirugía reconstructiva puede realizarse al mismo tiempo que la cirugía de extirpación del tumor. O bien, puede realizarse en otro momento, después de que la persona haya sanado o recibido tratamiento adicional. ⁴⁷

b) Enfermera: Según el Consejo Internacional de Enfermería la función de la enfermera es fundamental para unos cuidados destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del

dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales.

Los objetivos que se plantea la enfermería en la atención a estas pacientes se pueden resumir en:

- Valorar las necesidades del paciente
- Prestar los cuidados enfermeros necesarios para lograr el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental, confort y calidad de vida del enfermo y su familia.
- Ayuda a prevenir y sobrellevar los momentos de crisis
- Para disminuir el sufrimiento, aumentar el bienestar y lograr la mayor autonomía posible el individuo conservando su dignidad hasta la muerte debe dirigirse a detectar los síntomas somáticos y/o alteraciones psicológicas, percibidas por el paciente como amenaza y establecer su grado de priorización según el punto de vista del paciente, para compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas.
- Identificar y potenciar los recursos del enfermo a fin de aumentar su percepción de control sobre la situación y los síntomas.
- Identificar y potenciar los recursos del enfermo a fin de aumentar su percepción de control sobre la situación y los síntomas.
- Utilizar técnicas específicas para evitar, modificar o compensar el estado de ánimo ansioso, depresivo u hostil del paciente, evitando su cronificación.
- Ser sensible antes sus problemas. Dedicarles tiempo, ofreciéndoles apoyo y compañía de forma respetuosa y comprensiva. Escuchar con atención permite conocer la actitud del paciente ante la enfermedad.

- Trabajar con el resto del equipo asistencial para lograr aumentar la tolerancia mutua y reducir el cansancio físico y el desgaste en situaciones difíciles.⁴⁸

Escalas que se pueden utilizar.

-ECOG. Es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente con cáncer, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. La escala valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. (Anexo 4)

-Rotterdam symptom checklist. Es un cuestionario para medir el impacto de los síntomas sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer. (Anexo 5)

Es importante evaluar los síntomas, explicar las causas de estos, comunicar y dar instrucciones sencillas, correctas, y concretas sobre el tratamiento. Monitorizar los síntomas, atender los detalles, eso nos permitirá un mayor control y reducir efectos secundarios, no solo a nivel fisiológico, también es importante una escucha activa y el contacto humano.⁴⁸

- c) Tanatólogo: Es un especialista que ayuda a aliviar el dolor y la desesperanza que ocasiona una pérdida inminente.

Es aquella persona capacitada para ayudar en el proceso de duelo por muerte, a la persona que muere y a sus seres allegados. Así como cualquier tipo de pérdidas significativas en el proceso de la vida.

Propone que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida sea tratada con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento.

Debe tener la capacidad de ponerse en los zapatos del otro, con respeto, humildad, cordialidad, confidencialidad; en pocas palabras con Calidad Humana, para ofrecer al usuario el apoyo que busca.

Tiene como objetivo final ayudar a la persona a tener una mejor calidad de vida, prepararlos para la pérdida y alcanzar total aceptación y con ella la tranquilidad.

La función del tanatólogo en el proceso de duelo es el acompañamiento al paciente y a la familia. En cuanto a su función con el paciente es estar ahí, ayudarlo a expresar lo que quiere, no obligarlo simplemente estar dispuesto, hacer preguntas pertinentes, bien analizadas y saber por qué le estoy haciendo la pregunta, evitar preguntas cerradas que solo impliquen una respuesta monosilábica, tratar que la pregunta sea especial para que el paciente pueda expresar lo que lleva dentro y que es a veces es muy difícil decírselo a la familia ya que percibe el dolor y teme añadir más.⁴⁹

- d) Psicólogo clínico: son los profesionales de la salud mental que se encargan de atender a esas personas que sienten algún tipo de malestar psicológico. En este sentido, los psicólogos clínicos se encargan de diagnosticar ciertos trastornos psicológicos.

Su función consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, y orientación.

Se entiende que todo tratamiento debe o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Son un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta. Como por ejemplo, modificar los flujos de información en una sala médica para reducir los niveles de ansiedad de los enfermos, ejecución de una campaña de sensibilización de una

comunidad para aumentar su participación en programas de prevención, etc.⁵⁰

5.6.2 Función de la enfermera con cada integrante del equipo multidisciplinario.

Un grupo conducido de forma profesional sirve para orientar, interpretar, contener y ayudar a expresar los sentimientos. Y aunque no para todas las pacientes pueda estar indicada una experiencia de grupo, por lo menos puede tenerse en cuenta como una posibilidad para el tratamiento.

El tratamiento del enfermo de cáncer debe abordarse desde una perspectiva bio-psico-social. El equipo interdisciplinar debe atender a cada paciente como un todo y desarrollar un tratamiento global en el que se anticipen y atiendan todas las necesidades. Las enfermeras/os, como proveedoras de cuidados, constituyen una parte esencial dentro del equipo. Es la enfermera la que procura mayor tiempo, cercanía y disponibilidad personal hacia las necesidades de los pacientes, y asumen el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica y fundamental del proceso de atención sanitaria. Poner en marcha los procesos terapéuticos les confiere el privilegio de ser el primer profesional con el que el paciente tiene contacto después de recibir el diagnóstico. Y estas circunstancias difíciles hacen que se compartan, en ocasiones, momentos de gran intimidad.⁵¹

El modo como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta, de forma decisiva, a todos los aspectos de nuestra experiencia, a la manera en que funcionamos y a las posibilidades de crecimiento y desarrollo. En este sentido, la enfermedad y los tratamientos se viven como una amenaza para los sentimientos de poder, seguridad, valía y dignidad. Todo lo cual contribuye a que el ser humano sea muy vulnerable.

Las enfermeras podemos ayudar a las personas a adoptar actitudes positivas en la medida de sus posibilidades y también ofrecer el apoyo emocional que les ayuden a modificarlas. Ya que salud emocional no implica necesariamente experimentar solo emociones positivas, podemos potenciar la capacidad de vivir sin miedo un amplio abanico de sentimientos y ayudar a que los pacientes sean capaces de funcionar con ellos sin sentirse abrumados.⁴⁴

La enfermera juega un papel primordial en esta propuesta, ya que es el contacto primario con todo el equipo multidisciplinario. La función que puede ejercer la enfermera es la principal fuente de información entre cada miembro del equipo multidisciplinario y la paciente, ya que la enfermera lleva un acercamiento desde el inicio de la etapa de postoperatorio inmediato hasta un seguimiento en el postoperatorio tardío.

A partir de la valoración inicial que realiza la enfermera para encontrar el diagnóstico de Afrontamiento ineficaz presente en las pacientes mastectomizadas es cuando el personal de enfermería puede llevar a cabo las intervenciones junto con el equipo multidisciplinario para llegar a un bienestar integral.

Se realiza el siguiente esquema para mostrar la relación que existe entre la enfermera y cada miembro del equipo multidisciplinario y la correspondencia en cada una de las intervenciones de enfermería con el equipo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	MÉDICO CIRUJANO ONCÓLOGO	TANATÓLOGO	PSICÓLOGO CLÍNICO
1850. Mejorar el sueño			*
4370. Entrenamiento para controlar los impulsos			*
5240. Asesoramiento	*		
5250. Apoyo en la toma de decisiones	*	*	*
5270. Apoyo emocional		*	*
5230. Aumentar el afrontamiento	*	*	*
5400. Potenciación del autoestima			*
5440. Aumentar los sistemas de apoyo		*	*
5450. Terapia de grupo	*	*	*
5820. Disminución de la ansiedad			*
5880. Técnica de relajación		*	*
7960. Intercambio de información de cuidados de salud	*	*	*
6480. Manejo ambiental	*		*

Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). Quinta edición. Elsevier Mosby, 2013. Barcelona España.

VI. CONCLUSIONES

A través de la realización de ésta tesina se puede concluir que las pacientes que cursan el postoperatorio de mastectomía radical, más que representar un gran impacto en el ámbito sanitario, representan un reto para el equipo multidisciplinario de salud, cuyas funciones están encaminadas a restablecer el estado de salud, no solo desde el punto de vista orgánico sino también en el aspecto psicosocial, por lo que hoy en día se debe considerar al profesional de enfermería como un eje fundamental no solo en labores asistenciales sino como miembro de un equipo de salud conformado de forma íntegra en valores y aptitudes capaces de realizar la labor que la sociedad demanda de contribuir a una mejor calidad de vida en aquellas pacientes que requieren de apoyo, asesoramiento, acompañamiento y orientación sobre su estado de salud actual y futuro, ya que de ello dependerá su forma de afrontar la situación y de responder al tratamiento requerido sea éste aceptado o no.

El papel que puede desempeñar la enfermera quirúrgica es fundamental en el cuidado de una paciente que cursa el postoperatorio inmediato de una mastectomía, ya que cuenta con los conocimientos del procedimiento que se llevó a cabo, los cuidados pertinentes durante el perioperatorio, y con ayuda de este trabajo podrá contar con una herramienta que le ayude a manejar el aspecto psico-emocional. Todo con el fin de lograr su bienestar íntegro.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bharti Rathore M.D. Breast Cancer. Ferri's Clinical Advisor. Elsevier. 2018
2. Cáncer de Mama. Asklepios medical atlas. Atlas de Patologías. México. 2014. Archer Pharma S. de R.L. de C.V.
3. Die Goyanes A. Cirugía oncológica. Díaz-Rubio E. Oncología clínica básica. Madrid. 2000
4. Treviño Z., Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Bogotá. 2005.
5. NANDA. Nursing Diagnosis: Definitions & classification 2007-2008. Madrid. España. Elsevier. 2008.
6. Díaz M., Caragol-Urgelles L., Sole M. Desarrollo e implantación de un protocolo perioperatorio de enfermería en cirugía plástica mamaria. Asturias, España. 2014
7. Viana C. Cáncer de Mama. Elsevier. Fisterra. España. 2014
8. Compendio de patología mamaria. Secretaria de Salud. 2002. Primera edición. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15141/CompendioPatologiaMamariaCNEGSR.pdf>.
9. González J. Ugalde C. La glándula mamaria, embriología, histología, anatomía y una de sus principales enfermedades, el cáncer de mama. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2012. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art26.pdf>
10. Otto S. Enfermería Oncológica. Harcourt/Oceano. Mosby-Year book. España. 1999
11. Kirby, Bland. La Mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. 3ª edición. Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2007.
12. Carswell E. Cáncer Mamario. El reto de hoy. Trillas. Cd. De México. 2002
13. Doctor approved patient information. Cáncer de mama: Diagnóstico. Cancer.net ASCO. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/diagnostico>
14. American Cancer Society. Biopsia de seno. EE.UU. 2017 Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/biopsia-del-seno.html>

15. Aydiner A. Abdullah I. Soran A. Breast Disease. Management and therapies. Volume 2. Springer. Switzerland. 2016. Pag. 251
16. American Cancer Society. Terapia dirigida para el cáncer de seno. EE.UU. 2017 Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/terapia-dirigida-para-el-cancer-de-seno.html>
17. Breastcancer.org Mastectomía. 2012. Philadelphia. EE.UU. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia/que_es
18. Doctor approved patient information. Cáncer de mama: opciones de tratamiento. Cancer.net ASCO. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/opciones-de-tratamiento>
19. Khosravi P., Díaz Muñoz de la Espada V. Bifosfonatos en oncología. An. Med. Interna (Madrid). 2005 Nov Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005001100011
20. American Cancer Society. Mastectomía. EE.UU. 2017. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html>
21. Ortega R, Tristán A, Aguilera P, et.al Cuidado de enfermería en paciente postoperado de mastectomía. 2015. Universidad de Santander. Colombia. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/126/259>
23. Soler M., Garcés H., V. and Zorilla I. (2007). Cáncer y Cuidados Enfermeros. 1st ed. España: DAE.
24. Fuller, R.J., & Groah, L. (2003). Instrumentación quirúrgica. Principios y práctica. Estado de México: Editorial médica panamericana.
25. Hernández G. Aguayo R. Técnicas quirúrgicas en enfermería. Hospital central militar. México 2003.
26. ASCO. Doctor approved patient information. Que es la cirugía oncológica?. Cancer.net ASCO. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/cancer/cancer-de-seno/mo-se-trata-el-cancer/cirugia/cirugia-oncolologica>
27. Brito O, Forteza O, Llerena I, Soto Y. Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. (Spanish). Revista De Ciencias Médicas De La Habana [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited November 14, 2017]; 20(3): 390-400. Available from: MedicLatina

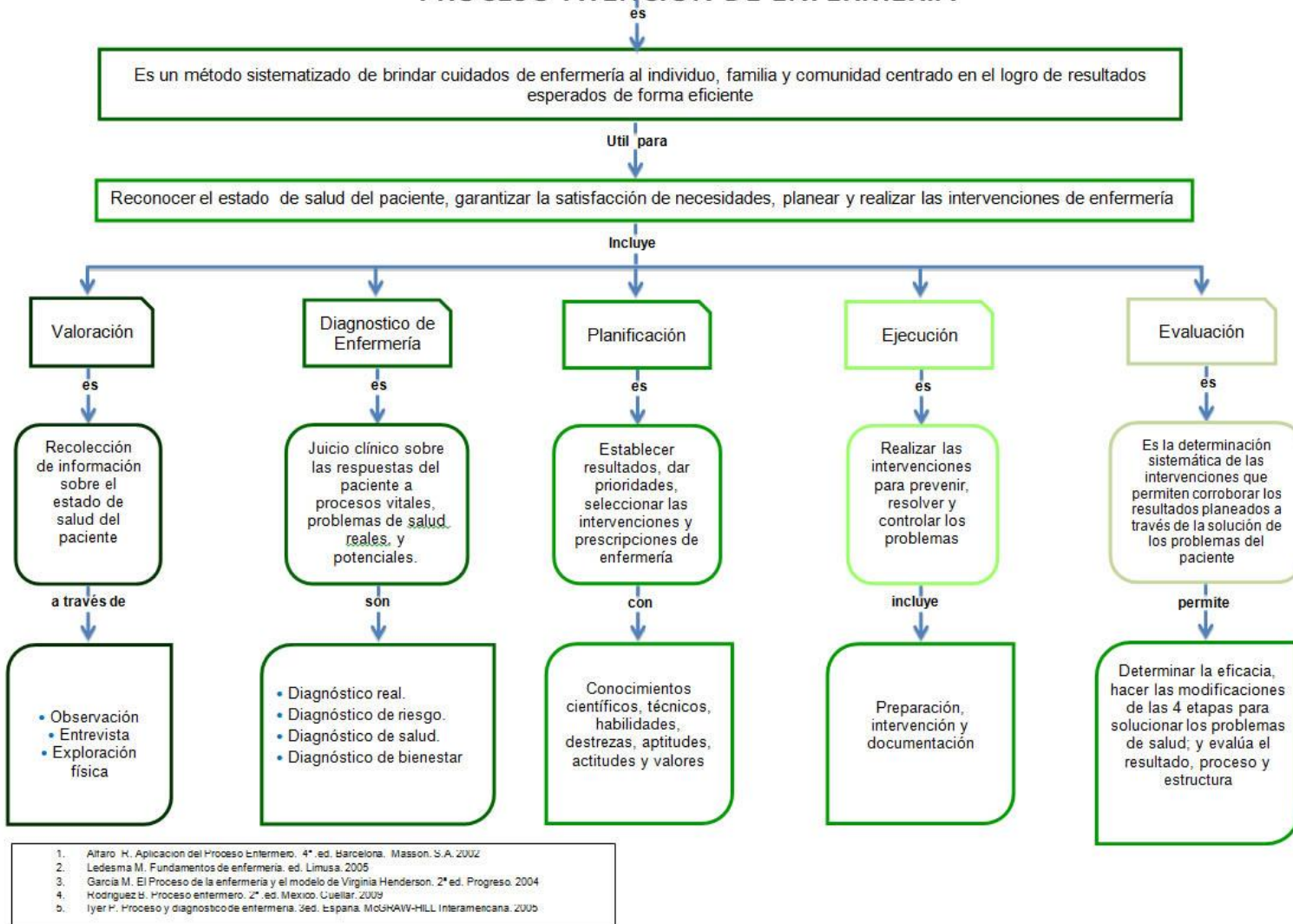
28. Juárez I. Almanza J. Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría. Artículo de revisión. México. 2011.
29. Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. (Spanish). Psicooncología 200, Disponible de MedicLatina.
30. Campos C. Sánchez P. Duelo en oncología. Capítulo 11. Cáncer e imagen: El duelo corporal.. Sociedad Española de Oncología Médica. Valencia. 2013.
31. Oiz B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2005 28 Suppl 2: 19-26.
32. Smith M.Y, Reed, W.H., Peyser C, y Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. Psycho-Oncology 1999. EE.UU.
33. Pichot P. Manual Diagnóstico y Estadística para los Trastornos Mentales. 1995. Madrid. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
34. Andrade Cepeda RM. Proceso de Atención de Enfermería. México: Trillas; 2012.
35. Díaz M., Caragol-Urgellés L., Sole M. Desarrollo e implantación de un protocolo perioperatorio de enfermería en cirugía plástica mamaria. Asturias, España. 2014
36. López J.G. Proceso de atención de enfermería, guía interactiva para la enseñanza, trillas, México, 2012.
37. Charrier, J. y Ritter B., Plan de cuidados estandarizado: un soporte del diagnóstico, masson, Barcelona, 2005.
38. Alfaro- LeFevre, R., Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración, Elsevier-Doyma, Barcelona, 2007
39. Kozier, B., G. Erb, A. Berman y S. Snyder, Fundamentos de enfermería, 7a. ed., McGraw –Hill Interamericana, México, 2005
40. Benavent, M. A., E. Ferrer y C. Francisco, “juicio y acción terapéutica: planificación, ejecución y evaluación”, en enfermería 21, DEA, Madrid, 2001.
41. Alonso A. Definición de afrontamiento. Psyciencia. 2014 Disponible en: <https://www.psyciencia.com/definicion-de-la-semana-afrontamiento/>

42. Feito L. Vulnerabilidad. Anales Sis San Navarra. 2007. Madrid. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S137-66272007000600002&lng=es.
43. Díaz Y. Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de medicina. Scielo. Camaguey. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000100007&lng=es
44. Benítez M., Salinas A. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. Series. Cuidados Paliativos. Elsevier. 2002. Barcelona.
45. Urrego S. Sierra Matamoros F. Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. Artículo de investigación. 2014. México.
46. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas. Área de enfermería. Hospital universitario Reina Sofía. Novartis. Córdoba.
47. American Society of Clinical Oncology. Cancer.net. Cirugía oncológica. Junta editorial de cáncer.net. 2016. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/cirug%C3%ADa/qu%C3%A9-es-la-cirug%C3%ADa-oncol%C3%B3gica>
48. Fuentes L. Enfermería ante los cuidados paliativos en la Atención primaria. España. Octubre 2013. Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/04/Enfermeria-ante-los-CP-en-AP-FuentesFernandezL.pdf>
49. Tanatología México. Instituto de tanatología, logoterapia y vida. Qué es un tanatólogo. Disponible en: http://tanatologiamexico.com/1160786_Que-es-un-Tanatologo.html
50. Funciones del psicólogo clínico y del psicólogo de la salud. Psicopsi. 2016. Disponible en: <http://psicopsi.com/funciones-Psicologo-Clinico-Salud>
51. European Oncology nursing society. Terapias biológicas y cáncer. Manual educativo para enfermería. Roche. 2005. Disponible en: http://www.cancerworld.org/CancerWorldmodule-StaticPage.aspx?id=2036&cid_sito=20pcid_stato=1
52. Die Goyanes A. Cirugía oncológica. Díaz-Rubio E. Oncología clínica básica. Madrid. 2000
53. Beltrán A. Cáncer de Mama. Trillas Cd. De México. 2013

IX. ANEXOS

Anexo 1.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Anexo 2. Escala Lawton-Brodie

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Anexo 3. Escala de Barthel o Índice de Katz

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braquero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	

MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Minima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

Anexo 4. Escala ECOG

ECOG 0:	El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
ECOG 1:	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
ECOG 2:	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
ECOG 3:	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
ECOG 4:	El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
ECOG 5:	Paciente fallecido.

Anexo 5. Escala de Rotterdam

ROTTERDAM SYMPTOM CHECKLIST

These questions ask you about your symptoms. Read each item and place a firm tick in the box opposite the reply which comes closest to how you have been feeling during the week.

<p>1 Lack of appetite</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>2 Irritability</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>3 Tiredness</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>16 Lack of sexual interest</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>17 Feel lonely</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>18 Feel tense</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>
<p>4 Worrying</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>5 Sore muscles</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>6 Depressed</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>19 Anxious</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>20 Constipation</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>21 Diarrhea</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>
<p>7 Lack of energy</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>8 Pain</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>9 Nervousness</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>22 Heartburn belching</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>23 Shivering</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>24 Tingling hands/feet</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>
<p>10 Nausea</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>11 Feel desperate about the future</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>12 Difficulty in falling asleep</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>25 Waking with a start</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>26 Pain in mouth when swallowing</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>27 Loss of hair</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>
<p>13 Headache</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>14 Vomiting</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>15 Dizziness</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>28 Burning eyes</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>29 Short of breath</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>	<p>30 Dry mouth</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/></p> <p>A little <input type="checkbox"/></p> <p>Somewhat <input type="checkbox"/></p> <p>Very much <input type="checkbox"/></p>