

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE POST-OPERADA INMEDIATA DE
MASTECTOMÍA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLASICAS 2017**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR

LIC. KARINA MONICA BAUTISTA CURI

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERA
ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA**

ASESORA:

Mg. ANA MARIA AMANCIO CASTRO

Lima, Perú

2017

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	8
Mastectomía Radical Modificada	14
Mastectomía Radical	15
Mastectomía Parcial	15
Mastectomía Subcutánea	15
CAPÍTULO II	22
CAPÍTULO III	28
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	37

RESUMEN

El cáncer de mama es una enfermedad que está en aumento y que en nuestro país ocupa el segundo lugar como causa de muerte; el órgano que afecta es la mama, y si es necesario por procesos patológicos se extirpa como parte del tratamiento.

El trabajo académico titulado “Cuidado de enfermería a paciente post operada inmediata de Mastectomía”, se realizó en una paciente adulto con diagnóstico médico Mastectomía Radical Izquierda + Linfadenectomía Axilar Izquierda, estudio que tuvo como objetivo brindar los cuidados en la etapa post operatoria inmediata al paciente post operado de Mastectomía Radical.

Se utilizó el Modelo de Dorotea Orem, valoración por Dominios. Para la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería se utilizó la NANDA. Para las Intervenciones de Enfermería (NOC). Para la Planificación del cuidado. (NIC). El razonamiento clínico permite analizar la relación que existe entre diagnósticos y la influencia que tienen unos con otros, lo que lleva a la enfermera a identificar el diagnóstico prioritario. A partir de lo anterior se desarrolló un plan de cuidados priorizando las necesidades más alteradas y las intervenciones especializadas

Dentro del perfil del Licenciado en Enfermería Especialista en Oncología, el razonamiento clínico es la manera de estructurar el pensamiento crítico, como un proceso que fundamenta los cuidados especializados por medio del conocimiento científico, la toma de decisiones, la prontitud en la manera de pensar, actuar y la intuición.

Palabras Clave: *Cáncer de mama, mastectomía, cuidado de enfermería, conocimiento Científico, toma de decisiones.*

ABSTRACT

Breast Cancer is a disease that has been increasing through the years and that in our country occupy the second cause of death; the organ that affects is the breast which is closely related to the sense of femininity and if it is necessary it is surgery remove by pathological treatment as part of the treatment. In addition, breast cancer can be invasive or non invasive, the invasive being much more serious, since the cells of this type of cancer can spread to different parts of the body, even in their vital organs.

The academic work entitled " Nursing care for a post- operated immediate Mastectomy patient, was performed in an adult patient who was diagnosed with medical diagnosis Left Radical Mastectomy + Left Axillary Lymphadenectomy, the study have had as an objective to provide immediate care in the postoperative phase to the patient who has been post operate on Radical Mastectomy.

It has been used the Dorothea Orem model, evaluation by Domains. The established methodology was with NANDA in the issuance of diagnoses and Classification of Nursing Results (CNR) and Classification of Nursing Interventions (CNI) for care planning. The clinic reasoning allows us to analyze the relationship that exist between diagnoses and the influence they have with each other which leads the nurse to identify the priority diagnosis. Based on the above it has been developing a care plan that prioritize the most altered needs and specialized interventions.

Within the profile of the Licentiate in Nursing Specialist in Oncology, clinical reasoning is the way to structure critical thinking, as a process that grounds specialized care through scientific knowledge, decision making, promptness in the way of thinking, acting and intuition.

Key words: Breast Cancer, mastectomy, nurse care, scientific knowledge, decision making.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 30 segundos en algún lugar del mundo se diagnostica una mujer con cáncer de mama, siendo la tasa de mortalidad en un 22%; es la primera causa de muerte en mujeres de 25 a 65 años; por lo que representa un grave problema de salud pública. Asimismo, a nivel mundial, la OMS, estima que mueren más 500,000 mujeres anualmente debido al cáncer de mama; siendo la tasa de prevalencia por cada 100,000 mujeres se presenta mayormente en Norteamérica 90%, Oceanía 74%, Europa 60%, América Latina 42%, África 30%, y Asia 26%. Por otro lado, a nivel latinoamericano, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), más de 300,000 mujeres mueren anualmente; presentándose mayormente en países como Argentina 74%, Uruguay 46%, Brasil 45%, Venezuela 42%, Colombia 31%, México 27%, y Perú 26%. ⁽¹⁾

La Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer (LPLC), sostiene que en el Perú se presentan más de 42,000 casos nuevos de cáncer de mama y 15,000 casos de muerte anuales; es decir, diariamente se presentan doce casos y cuatro mujeres fallecen diariamente debido a este mal; siendo la tasa de prevalencia mayormente en la Costa 44%, Sierra 32%, y selva 7%; además presentándose mayormente en Lima 35%, Trujillo 28% y Arequipa 36%. ⁽²⁾

Según el Ministerio de Salud del Perú (2016), el riesgo de cáncer de mama es mayor en las mujeres solteras sin actividad sexual y sin hijos; el riesgo parece estar más en relación con la edad en que se tiene el primer hijo, generalmente después de los 25 años, así como la menarquía precoz antes de los 12 años, consumo elevado de grasas, tabaquismo, alcoholismo, entre otros. Por ello, la enfermera participa activamente en campañas de educación para la salud, enseñando a practicar el autoexamen de mama, mentalizando la importancia de detectar el cáncer de mama en estadios iniciales, animándolas a que acudan a

controles y visitas de seguimiento en establecimientos de salud. ⁽³⁾

Por ende, el cáncer de mama es una enfermedad que está en aumento y que en nuestro país ocupa el segundo lugar como causa de muerte; el órgano que afecta es la mama, estrechamente relacionado con el sentido de feminidad de la paciente y que cuando es necesario por procesos patológicos se le extirpa (mastectomía) como parte del tratamiento. Es así que no solo se ve afectado el área fisiológica sino también, la autoestima, su identidad como mujer, afectando sus relaciones interpersonales. La mastectomía es una manera de tratar el cáncer de seno mediante la extirpación quirúrgica de todo el seno, se hace cuando una mujer no puede ser tratada con cirugía con conservación del seno (tumorectomía), la cual preserva la mayor parte del seno. También se puede hacer si una mujer opta por la mastectomía en lugar de la cirugía con conservación del seno por motivos personales, como un riesgo muy alto de padecer otro cáncer a veces se someten a una mastectomía doble, extirpación de ambos senos. Sin embargo, una mastectomía radical modificada combina una mastectomía simple con la extirpación de ganglios linfáticos axilares. ⁽⁴⁾

Por todo ello, a continuación, se describen algunos diagnósticos prioritarios de enfermería a partir de lo dispuesto por la NANDA, las cuales se presentan según el órgano afectado por el cáncer de mama. Por lo tanto, se desarrolla el presente trabajo aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, en la asistencia de la paciente Cuzcano Vicente María Jesús, que ingresó al Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el mismo ingresa el 15 de febrero de 2017, los datos de la valoración fueron suministrados por la propia paciente a su ingreso, estableciéndose como Diagnóstico Médico Cáncer de Mama Izquierdo al momento del abordaje asistencial de enfermería. La aplicación del PAE permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática; este proceso es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El propósito de la interrelación NANDA, NOC, NIC; es hacer visible la relación entre las tres clasificaciones

(diagnósticos, resultados, e intervenciones enfermeras) y facilitar la vinculación entre los tres sistemas.

El trabajo ha sido estructurado considerando en el **Capítulo I** revisión de la base teórica, la mastectomía es un proceso diferente en cada paciente influenciado por distintos factores como femineidad, temor a las consecuencias, discriminación.

En el **Capítulo II**, se presenta los datos de filiación, situación problema, así como la valoración según dominios y los diagnósticos de enfermería, por último en el **Capítulo III**, se presenta el plan de cuidados, más EBE (Enfermería basada en evidencias) donde incluyo los datos subjetivos, datos objetivos, diagnósticos de enfermería, planificación, intervenciones y evaluación.

Finalmente se detallan las conclusiones y recomendaciones, se recomienda a todo el personal de enfermería a mantenerse actualizado sobre las innovaciones en el área de cirugía utilizando los diagnósticos de NANDA, NIC, NOC.

CAPÍTULO I

1.1. BASES TEÓRICAS

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es una enfermedad que provoca que las células que se encuentran dentro de sus pechos crezcan y se multipliquen con rapidez; por lo general, las células de los pechos crecen en ciclos controlados y regulares; esto evita que se formen o multipliquen demasiadas células al mismo tiempo. Sin embargo, estos ciclos se quiebran y desequilibran, y se vuelve caótico, a consecuencia comienzan a formarse masas de células en el tejido mamario; transformándose más tarde en tumores cancerosos. ⁽⁵⁾

El cáncer de mamas puede ser invasivo o no invasivo. El cáncer de mamas invasivo es mucho más grave, ya que las células propias de este tipo de cáncer pueden llegar a diseminarse por diferentes áreas de su cuerpo, incluyendo sus órganos vitales. El cáncer de mamas no invasivo sólo afecta a las mamas y al tejido mamario que las rodea.

Los tipos de cáncer de mama se clasifican en:

El carcinoma ductal in situ se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad “pre maligna” puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario, pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

El carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un tumor en el futuro (suele dar antes de la menopausia). Una vez detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias, pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.

El carcinoma inflamatorio es un cáncer poco común, tan sólo representa un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

La causa del cáncer de mama no se conoce, pero sí se sabe algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad. Hay que tener en cuenta que aquellas mujeres que tengan mayores probabilidades de padecer cáncer de mama pueden tomar medidas preventivas que reduzcan esa probabilidad como revisiones periódicas o cambios en su estilo de vida. ⁽⁶⁾

El cáncer de mama presente los siguientes factores de riesgo:

Sexo. El cáncer de mama se da principalmente en la mujer aunque. También puede afectar a los hombres, pero la probabilidad es mucho menor.

Edad. Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.

Genes. Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2, al parecer entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar el cáncer de mama antes de los 70 años de edad.

Antecedentes familiares. Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo. Si se trata de un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente.

Antecedentes personales. Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamaros. Aun así, este riesgo es moderado. Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama. El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer.

Raza. Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor, probablemente porque a ellas se les detecta en estadios más avanzados. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.

Períodos menstruales. Cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecer esta enfermedad si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia: las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo. El embarazo después de los 30 años también aumenta el riesgo. Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de padecer cáncer de mama.

Asimismo, los factores relacionados con el estilo de vida son los siguientes:

Uso prolongado de anticonceptivos. Los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos no está relacionado con el cáncer de mama.

Terapia hormonal sustitutiva. Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, aunque los estudios al respecto no son del todo concluyentes.

Alcohol. El consumo de alcohol durante años está claramente vinculados al riesgo elevado de cáncer de mama.

Exceso de peso. El exceso de peso parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad, aunque no existe ninguna evidencia que un tipo determinado de dieta (dieta rica en grasas) aumente ese riesgo.

Hay que tener presentes estos factores de riesgo, y evitar aquellos que se puedan. También se debe conocer que, en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tiene un origen genético por poseer los genes mutados BRCA1 y BRCA2. ⁽⁷⁾

Los síntomas que presentan el cáncer de mama en los estadios iniciales del cáncer en la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer de mama, aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa. El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada. ⁽⁸⁾

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilares pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor. Otros signos que pueden aparecer son: ⁽⁹⁾

- Dolor o retracción del pezón.
- Irritación o hendiduras de la piel.
- Inflamación de una parte del seno.
- Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- Secreción por el pezón, que no sea leche materna.

La autoexploración, permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio. Debe realizarse después de la menstruación, las mujeres menopáusicas deberán asociarla a un día del mes, conviene que se realice siempre en estados similares. ⁽²⁵⁾

- La mujer debe estar tranquila y realizarla en el lugar que crea más adecuado, algunas mujeres les parecerá más cómodo realizarla en el momento de la ducha, sin embargo, pueden preferir hacerla al acostarse.
- La manera más adecuada, para observar los cambios en las mamas, es situarse delante de un espejo, con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo. Tendrá que observar la simetría de las mamas, el aspecto de la piel, el perfil, etc.
- La palpación puede realizarse una vez enjabonada, en la ducha, o tumbada en la cama con una almohada debajo del hombro correspondiente al seno que se vaya a examinar; repetirla en distintas
- posturas: tumbada y de pie.

Una mamografía es una simple radiografía que le proporcionará a su doctor de cabecera o al especialista que la estuviera atendiendo una imagen clara del interior de sus pechos. Un mamógrafo es una máquina que utiliza bajas dosis de rayos X para poder reproducir una imagen de sus pechos, la cual puede ser analizada en busca de posibles tumores o bultos sospechosos. Las mamografías son frecuentemente llevadas a cabo en un hospital o en una clínica de mamas, y todo el proceso dura aproximadamente 30 minutos.

Durante una biopsia, su doctor de cabecera extraerá una muestra de células del tejido de sus pechos. Dichas células luego serán analizadas bajo un microscopio en busca de alguna evidencia de la presencia de cáncer. Para descartar una afectación pulmonar; ecografía abdominal para valorar la situación hepática, gammagrafía ósea y análisis de sangre para evaluar la correcta función medular, hepática y renal. Si se le hubiera diagnosticado cáncer de mama, sería realmente importante que recibiera tratamiento inmediatamente. Los tratamientos tempranos para curar pueden llegar a incrementar significativamente sus probabilidades de supervivencia, y podrían brindarle la posibilidad de no tener que perder sus pechos.

Si no se conocen las causas que producen la enfermedad, no es posible por el momento llevar a cabo una prevención de la misma (prevención pri-maria); sin embargo, sí estamos preparados para, si se presenta, detectarla a tiempo de poder ser curada (prevención secundaria). Existe una serie de aspectos, en este sentido, que es conveniente tener presente:

La autoexploración mamaria mensual ha sido una constante en los programas de prevención del cáncer de mama; sin embargo, ha ido perdiendo importancia con el acceso de la mujer a los controles ginecológicos y mamarios periódicos y a los programas de detección temprana. En las campañas de prevención, estos casos ocupan ya cerca del 40% de los diagnósticos; la mayoría de las veces se trata de tumores aun no invasores, con curaciones en cerca del 100% de las ocasiones. ⁽¹⁰⁾

MASTECTOMIA RADICAL

La mastectomía es la extirpación quirúrgica de la mama, para tratar enfermedades del tejido mamario, como el cáncer de mama. A continuación, se presentan los tipos de mastectomía radical para el cáncer de mama:

Mastectomía Simple

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 tener cáncer de mama.

Mastectomía Radical Modificada

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

- El cirujano 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.

Las personas diagnosticadas con cáncer de mama invasivo que deciden someterse a mastectomía se les practicará mastectomía radical modificada para poder examinar los ganglios linfáticos. El examen de ganglios linfáticos ayuda a determinar si las células cancerosas se propagaron fuera de la mama.

Mastectomía Radical

La mastectomía radical es el tipo más extenso de mastectomía:

- El cirujano extirpa la totalidad de la mama.
- Se extirpan los niveles I, II y III de ganglios linfáticos axilares
- El cirujano 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. Aunque era muy común en el pasado, en la actualidad la mastectomía radical es poco habitual porque se ha comprobado que la mastectomía radical modificada tiene la misma eficacia y es menos antiestética.

Mastectomía Parcial

La mastectomía parcial es la extirpación de la parte cancerosa del tejido mamario y de parte del tejido normal circundante. Si bien la lumpectomía es técnicamente una forma de mastectomía parcial, en la mastectomía parcial se extirpa más tejido que en la lumpectomía.

Mastectomía Subcutánea

En la mastectomía subcutánea (preservación de pezón), se extirpa todo el tejido mamario, pero se deja el pezón; 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.

Riesgos generales de la cirugía

- Dolor e inflamación postoperatorios en la zona, que pueden tratarse de manera efectiva con analgésicos.

- Sangrado, infección y lesiones en los tejidos circundantes.

Los riesgos de la anestesia general, presentan problemas respiratorios y cardíacos potenciales, así como posibles reacciones a los medicamentos. Para una mujer que esté en buenas condiciones de salud el riesgo de una complicación grave debida a la anestesia general es de menos del 1%.

Los riesgos relacionados específicamente con la extirpación de la mama:

- La alteración del flujo sanguíneo hacia la piel desde la pared torácica, que puede provocar la pérdida de un poco de piel. En circunstancias muy extremas, esta complicación puede requerir un injerto de piel, pero es muy poco común.
- Hematoma, acumulación de sangre en el espacio que antes ocupaba la mama, que se suele resolver con punciones selectivas sólo en algunas ocasiones requiere una segunda operación para controlar el sangrado

Los riesgos cuando se realiza una cirugía más invasiva, como la mastectomía radical, son:

- Dolor y rigidez en el hombro. También puede sentir hormigueo donde estaba la mama y por debajo del brazo.
- Hinchazón del brazo (llamado linfedema) en el mismo lado de la mama extirpada. Esta hinchazón no es común, pero puede ser un problema continuo.
- Daño a nervios, lo cual puede causar entumecimiento en la parte interna del brazo o debilidad en los músculos de la espalda y la pared torácica.

Uno de los síntomas más frecuentes tras la intervención es la disminución de sensibilidad de la zona. Esta pérdida de sensibilidad mejorará con el tiempo y suele desaparecer, aproximadamente, un año después de la cirugía.

Los riesgos relacionados específicamente con la extirpación de los ganglios linfáticos cercanos:

- Dolor y adormecimiento en la parte superior e interna del brazo.
- Muchas pacientes experimentan rigidez en el hombro después de la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila, con limitación de la movilidad y que mejora con el tiempo, el ejercicio y la fisioterapia.
- Seroma, es la complicación más frecuente y que consiste en la acumulación de líquido en la zona de la cicatriz generalmente axilar. Es necesario drenarlo con punciones con aguja fina cada cierto tiempo para retirar el líquido acumulado.

Después de la cirugía son frecuentes los siguientes tratamientos:

Quimioterapia sirve para destruir y evitar el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células cancerosas que se encuentren fuera de la zona mamaria, la administración más frecuente es la vía venosa; se administra en ciclos y su duración suele ser de 4 a 8 meses.

Radioterapia es la administración de radiaciones ionizantes, producidas por fuente de cobalto, acelerador lineal, o mediante un isótopo para destruir las células tumorales a nivel de la glándula mamaria o a nivel de los ganglios linfáticos próximos a ella. Suele tener una duración media de 4-5 semanas.

Hormonoterapia consiste en utilizar medicamentos para bloquear la actividad de las hormonas circulantes y su efecto, lo cual puede frenar el crecimiento de tumores. Los síntomas más frecuentes son amenorrea y sofocos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MASTECTOMIZADAS

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio se basan fundamentalmente en recibir a la paciente acomodarla en su unidad y brindarle lo siguiente:

- En este período se evalúa estado de conciencia, sangrados se le controlan las constantes vitales temperatura, respiración, presión arterial, vigilancia de la diuresis y drenajes que trae consigo, anotar la cantidad de orina que hay en la bolsa y la cantidad de contenido en los drenajes.
- Permitir que la paciente se quede tranquila con sus familiares pues será el primer contacto en privado con ellos, lo cual es importante para su salud psicológica, evitando que inicie contacto verbal para evitar la acumulación de gases intestinales durante las 24 horas.
- Brindar una información inicial siempre positiva y si tenemos dudas al respecto, es mejor derivarla al médico que la operó para complementar sus dudas.
- Valorar estado de piel y herida quirúrgica (rubor, calor, inflamación, enrojecimiento)
- Valorar signos y síntomas de alarma (Sangrado, fiebre, infección, náuseas, vómitos).
- Anotar en la Historia Clínica la presencia de color, olor y cantidad de los apósitos y gasas.
- Administrar el tratamiento de antibióticos profilácticos y analgésicos según indicación médica. Valorando el umbral del dolor, e informando al médico para una nueva medicación.

- Disminuir el estado de ansiedad y angustia de las pacientes mastectomizadas por presentarse ante la situación de verse mutiladas factor que socialmente influye mucho en la actitud psíquica.
- Mantener un ambiente cómodo y controlar las constantes vitales, estado de conciencia y vigilancia de diuresis y drenajes, anotar la cantidad de orina que hay en la bolsa y la cantidad de drenaje que trae consigo. Estableciendo una vigilancia periódica de sonda vesical y el drenaje del hemosuc, anotando todas las variaciones que pudieran suceder.
- La enfermera debe comprobar desde el primer momento nunca administrar ningún fármaco que le pueda producir algún problema de tipo alérgico.
- Se establecerán los horarios de cambio de sueros, así como la inclusión en ellos de los fármacos que sean necesarios.
- Mantener la vía heparinizada o salinizada, dependerá del protocolo de atención de cada institución por si es necesario seguir administrando algún medicamento por vía parenteral como pueden ser analgésicos o antibióticos. Si por el contrario comienza con náuseas y vómitos, entonces debemos esperar hasta las 24 horas de la operación.
- Mantener habitualmente a la enferma en dieta absoluta unas 24 horas, aunque esto puede variar según los diferentes protocolos de atención de los diferentes hospitales Entre las 6 u 8 horas después de la intervención se puede iniciar tolerancia digestiva en estos casos.
- Lograr iniciar la tolerancia digestiva, antes de iniciarla, se debería comprobar que existe peristaltismo en el intestino de la paciente. Si esto es así, se procede a la administración pausada de líquidos (agua o manzanilla) para ver cómo responde la paciente.
- Valorar a la paciente las horas que ha tolerado sin producir vómitos o náuseas, Luego se procederá a retirar la sonda vesical y los sueros que la paciente llevaba, desde la intervención quirúrgica.

- Proporcionar la ingesta de alimentos sólidos se inicia con una alimentación de transición (dieta blanda) para en un máximo de 24 horas, continuar con una dieta normal.
- Coordinar con el médico para la realización de las curaciones necesarias de la herida operatoria.
- Educar a la paciente sobre la prevención de complicaciones. Y los cuidados que debe de manejar dentro del Post operatorio.
- La enfermera será la encargada de brindar a la paciente las últimas recomendaciones sobre los cuidados de la herida, así como para el retiro de puntos, se puede hacer a partir de los 8 a 10 días en la consulta.
- El cuidado de enfermería debe mantener durante estos días a ayudar a superar el estrés, así como ayudarla a enfrentarse a su nueva situación física y sobre todo educarla sobre el objetivo del drenaje linfático de la axila para evitar que la mano y el brazo afectos tengan complicaciones.
- Estos cuidados, corresponden al equipo de enfermería pues son los profesionales que durante el postoperatorio van a estar en constante contacto con la paciente y sus familiares. Cuando llegue el momento del alta, se le facilitará el informe provisional del tipo de intervención que se le ha realizado, así como los cuidados y complicaciones postoperatorias.
- Informar a la paciente sobre cambios en la evolución, si existiera complicaciones mayores acercarse al médico para el debido tratamiento.

Teoría de Enfermería.

El estudio se sustenta en la teoría de Dorotea Orem, teorista que sostiene que, el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados. (11)

Para Orem, el autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc., con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

El modelo consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Los cuidados de enfermería constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados. Asimismo, la asistencia de compensación total cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado, compensación parcial cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de enfermería, y el apoyo educativo cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

CAPÍTULO II

2.1. DATOS DE FILIACIÓN

✓ Nombre del paciente	:	C. V. M. J.
✓ Fecha de Nacimiento	:	05/02/1960
✓ Edad	:	57 años
✓ Dirección	:	José Martín N° 1716 – La Esperanza
✓ Fecha de ingreso al servicio	:	15/02/17
✓ Persona responsable	:	Su familia
✓ Procedencia	:	Cañete
✓ Estado civil	:	Soltera
✓ Grado de instrucción	:	Secundaria completa
✓ N° de hijos	:	Ninguno
✓ Religión	:	Católica
✓ Peso	:	56 Kg
✓ Talla	:	1.65 cm

Diagnostico medico:

Mastectomía Radical Izquierda + Linfadenectomía Axilar Izquierda

Antecedentes personales:

Antecedentes patológicos : HTA hace 2 años en tratamiento.

Cirugías : Histerectomía total hace 07 años

Antecedentes familiares:

Paciente refiere que su madre es hipertensa y lleva un tratamiento regular.

Motivo de la consulta:

1 mes antes del ingreso paciente refiere que mama se incrementa de volumen, sigue movable y con ligero dolor a la palpación, presenta irregularidades.

2.2. SITUACIÓN PROBLEMA.

Paciente con iniciales C. V. M. J. de 57 años procedente de Cañete.

Paciente refiere "me duele la herida, no puedo moverme, el dolor es como punzada", tengo miedo enfermedad, además refiere cuánto demorara su recuperación.

A la observación despierta, pálida, LOTEPE, fascie de dolor y preocupación, ventilando espontáneamente. Se observa herida operatoria en mama izquierda cubierta con apósitos y vendaje elástico.

A la palpación mama con escala de EVA 8/10 con drenaje hemovac a presión negativa con secreción hemáticas + o - 100cc a la auscultación buen pasaje de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, con vía periférica y M.S.D. pasando CINA 9%/1000 cc a 40 gtas por minuto, micción espontánea.

Funciones vitales:

PA : 120/60 mmHg

F.C. : 100x'

F.R. : 26x'

SPO2 : 98%

Temperatura: 37°C

Exámenes auxiliares:

- Hematocrito: 37.4%
- Hemoglobina: 11,5 mg/dl
- Glucosa: 88 mg/dl
- Grupo sanguíneo: O RH +
- Urea: 28 mg/dl
- Creatinina: 1 mg/dl

Indicaciones médicas:

- Reposo
- Dieta blanda
- CINA 9 /1000 cc E.V I y II c/24 h.

- Tramadol 50 mg. VE c/8 hrs.
- Ranitidina 50 mg E.V. c/8 h.
- Metamizol condicional a $T^{\circ} \geq 38.3$
- Ceftriaxona 2 gr c/24 EV
- Dimenhidrato 50 mg condicional a náuseas y vómitos
- Denar Hemovac c/24 hrs.

ORGANIZACIÓN DE DATOS POR DOMINIOS

DOMINIOS	DATOS
Dominio 1: Promoción de la salud	Conoce su enfermedad, tratamiento y complicaciones, colabora con el personal de salud.
Dominio 2: Nutrición	Peso: 56 Kg; Que ha notado una disminución en el apetito y pérdida aproximadamente de 6 kg en los últimos 6 meses. I.M.C. 20.9
Dominio 3: Eliminación e intercambio	Micción espontánea Orina de color clara aprox. 2000 ml en 24 horas
Dominio 4: Actividad/Reposo	Paciente con diagnósticos de pos operada inmediata de mastectomía izquierda presenta herida operatoria en el tórax izquierda F.C. 100 F.R. 26x' P.A. 130/90 mmHg
Dominio 5: Percepción/Cognición	Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona con la capacidad para toma de decisiones. Refiere tener conocimiento de procedimiento quirúrgico, de tratamiento y las complicaciones.
Dominio 6: Autopercepción	Paciente refiere preocupación por su estado de salud.
Dominio 7: Rol/Relaciones	Paciente soltera, sin hijos refiere vivir con su hermana, tiene una buena relación y comunicación con su familia.

Dominio 8: Sexualidad	
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Paciente refiere que tiene la aceptación y el apoyo de su familia, vive con su hermana con tiene buenas relaciones
Dominio 10: Principios vitales	Paciente refiere que es católica y pone en práctica su religión, asimismo confía en Dios y dice que su enfermedad no transfiere en su práctica religiosa.
Dominio 11: Seguridad y protección	Paciente sometida a cirugía con herida operatoria aprox. 15cm con temperatura de 37° con vía periférica e M.S.D presencia den apósitos y vendajes limpios y secos con dren hemovac a presión negativa.
Dominio 12: Confort	La paciente manifiesta un dolor en zona operatoria con EVA 8/10. F.C. 100X' F.R: 26x' T° : 37°C Se encuentra en un ambiente confortable dada por la atención del personal de salud, ventila espontáneamente

LISTADO DE DIAGNÓSTICOS

1. Discomfort R/C dolor e/p fascie de dolor Escala. EVA 8/10 F.C. 100x'. F= 26x'
2. Deterioro de la integridad cutánea R/C incisión quirúrgica e/p herida operatoria de mama izquierda
3. Alteración de la nutrición por defecto R/C a la ingesta inferior a las necesidades. e/p Peso 56Kg. Talla 1.65
4. Trastorno de imagen corporal R/C cirugía e/p extirpación de la mama.
5. Ansiedad R/C a actual estado de salud e/p fácil de preocupación verbalización de cuanto demorara su recuperación.
6. Riesgo de alteración del patrón respiratorio R/C con las complicaciones de la cirugía.
7. Riesgo de infección relacionado con proceso invasivo.

CAPÍTULO III

3.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivo Paciente refiere dolor : “como punzada” en zona operatoria EVA 8/10</p> <p>Datos objetivos: F.C. 100 x’ F.R. 26x’ P.A. 130/90 mmHg</p>	<p>Discomfort R/C dolor e/p fascie de dolor Escala.EVA 8/10 F.C. 100x’ F= 26x’</p>	<p>Paciente verbalizará disminución del dolor en escala de EVA 4/10 mediante las intervenciones de enfermería al cabo de las 2 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se valoró el dolor que incluye, localización, características, duración y factores desencadenantes • Se administra tramadol 50 mg diluido en C1Na100cc y se pasa en infusión lenta de 1 hora. • Se educar a la paciente a vigila su propio dolor. • Se brinda comodidad y confort haciendo que opte posición antálgica. 	<p>Paciente manifiesta EVA 2/10 F.C. disminuye a 80x’ F.R. 22x’</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos Paciente pos operada de mastectomía radical izquierda</p> <p>Datos objetivos Herida operatoria de aprox. 15 cc T° : 37° C</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C incisión quirúrgica e/p herida operatoria de mama izquierda</p>	<p>Paciente recuperara su integridad cutánea mediante el cuidado adecuado en zona quirúrgica durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>Se controla los signos vitales en especial la T°: 37°</p> <p>Se valora el estado de la piel: calor, rubor.</p> <p>Valora la herida operatoria en cada cambio de apósito Se realiza limpieza y curación de la herida operatoria.</p> <p>Se administra el Ceftriaxona 2 gr E.V. lento y diluido</p> <p>Realizar anotaciones de enfermería en la Historia clínica</p>	<p>Paciente presenta T° < 37°C</p> <p>Herida en buen estado de cicatrización.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivo Paciente ha disminuido 6k de peso en los últimos meses por motivo de su enfermedad</p> <p>Datos objetivos Su peso actual 56Kg. Talla 1.65 IMC 20.9</p>	<p>Alteración de la nutrición por defecto R/C a la ingesta inferior a las necesidades. e/p Peso 56Kg Talla 1.65</p>	<p>Paciente restablecerá su estado nutricional progresivamente.</p>	<p>Se controlará el peso semanalmente.</p> <p>Se proporcionará dieta rica en proteínas durante su hospitalización</p> <p>Se le educa a lo paciente para los hábitos alimenticios en casa.</p> <p>Se motiva a la ingesta de alimentos de alimentos ricos en proteínas, consumo de verduras, frutas</p> <p>Motiva a que control su peso.</p>	<p>Paciente mejora su peso nutricional aumentando el peso.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivo Paciente preocupada, ansiosa por su imagen</p> <p>Datos objetivos Muestra miedo</p> <p>Paciente muestra fascie de preocupación, miedo.</p>	<p>Transtorno de imagen corporal R/C la cambios corporales e/p ausencia de la mama izquierda..</p>	<p>Paciente mostrará actitudes de adaptación a su estado actual con ayuda del personal de salud y el apoyo familiar paulativamente.</p>	<p>Se valora el ajuste de la paciente a los cambios de la imagen corporal.</p> <p>Se anima a la paciente a identificar sus virtudes.</p> <p>Se ayuda a la paciente a identificar respuestas positivas a actual estado de salud</p> <p>Hacer que la paciente muestre interés en mejorar su autoestima</p> <p>Se escucha a la paciente sus expresiones de sentimientos y creencias para ayudarle a levantar su imagen corporal.</p>	<p>Paciente se muestra bastante comunicativa y tiene actitudes de adaptación a su actual estado de salud.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos Paciente refiere “ cuanto demorara su recuperación”</p> <p>Datos. objetivos Fascie de preocupación</p>	<p>Ansiedad R/C a actual estado de salud e/p fascie de preocupación.</p>	<p>La paciente mostrará actitudes positivas y de aceptación afrontando al actual estado de salud.</p>	<p>Se escucha las expresiones de sentimientos y creencias</p> <p>Se escucha a la paciente en la toma de decisiones</p> <p>Se coordinó con el psicólogo para terapias psicológicas.</p> <p>Se expresa emociones agradables con la paciente.</p> <p>Se comenta casos de paciente que se han recuperado</p> <p>Se explora con la paciente sus emociones.</p>	<p>La paciente muestra actitudes positivas y de aceptación a la actual realidad de salud y afrontar a la sociedad.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivo Paciente post operada de mastectomía.</p> <p>Datos objetivos Paciente vía periférica MSD Drenaje hemovac T° 37°C</p>	<p>Riesgo de infección relacionado con proceso invasivo.</p>	<p>Paciente mantendrá la temperatura dentro de los límites normales.</p>	<p>Se valora funciones vitales especialmente T°.</p> <p>Se valora el estado de vía periférica</p> <p>Se valora signos de infección en la herida operatoria y los procesos invasivos.</p> <p>Se realiza cambios de vía periférica según protocolo.</p> <p>Se verifica la permeabilidad de la vía periférica</p> <p>Se evalúa características de lo drenado y registrar en la historia clínica (volumen, características, olor)</p> <p>Se verifica la permeabilidad y fijación del dren hemovac en cada turno.</p>	<p>Paciente mantendrá la T° < 37° c.</p>

CONCLUSIONES

1. Dentro del proceso de aceptación de la enfermedad, en primer término las mujeres deben aceptar que la mastectomía, es un proceso diferente, en cada paciente, influenciado por distintos factores como femineidad, temor a las consecuencias, discriminación y posibilidad de someterse a una cirugía, la mayoría de las veces las mujeres no están preparadas para enfrentar el problema, ya que para ellas la mama es muy importante debido a que la sociedad considera parte del cuerpo, como símbolo de la femineidad, la belleza y la sensualidad. La mastectomía es uno de los enfoques terapéuticos que experimenta las mujeres, con la consiguiente mutilación de los pechos, presenta sentimientos de frustración, depresión, vergüenza y la devaluación de la propia autoimagen del cuerpo.
2. Se logró identificar los dominios y clases más afectadas para realizar los cuidados de enfermería, estableciendo las interrelaciones NANDA, NIC y NOC lo que permitió comunicar lo que se realizó, los diagnósticos formulados y resultados esperados; y las intervenciones que se realizó para conseguir las.
3. El personal de enfermería juega un rol muy importante en la información y el cuidado que se brinda al paciente de forma humanística, holística con base científica..

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda elaborar protocolos y/o guías sobre el apoyo psicológico a las pacientes mastectomizadas y familiares a fin de mejorarla calidad de vida y disminuir las complicaciones, Implementar en el servicio de cirugía del INEN, grupos de apoyo o soporte psicológico para el bienestar de las mujeres mastectomizadas objetivando en la recuperación del equilibrio psicosocial.
2. Se recomienda a todo el personal de enfermería a mantenerse actualizado sobre las innovaciones en el área de cirugía utilizando los diagnósticos del NANDA,NIC y NOC.
3. Se recomienda al personal de salud brindar un cuidado integral, humanístico, holístico en todo momento refiriéndose desde el pre-operatorio, intra y post operatorio y hacer un seguimiento de los casos en el servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Noticias del Perú. Mes del cáncer de mama: Tómelo a pecho. Radio Programas del Perú (RPP). 2014.
- (2) Schapira L. Cáncer oncólogo aprobado por la información de la Sociedad Americana de Oncología Clínica. USA: Medwave; 2013.
- (3) Waldemar Zetina Castellanos. Fundamentos teóricos de la investigación. Editorial Paidós. Barcelona: España; 2013.
- (4) Alcaraz M. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama. Valencia: Gaceta Sanitaria; 2012.
- (5) Cáncer de mamas. [Seriada en línea] 2014 [Citado 2014 Abril 20]. Disponible en: http://espanol.pregnancy-info.net/cancer_mamario.html
- (6) Causas del cáncer de mama. [Seriada en línea] 2013 [Citado 2013 Enero 24]. Disponible en: <http://www.fosemo.org/files/docs.pdf>
- (7) Factores de riesgo de cáncer de mama. [Seriada en línea] 2011 [Citado 2011 Enero 2]. Disponible en: <http://www.escozul-mexico.com=10146>.
- (8) Síntomas y diagnóstico de cáncer de mama. [Seriada en línea] 2012 [Citado 2012 Junio 12]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com>.
- (9) Diagnóstico del cáncer de mama. [Seriada en línea] 2013 [Citado 2013 Marzo 14]. Disponible en: <http://www.zeltia.com.html>.
- (10) Cómo prevenir el cáncer de mama [Seriada en línea] 2014 [Citado 2014 Marzo 20]. Disponible en: <http://fundacionestudiosmastologicos.es>.
- (11) Marriner A. Teoría de enfermería de Dorothea Orem. Madrid: Elsevier; 2015.

ANEXOS

