



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO
A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE
RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA
EN EL CENTRO ONCOLÓGICO ESTATAL ISSEMyM**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO

MAESTRA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

PRESENTA:

L.E. EDNA JANNET GUTIÉRREZ GARCÍA

ASESORA DE TESIS:

Dra. en Ed. LUCILA CÁRDENAS BECERRIL

REVISORAS

Dra. en C.S. MARÍA DE LOURDES GARCÍA HERNÁNDEZ

Dra. en Enf. BEATRIZ ARANA GÓMEZ



TOLUCA, MÉXICO, MAYO 2014









AGRADECIMIENTOS

A mi Dios, quien supo darme fuerza para seguir adelante y no desfallecer en el intento, por estar a mi lado en cada momento de mi vida y permitirme haber llegado a esta meta tan importante de mi formación profesional.

A mi esposo, por su ayuda e impulsarme a terminar este proyecto y estar al cuidado de nuestra hija Abigail, a quien amo con todo mi corazón. A mi familia por apoyarme en los momentos difíciles.

A la Dra. en Ed. Lucila Cárdenas Becerril como mi directora de tesis, a la Dra. en Enf. Beatriz Arana Gómez, como revisora de tesis, a la Dra. en C.S. María de Lourdes García Hernández por su apoyo constante e incondicional como revisora de mi tesis, sin su apoyo este trabajo no se hubiese concluido.

¡Gracias!



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	18
OBJETIVO GENERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
SUPUESTO.....	21

CAPÍTULO I

DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
--------------------------	----

CAPÍTULO II CÁNCER DE MAMA

2.1 Concepto de cáncer de mama.....	29
2.2 Epidemiología del cáncer de mama en México.....	29
2.3 Factores de riesgo.....	30
2.4 Histopatología.....	32
2.5 Manifestaciones clínicas y diagnóstico.....	33
2.6 Estadificación.....	34
2.7 Modalidades de tratamiento.....	34
2.8 Efectos secundarios de la quimioterapia.....	38

CAPÍTULO III CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

3.1 Cuidado profesional de enfermería.....	44
3.2 Espiritualidad y cuidado.....	46
3.3 Finalidad de los cuidados de salud.....	48
3.4 Patrones de conocimiento.....	50
3.5 Funciones de Enfermería.....	55
3.6 El cuidado en el hogar del paciente.....	56
3.7 Concepto de intervenciones de enfermería.....	59



3.8 Clasificación de las intervenciones de enfermería	59
3.9 Intervenciones de enfermería a pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria	60
3.9.1 Prioridades en la enseñanza de la paciente que recibe quimioterapia.....	71
3.9.2 El profesional de enfermería como educador	72
3.9.3 Clasificación de los métodos en educación para la salud según la OMS.....	74
3.9.4 Educación para la salud.....	81

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	83
CONCLUSIONES	105
SUGERENCIAS.....	108
PROPUESTA DE PROGRAMA EDUCATIVO.....	111
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	138
ANEXOS.....	142



INTRODUCCIÓN

El cáncer desde el punto de vista biológico es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; a nivel mundial, este padecimiento es responsable de un número importante de muertes (Herrera, et al., 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en 2008, fallecieron 7.6 millones de personas, aproximadamente 13% del total de fallecimientos, y estima que para 2030, aumentará a 13.1 millones (OMS, 2013).

El cáncer de mama es un crecimiento irregular de las células anómalas del tejido mamario; en México es la segunda causa de muerte. Cabe mencionar que de acuerdo al estadio clínico en el que se detecte el cáncer de mama, existen diversas modalidades de tratamiento como la cirugía, quimioterapia y radioterapia.

En el Centro Oncológico Estatal (COE) del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) brinda tratamiento al 70% de la población femenina que es diagnosticada con éste padecimiento, incluye a las pacientes derechohabientes como a las pacientes atendidas en el programa del seguro popular diagnosticadas en su unidad adscrita; para fines de ésta investigación se consideró únicamente la quimioterapia, ya que es uno de los tratamientos en el que las pacientes se enfrentan a múltiples efectos secundarios, producidos por los fármacos antineoplásicos porque destruyen a las células tanto sanas como a las células malignas. En la sala de aplicación de esta institución, el personal de enfermería educa y orienta a la paciente y familiares antes, durante y al finalizar el tratamiento, sobre el nombre de los fármacos antineoplásicos, los efectos secundarios, recomendaciones para el cuidado en casa, entregándoles información por medio de un tríptico. No obstante, se ha observado que la información que se les otorga al inicio del tratamiento a las pacientes quizás no sea entendida con claridad, ya que es el momento en el que reciben la noticia de



su diagnóstico y tratamiento, sufriendo un impacto tanto físico, psicológico y social, ya que lo asocian a pérdida por la amputación de la mama o a la muerte, creando desorientación, incertidumbre, falta de conocimientos para la aceptación y realización de sus cuidados, generando así desapego a su tratamiento, ingresos o reingresos a Atención Médica Continua, considerado en esta institución como el servicio de urgencias. En el COE actualmente no se cuenta con un programa educativo, que permita un cuidado en las pacientes con tratamiento de quimioterapia y que brinde orientación oportuna al familiar o cuidador principal, por lo tanto no se hacen visibles, las intervenciones que realiza el personal de enfermería en relación a la enseñanza del cuidado. Por consiguiente surge la inquietud de implementar y proponer un programa educativo, dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria.

Por esta razón el siguiente trabajo de investigación tuvo como objetivo implementar un programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria y familiares en el COE del ISSEMYM, por consiguiente el supuesto que se dio, es que la implementación de este programa orientará durante y posterior al tratamiento de la enfermedad. Por ello es necesario enseñar al familiar o cuidador principal y a la paciente los cuidados esenciales en casa, a identificar los signos de alarma para mantener en condiciones de bienestar a la paciente que recibe quimioterapia y cuidadores principales e implementarse como propuesta en el área de quimioterapia del COE, para brindar un cuidado de enfermería desde una filosofía más humanista e individual e identificar los cambios significativos de aprendizaje, de cómo cuidar su salud, brindando la información de manera oportuna y continua, así durante el proceso de la enfermedad y del tratamiento, sus dudas sean aclaradas, teniendo una adaptación eficaz y sean partícipes en su tratamiento.

La innovación de esta investigación a diferencia de otras investigaciones de enfermería es que centrado en tres fases a saber, de diagnóstico: encaminada a



identificar las necesidades de aprendizaje y el diseño del programa educativo; de intervención dirigida a la aplicación del programa educativo y de evaluación, destinada a valorar evaluar el aprendizaje antes y después de la aplicación del programa educativo.

El diseño metodológico se desarrolló a partir de un enfoque estructural, con un abordaje metodológico cualitativo, centrado en tres fases a saber: diagnóstico, intervención y de evaluación. La población objeto de estudio fueron pacientes de nuevo ingreso y subsecuentes con diagnóstico de cáncer de mama, en un total de cinco pacientes y cinco familiares, considerados como cuidadores principales.

Para el desarrollo de la fase de diagnóstico, se empleó como instrumento para la recolección de datos, pre-prueba, una guía de entrevista, con preguntas abiertas dirigidas a identificar las necesidades de conocimiento de las pacientes y cuidadores principales, previo consentimiento informado. La técnica utilizada fue la entrevista individual, con una conversación directa, tomando como criterios de inclusión a las pacientes con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia, de nuevo ingreso y subsecuentes, familiares o cuidadores principales. Por lo tanto se excluyeron a las pacientes con cáncer de mamas en quimioterapia ambulatoria pertenecientes al área de protocolo, pacientes o cuidador principal que no aceptaron participar en la investigación y a la paciente o cuidador, que no firmaron el consentimiento informado.

Los resultados se centraron en el análisis de contenido que inició después de la transcripción de las entrevistas y continuó durante todo el proceso de investigación; se compararon constantemente los resultados para identificar el diagnóstico de la situación a estudiar. Para ello fue necesario fundamentar la investigación con aspectos teóricos metodológicos por lo cual el trabajo está integrado por cinco capítulos. En el primero incluye el tema del cáncer de mama, haciendo referencia a sus principales factores de riesgo que predisponen a la



población femenina a esta patología, en consiguiente se hace mención de las principales modalidades de tratamiento haciendo énfasis a la quimioterapia con sus principales esquemas de tratamiento y efectos secundarios. El segundo capítulo hace hincapié al cuidado espiritual y humanista, al manifestar la importancia de la educación y el contacto enfermera, pacientes y familiares, ya que el brindar una sonrisa, un abrazo, una palabra de apoyo, también ayuda a las pacientes a sobrellevar el proceso de su enfermedad, el apego a su tratamiento y con la educación, enseñar los cuidados que deben realizar para disminuir las complicaciones de los efectos secundarios del tratamiento. También hace énfasis a la clasificación de las intervenciones de enfermería que el personal realiza en la sala de quimioterapia, haciendo referencia a las prioridades de enseñanza a la paciente y familiar, la importancia del personal de enfermería en su función de educadora y los principales métodos de educación para la salud según la OMS (2004).

El involucrar a la familia en el cuidado de la paciente con cáncer y con tratamiento de quimioterapia, es con la finalidad de evitar en la paciente aislamiento social, con la pérdida del rol familiar, para que todos los miembros se involucren, evitando la angustia, el estrés, la tristeza o el síndrome de carga del cuidador principal. Por lo tanto también se incluye en el marco referencial la propuesta del programa educativo.

Los resultados muestran que las pacientes tienen necesidades de conocimiento con referencia a su padecimiento, el nombre de los fármacos que se les administra, duración del tratamiento, efectos secundarios específicos de acuerdo al esquema recibido, complicaciones de los efectos secundarios, cuidados en el hogar posterior a la administración de la quimioterapia, y cuándo acudir a una atención de salud. Las necesidades de conocimiento de los familiares o cuidadores principales fueron en relación al padecimiento de la paciente, los factores de riesgo que se asociaron a su patología, tipos de tratamiento, efectos



secundarios específicos de los fármacos que se administran, cuidados en el hogar y cuándo acudir a atención de salud.

En base a los resultados se obtiene que el implementar un programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria y familiares en el COE del ISSEMYM, enseñó a las pacientes y familiares los cuidados específicos en casa, proporcionándoles información clara, de manera oportuna y continua, para disminuir las complicaciones de los efectos secundarios del tratamiento, manteniendo en condiciones de bienestar a la paciente que recibe quimioterapia ya que en el transcurso de su enfermedad y tratamiento, presentan diversos cambios, como el de su imagen personal, los hábitos alimenticios, cambios en la relación familiar, con su pareja o hijos, por lo tanto se pueden considerar como experiencias significativas, porque desde el diagnóstico de cáncer aunado al tratamiento, ellas lo relacionan a muerte, y en este lapso, es importante que el personal de enfermería proporcione la información necesaria, con humanismo, para confortar ese dolor tanto de la enfermedad como de la pérdida de una parte de su cuerpo y los efectos secundarios provocados por su tratamiento de quimioterapia, para que la paciente se haga partícipe en el tratamiento de su enfermedad y no pierda la motivación de cuidarse para sentirse confortable, pero sobre todo con seguridad de la atención que está recibiendo por el personal de enfermería que le brinda cuidados.

En consecuencia a lo anterior el implementar un programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria y familiares en el COE del ISSEMYM, tiene como finalidad, enseñar a las pacientes y familiares los cuidados específicos en casa, proporcionándoles información clara, de manera oportuna y continua, para disminuir las complicaciones de los efectos secundarios del tratamiento, fomentando el autocuidado y el apoyo familiar, impartiendo de manera humanista e individual.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en 2008, fallecieron 7.6 millones de personas, aproximadamente 13% del total de fallecimientos, y estima que para 2030, aumentará a 13.1 millones (OMS, 2013). En México, según la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), el cáncer es la tercera causa de muerte y estima que cada año se detectan 128 mil casos nuevos (Secretaría de Salud [SSA], Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud [SPPS], 2013). “El diagnóstico de cáncer de mama suele ser un hecho negativo, catastrófico, y de profunda crisis vital, porque se asocia directamente a sufrimiento y muerte” (Parra, 2003: 67).

El cáncer de mama tiene cuatro modalidades de tratamiento que son: la cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento biológico, los cuales se decidirán de acuerdo al estadio clínico y a los objetivos de curación, control o alivio de los síntomas que causa la enfermedad. Para fines de esta investigación, se hizo énfasis en el tratamiento de quimioterapia ya que “se ha convertido en el estándar para el tratamiento de la asistencia de las pacientes, el objetivo de los fármacos antineoplásicos es destruir las células tumorales, pero también actúan sobre células sanas de multiplicación rápida, por lo tanto los efectos secundarios son manifestaciones del daño ocasionado a este tipo de células orgánicas” (Lemone, 2009: 388).

Estudios recientes, como el realizado en España titulado “*Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes con cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia*” (Terol, et al., 2000), tuvo como objetivo, evaluar y comparar la calidad de vida y el estado emocional (ansiedad y depresión) de 21 pacientes oncológicos al inicio y en sus últimos ciclos de quimioterapia, obteniendo como resultados, que en las fases iniciales, el ajuste a la enfermedad y tratamiento produce un mayor impacto en el aspecto social y su calidad de vida,



por lo tanto hace relevancia que en esta etapa, se brinden conductas de apoyo como: visitas, hacer tareas por el paciente, invitarle a participar en actividades sociales o de ocio. En la etapa final de tratamiento la percepción de la condición física empeora y aparecen la discapacidad funcional y la ausencia de relaciones sociales, lo que provoca depresión o ansiedad en el paciente, por ello, se debe valorar la movilización de las redes de apoyo para mejorar su calidad de vida.

Otro estudio realizado en Costa Rica (Paniagua, *et al.*, 2011), tuvo como fin último apoyar en los “*Cuidados básicos en el hogar a las personas en tratamiento quimioterapéutico*”, menciona el empleo de un enfoque andragógico, el cual consiste en centrar un estudio de métodos, estrategias, técnicas y procedimientos hacia una orientación eficaz, para cuidar a personas con tratamiento de quimioterapia” (Caraballo, 2007: 192). El autor proporciona las herramientas necesarias para el desarrollo de programas de capacitación, en donde los cuidadores en el hogar de personas que padecen cáncer y que están sometidas a tratamiento de quimioterapia, deben ser capacitados de forma efectiva para que proporcionen un cuidado básico inmediato, de forma integral e incrementen la capacidad de afrontamiento de las muchas experiencias a las que están expuestos.

En Colombia (Parra, *et al.*, 2011), el estudio “*Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia*”, utilizó un método cualitativo-interpretativo, con herramientas de la teoría fundamentada. Obteniendo como resultados, el desarrollo de categorías de comprensión de fenómeno como las experiencias de cambio en la corporalidad y reacciones emocionales, significados de tratamiento, creencias, experiencias con otros pacientes, el equipo médico, la familia y la comunidad. En sus conclusiones, muestra que las mujeres aceptan los cambios en su vida, pero admiten la necesidad de acompañamiento psicológico durante el proceso para evitar sufrimientos innecesarios.



Por otro lado en México (Alvarado, *et al.*, 2011), realizaron un estudio sobre “*Adaptación psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia o quimiorradioterapia*”, dicho estudio fue descriptivo, llegando a la conclusión que en el proceso de adaptación, es elemental considerar las características clínicas del cáncer, la localización tumoral, el esquema terapéutico, la edad, etc., ya que esto hace complejo el estudio del proceso de adaptación psicosocial y presencia de síntomas psicológicos, en pacientes con cáncer colorrectal.

En el COE, el cáncer de mama es una de las patologías con mayor población, brindando atención oncológica a la paciente derechohabiente y no derechohabiente, ésta última considerada en el programa federal del seguro popular de las cuales se atienden a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y cervico uterino, siendo el principal tratamiento la quimioterapia. De acuerdo a los estándares centrados en la atención a la Educación del Paciente y su Familia (PFE), la educación ayuda a mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención. Educar en el cuidado, tiene lugar cuando el paciente interactúa con los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, nutriólogos, etc. La orientación que se brinda a estas pacientes en el COE es de acuerdo a las políticas y al manual del servicio de quimioterapia, en el cual, en uno de los apartados, refiere que la orientación de la paciente la inicia el personal de trabajo social, planteándose como: “*procedimiento mediante el cual se informa y orienta a la paciente y/o familiares de los trámites a realizar antes de iniciar quimioterapia*”. El personal de enfermería, en sala de quimioterapia, antes y durante el tratamiento, informa a las pacientes, el nombre de los fármacos citotóxicos y los efectos secundarios. Al final de la quimioterapia, el personal de enfermería, entrega a las pacientes y familiares, un tríptico, que contiene todo lo relacionado a los efectos secundarios y recomendaciones para el cuidado en casa. No obstante, la orientación no es oportuna y constante, ocasionando desorientación, falta de conocimientos para la aceptación de sus cuidados y generando complicaciones.



La paciente que recibe quimioterapia necesita saber el tratamiento y procedimientos que se le realizarán; así como los efectos secundarios, durante y después de la administración del mismo, sin importar que sean de nuevo ingreso o subsecuentes. Asignando el término de pacientes de nuevo ingreso, cuando a través de la unidad funcional de mama, ingresan a su primer ciclo de quimioterapia, y el término de paciente subsecuente, cuando a las pacientes, ya se les administraron más de dos ciclos de quimioterapia. Algunas de ellas refieren que no se les ha dado información, otras, que sí recibieron información, pero que en ese momento no la recuerdan, o bien, tienen el tríptico que se les entregó al inicio de su tratamiento, pero no lo han leído.

Se ha observado que la información otorgada al inicio del tratamiento a las pacientes quizás no sea entendida con claridad al momento de recibir la noticia de su tratamiento, el nombre de los medicamentos, la duración y los efectos secundarios que tendrán, generando así desconocimiento, dudas e incertidumbre sobre sus cuidados. Al enseñar a la paciente y familia sobre su padecimiento, sus cuidados y signos de alarma que deben ser identificadas a tiempo, ayudarán a que la paciente con quimioterapia identifique en qué momento acudir a recibir atención de salud. Así mismo el familiar se sentirá apoyado al recibir información sobre los cuidados que debe brindar en el hogar a su paciente, porque “el proceso de adquirir el rol de educador, es de suma importancia, ya que influye sustancialmente en la forma en que después se presentarán los cuidados y en cómo se sienten los cuidadores” (Pinto, 2002: 249). Por lo cual surge la inquietud de implementar y proponer un programa educativo, dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria.



JUSTIFICACIÓN

El programa educativo tiene como propósito proporcionar información a la paciente y su familia, sobre los cuidados que debe realizar durante su tratamiento. Puesto que las pacientes que se enfrentan a la cirugía, especialmente a la mastectomía radical modificada, genera en ellas miedo, depresión, inseguridad y aislamiento; por otro lado, recibir un tratamiento como es la quimioterapia, para erradicar la enfermedad micro metastásica, el cual representa sólo un intento para demorar la progresión del cáncer, altera la función en el sueño, apetito y la sexualidad, así mismo tiene alteraciones psicológicas representadas por la ansiedad, depresión, agresividad, preferencias por estilos de afrontamiento pasivos o activos, alteración del autoestima, confianza y aislamiento social; en el aspecto biológico, el cambio en la imagen corporal. De la misma manera si hablamos de la radioterapia, es un tratamiento más agresivo y genera lesiones óseas sumamente dolorosas, requiere de cuidados continuos, que debe realizar el familiar y la paciente, por ello “el cuidado de enfermería tiene como fin dar respuesta efectiva a los problemas de la persona, utilizando procedimientos comunicativos y participativos que permitan interactuar en condiciones de realidad” (Cárdenas, *et al.*, 2009: 85).

Por ello es necesario enseñar al familiar y la paciente los cuidados esenciales en casa, y a identificar los signos de alarma, con el objetivo de mantener en condiciones de bienestar a la paciente que recibe quimioterapia. En el COE actualmente no se cuenta con un programa educativo que brinde orientación oportuna, por lo tanto, no se hacen visibles las intervenciones que realiza la enfermera en relación a la enseñanza del cuidado.

De ahí la importancia de implementar un programa educativo dirigido a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que reciben quimioterapia, y a sus familiares, para identificar los cambios significativos en las pacientes que reciben



la enseñanza de cómo cuidar su salud, y que esta información se brinde de manera oportuna y continua, para que en el proceso de la enfermedad y del tratamiento, sean aclaradas sus dudas, teniendo una adaptación eficaz y sean partícipes en su tratamiento.

El diseño del programa educativo como resultado de esta investigación, será una propuesta para implementarlo en el servicio de quimioterapia del COE, y facilitar la enseñanza del cuidado, ayudando en la adaptación a la enfermedad, y al tratamiento, con ello, mejorar la calidad de vida fomentando el cuidado, la capacidad de trabajar y de participar en sus actividades.

La innovación de esta investigación, a diferencia de otras investigaciones de enfermería, es que incluye las etapas de diagnóstico, intervención y evaluación, implicando al personal de enfermería desde una filosofía de cuidado más humanista, ya que en este tipo de pacientes, son varios los factores que intervienen en el proceso emocional.



OBJETIVO GENERAL

Aplicar un programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria y cuidador principal en el COE del ISSEMYM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar la información que tiene la paciente que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria y el cuidador principal, reconociendo las necesidades de conocimiento sobre su enfermedad, tratamiento y complicaciones.
- 2.- Elaborar un programa educativo tomando en cuenta las necesidades de conocimiento de las pacientes y familiares.
- 3.- Evaluar el programa educativo posterior a su aplicación para identificar las necesidades de las pacientes y familiares.



SUPUESTO

La aplicación de un programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria y familiares en el COE del ISSEMyM, sobre los cuidados en el hogar, orientará durante y posterior al tratamiento de la enfermedad.



CAPÍTULO I DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación tiene como objetivo aplicar un programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama, que reciben quimioterapia ambulatoria en el COE ISSEMYM, para guiarlas en el cuidado y control de los efectos secundarios del tratamiento. Desarrollándose a partir de un enfoque estructural, con la finalidad de analizar el problema de la situación, identificando las necesidades de conocimiento de las pacientes y familiares con referencia a su cuidado en el hogar. Se considera de tipo exploratorio, ya que se empleó un diseño pre-post-prueba, por medio de una guía de entrevista, analizando y comparando los resultados previos y posteriores (Gerrish, *et al.*, 2008: 242).

La investigación inició el mes de febrero del 2012 a noviembre del 2013, su ubicación fue el Centro Oncológico Estatal, dicha institución es una unidad médica del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, orientada a proporcionar a sus derechohabientes atención oncológica, fue creada a través de la detección de un severo problema de salud dentro de la población derechohabiente ISSEMYM, donde existe una gran incidencia de neoplasias y fallecimientos por cáncer, por lo que el Instituto plantea un modelo de atención completo para pacientes con cáncer. En sus objetivos considera, ser una unidad médica del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, con autonomía técnica para el ejercicio de sus atribuciones y cuyo propósito principal, de carácter sustantivo, se encuentra orientado a proporcionar atención médica oncológica de tercer nivel, así como promover la enseñanza e investigación en materia de salud, en su su misión “ser un centro de excelencia en oncología, en las áreas de investigación, docencia y asistencia, que otorga a los pacientes los servicios médicos con la máxima calidad, dignidad y ética con las mejores prácticas en prevención, diagnóstico y tratamiento, con la participación del personal que tendrá la más alta capacitación, motivación y compromiso”, en su



visión, “ser el centro rector de excelencia en cáncer en el Estado de México, con reconocimiento nacional e internacional”. La atención con calidad va encaminada a proporcionar toda información necesaria para el paciente y su familia, para que esté en participación activa durante su tratamiento, colaborando en sus cuidados.

El abordaje metodológico fue cualitativo, ya que de acuerdo a Coffey, *et al.*, (2005), “es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social, con el cuidado como objeto de estudio y de trabajo con el ser humano, en sus dimensiones individual y colectiva”, por lo cual se realiza mediante el método hermenéutico en la interpretación de los datos, centrado en tres fases a saber: de diagnóstico, intervención y de evaluación, las cuales se presentan a continuación.

Fase de diagnóstico

El trabajo inicia en la búsqueda de información, se acudió a la biblioteca de la Facultad de Enfermería y Obstetricia para la revisión de libros, se buscó información en revistas indexadas en la base de datos de Redalyc, en base a ello, se formularon los núcleos y subnúcleos temáticos, que se presentan a continuación, realizando la descripción de los mismos.



NÚCLEOS TEMÁTICOS



Fuente: realización propia, Febrero 2013.

Núcleos y subnúcleos temáticos

Se utilizaron para la estructuración del marco teórico y la guía de entrevista a las pacientes y familiares con referencia al conocimiento de su diagnóstico qué es el cáncer de mama, por lo tanto implica el saber sobre el tratamiento que va a recibir, desde el nombre del mismo, la duración, los efectos secundarios posteriores a su aplicación, para que la paciente pueda identificar los signos de alarma.

Por lo tanto la intervención del personal de enfermería en su función de educadora radica en identificar las necesidades de educación de cada paciente y



familiar o cuidador principal, y así proponer un programa educativo con el objetivo de identificar los signos de alarma para una atención oportuna.

Posteriormente se realizó el registro de protocolo de tesis, el ocho de octubre del 2012 a la Secretaría y Dirección de Investigación y Estudios Avanzados, de la Universidad Autónoma del Estado de México con número de registro: MEFONC-1012 (anexo 1). Para la realización de esta investigación, fue necesario presentar el proyecto de investigación, ante el Comité Científico de Bioética e Investigación del COE ISSEMYM, el cual evaluó la factibilidad de la investigación y dio pauta para realizar el proyecto en la institución, el veinte de mayo del 2013, con el registro COE/CCBI/014 (anexo 2).

La población objeto de estudio, fueron cinco pacientes y cinco familiares, considerados como cuidadores principales.

Se establecieron como criterios de inclusión a las pacientes con cáncer de mama que recibieron quimioterapia ambulatoria, de nuevo ingreso valoradas en la unidad funcional, las cuales reciben tratamiento neo adyuvante, pacientes subsecuentes (que han recibido más de dos ciclos de quimioterapia) con quimioterapia paliativa y familiar o cuidadores principales.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con cáncer de mama que recibieron quimioterapia ambulatoria pertenecientes al área de protocolo, pacientes que no aceptaron participar en la investigación, familiar o cuidador principal de la paciente que no aceptó participar, pacientes y familiares que no firmaron el consentimiento informado, o que no acudieron a la aplicación del instrumento y/o al desarrollo del programa educativo.

El presente estudio se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en su título segundo, referente a los aspectos éticos de la



investigación en seres humanos, que en su capítulo I contempla que por tratarse de un estudio de riesgo mínimo (Art.17) y experimental debe preverse la asignación aleatoria imparcial (Art.15). Como indica en el capítulo V, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente y familiares.

El instrumento para la recolección de datos, fue una guía de entrevista de tipo semi-estructurada, con preguntas abiertas, dirigidas a identificar las necesidades de conocimiento de las pacientes y familiares sobre su patología, tratamiento, efectos secundarios, complicaciones, cuidados en el hogar y signos de alarma para acudir a una atención de salud oportuna.

La técnica utilizada fue una entrevista individual, directa, considerando los criterios de inclusión y exclusión, realizando la revisión de los expedientes, para conocer historia clínica, hospital del cual fue referida la paciente al COE, para identificar a las pacientes de nuevo ingreso, las subsecuentes y conocer la línea y esquema de tratamiento. A continuación se inició la interacción con la paciente y familiar o cuidador principal, dándoles a conocer el nombre del programa educativo, explicando los objetivos de la investigación, al aceptar firmaban el consentimiento informado (anexo 3).

Posteriormente en un consultorio del COE se invitó a la paciente y familiar a ponerse cómodas (os), procurando un ambiente tranquilo, sin factores externos que interrumpieran la comunicación. Las preguntas que se realizaron, estuvieron dirigidas a identificar la información que posee la paciente que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria, sobre su tratamiento, cuidados en el hogar, complicaciones posteriores a la administración del tratamiento y signos de alarma (anexo 4).

La entrevista que se realizó al familiar o cuidador principal se estructuró con el mismo patrón que se efectuó con las pacientes, agregando también, cuántas



horas al día dedica en el cuidado de su paciente (anexo 5). Las entrevistas fueron individuales y flexibles, con una duración aproximada de 30 minutos. Cada una fue grabada en audio y transcrita literalmente, para garantizar la confidencialidad de los datos, no se utilizaron los nombres propios de las pacientes o familiares. Otra evidencia que se obtuvo durante las entrevistas fue el lenguaje corporal de las y los participantes, las cuales se registraron en un diario de campo.

El análisis de la información comenzó después de la transcripción de la primera entrevista y continuó durante todo el proceso de investigación; se compararon constantemente los resultados para identificar el diagnóstico de la situación a estudiar, en el cual, se obtiene que las pacientes tienen necesidades de conocimiento con referencia a su padecimiento, el nombre de los fármacos que se les administra, duración del tratamiento, efectos secundarios específicos de acuerdo al esquema recibido, complicaciones de los efectos secundarios, cuidados en el hogar posterior a la administración de la quimioterapia y cuándo acudir a una atención de salud.

Las necesidades de conocimiento de los familiares o cuidadores principales son en relación al padecimiento de la paciente, los factores de riesgo que se asociaron a su patología, tipos de tratamiento, efectos secundarios específicos de los fármacos que se administran, cuidados en el hogar y cuándo acudir a atención de salud.

Fase de intervención

Después de realizar la fase de diagnóstico, se inició la planeación del programa educativo, el cual se presenta en el capítulo tres, con el siguiente contenido:



- **Unidad no. 1:** cáncer de mama, factores de riesgo, métodos de diagnóstico, modalidades de tratamiento, qué es la quimioterapia y objetivos, definición de ciclo, esquema de quimioterapia, y cómo se administra.
- **Unidad no. 2:** nombre de los fármacos que conforman el esquema de quimioterapia de las pacientes (se individualizó), los principales efectos secundarios y complicaciones de los efectos secundarios.
- **Unidad no. 3:** cuidados específicos en el hogar y signos de alarma.

Posteriormente se aplicó el programa de manera grupal, por medio de exposición oral, con apoyo de presentación en diapositivas en power point (anexo 7) y el desarrollo de técnicas de aprendizaje, para la evaluación de cada una de las unidades, con una duración de una hora treinta minutos. También se implementaron dos trípticos, titulados: Guía para la paciente y familia: quimioterapia y efectos secundarios (anexo 8), el segundo tríptico titulado: cuidados en el hogar de la paciente que recibe quimioterapia y signos de alarma para acudir a Atención Médica Continua (anexo 9). Se intervino en tres sesiones, ya que las programaciones se ajustaron de acuerdo al tiempo de las y los participantes, (la primera y segunda sesión estuvo dirigida a dos pacientes con dos familiares y la tercera a una paciente y un familiar). Al terminar la sesión, los participantes contestaron la guía de entrevista diseñada para evaluar el programa educativo, y así identificar los conocimientos aprendidos (anexo 6).

Fase de evaluación

Se llevó en dos etapas, la primera comprende la descripción y análisis del contenido de la guía de entrevista que evaluó el programa educativo. En la segunda etapa, se realizó la comparación de las respuestas de la primera entrevista con la segunda, efectuando el análisis del contenido.



CAPÍTULO II

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama constituye una de las causas de mayor morbilidad en mujeres de todos los países del mundo. El cáncer de mama comprende un manejo multidisciplinario y el uso de cuatro herramientas terapéuticas fundamentales: la cirugía, quimioterapia, radioterapia y el uso de terapia biológica. El tratamiento quimioterapéutico comprende fármacos, causantes de los efectos secundarios que la paciente experimenta durante el proceso de enfermedad y tratamiento.

El impacto psicosocial del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la mujer y su familia se encuentra dentro de las investigaciones más importantes de la enfermería. Las pacientes necesitan ayuda para integrar la información que reciben, con las opciones de tratamiento después del diagnóstico. La enseñanza de las pacientes es responsabilidad del personal de enfermería, ya que deben tener conocimientos sobre el cáncer de mama y las tendencias actuales en el tratamiento, para poder ayudar a las pacientes durante este proceso.

2.1 Concepto de cáncer de mama

El cáncer de mama es un crecimiento irregular de las células anómalas en el tejido mamario. Los cánceres de mama son neoplasias epiteliales originadas en la unidad ducto lobulillar terminal. El Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI) representa el 85% de las anomalías invasivas, seguido por el Carcinoma Lobulillar Infiltrante (CLI), con 5 a 10 % de los casos (Herrera, et al, 2006: 470).

2.2 Epidemiología del cáncer de mama en México

“Entre las mujeres mexicanas, el carcinoma mamario es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer cérvico uterino. Según datos del Instituto



Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1990 ocurrieron 2,230 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 1.67% del total de defunciones ocurridas en mujeres de 25 años y más. En 1994 dicha cifra fue de 2,785 (1.90%) muertes y para 1998 aumentó a 3,380 (2.1%) fallecimientos. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi nueve mujeres cada día, lo que representa la muerte de una mujer cada dos horas y media aproximadamente” (NOM-041-SSA2, 2002:1).

2.3 Factores de riesgo

El riesgo de cáncer mamario puede expresarse como el riesgo de padecer la enfermedad o de morir a consecuencia de ella. Los factores de riesgo asociados al cáncer de mama se presentan en éste capítulo, de acuerdo Herrera, *et al.*, (2013), al menos 60% de los casos carece de algún factor de riesgo identificable, por lo que en principio, todas las mujeres se encuentran en riesgo.

a. Antecedentes familiares de cáncer de mama y factores de riesgo

hereditarios: muchos medios demuestran que el riesgo de que una mujer padezca cáncer de mama aumenta con el número de parientes afectadas, Se observa una relación especialmente intensa en las mujeres con parientes diagnosticadas de cáncer de mama ante la menopausia. Entre el 10% y el 20% de las mujeres con cáncer de mama tiene una pariente en primer o segundo grado afectada por este cáncer y el 50% manifiesta tener al menos una paciente en cualquier grado con cáncer de mama. Aproximadamente el 5% de las mujeres con cáncer de mama tiene un antecedente familiar que apunta hacia la mutación de un gen de predisposición que confiere un alto riesgo. Se han aislado dos de estos genes: BRCA1 y BRCA2.

b. Alimentación: la ingestión de grasas en la dieta se asocia a una mayor concentración plasmática de estrógenos.



c. Factores menstruales y reproductores: el riesgo de cáncer de mama se ha relacionado de forma constante con la edad de la menarquía (menor de 12 años) y la edad de la menopausia (mayor de 50 años). Otros factores de riesgo hormonales bien establecidos son la edad del primer parto y el número de embarazos completos. Un primer hijo antes de los 20 años se asocia a un riesgo de cáncer de mama un 50 % menor que cuando se tiene el primer hijo después de los 35 años. Así mismo, las mujeres que han tenido tres o cuatro embarazos a término presentan un riesgo notablemente más bajo que las nulíparas. Finalmente la lactancia parece ejercer un pequeño efecto protector, posiblemente porque permite la diferenciación del epitelio de la mama (Abeloff, *et al.*, 2005: 2372).

d. Edad y Género: las mujeres tienen una probabilidad 100 veces mayor de tener cáncer de mama que los varones. La incidencia aumenta de forma progresiva con la edad.

e. Antecedentes personales de cáncer: la mujer con cáncer en una mama tiene un riesgo de tres a cinco veces mayor de sufrir un nuevo cáncer, en la otra mama o en otra parte de la misma mama (LeMone, *et al.*, 2012:1822).

f. Obesidad: se ha demostrado que la obesidad se asocia con un mayor riesgo de cáncer mamario en las mujeres posmenopáusicas. El exceso de tejido adiposo es rico en la enzima necesaria para obtener estrona y estradiol a partir de sus precursores. En consecuencia las mujeres obesas pueden tener niveles más altos de estrógenos circulantes que pueden afectar células cancerosas en la mama dependientes de las hormonas (Otto, 1998: 87).

g. Exposición a radiaciones ionizantes: la exposición de la mama a una dosis radioactiva baja es claramente cancerígena, con un aumento del cáncer de mama según la dosis de exposición. Hoy en día, el riesgo más alto corresponde a



las mujeres más jóvenes que recibieron radioterapia por una Enfermedad de Hodgkin.

h. Anticonceptivos orales: el consumo de anticonceptivos orales se asocia a un aumento muy leve del riesgo de cáncer de mama en las consumidoras habituales frente a las mujeres que nunca los han tomado. Sin embargo, el riesgo de cáncer de mama asociado a los anticonceptivos orales desaparece con el tiempo cuando se interrumpe su consumo (Abeloff, *et al.*, 2005:2373).

2.4 Histopatología

La mayoría de los cánceres de la mama se originan en el interior del epitelio ductal. La presencia de varias anormalidades histopatológicas del epitelio de los conductos mamarios sugiere la posibilidad de evolución de muchos cánceres de la mama a través de etapas de hiperplasia (enfermedad proliferativa sin atipia), displasia (hiperplasia atípica), neoplasia no invasora Carcinoma Ductal In Situ (CDIS), y finalmente neoplasia Carcinoma Ductal Infiltrante, (CDI), con alto potencial metastásico. Los carcinomas, tanto intraductales como invasores, exigen un tratamiento local definitivo, mientras que la hiperplasia y las alteraciones displásicas requieren un seguimiento estricto. El Carcinoma Ductal In Situ se diferencia del Carcinoma Invasor o Infiltrante por falta de penetración a través de la membrana basal al interior del parénquima mamario. El Carcinoma Ductal In Situ pocas veces se asocia con propagación a ganglios linfáticos regionales y recurrencia sistémica subsecuente.

Los subtipos invasores menos ordinarios, tales como los cánceres de la mama mucinosos, papilares, tubulares y lobulares invasores, se tratan generalmente de la misma manera que los carcinomas ductales infiltrantes, pero pueden tener un mejor pronóstico (Geoffrey, 2000:176).



2.5 Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Los síntomas más comunes de manifestación del cáncer de mama pueden incluir la presencia de una masa (con mayor frecuencia en el cuadrante superior lateral, la zona con más tejido glandular) dura, irregular y asintomática o endurecimiento en la mama o la axila, secreción espontáneas, persistente y unilateral del pezón, de carácter serohemático, hemático o seroso, retracción o inversión del pezón, cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama (asimetría) o escamas alrededor de la piel del pezón.

Los síntomas de propagación local o regional son: enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas, piel de naranja, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos axilares. Cuando hay evidencia de enfermedad metastásica los síntomas más comunes son: aumento de los ganglios linfáticos en el área cervical supraclavicular, anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural, elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gammagrafía ósea positiva o dolor relacionado con la afección ósea, resultados anormales de las pruebas de funcionamiento hepático (Otto, 1998: 95).

La exploración física es el método diagnóstico más utilizado, su exactitud es muy baja. La sensibilidad diagnóstica de la palpación depende del tamaño del tumor. La mastografía es el mejor método de detección. Sin embargo no es perfecto, puede transcurrir un año antes de que el tumor se haga evidente en mastografías de tamizaje. Se reporta una sensibilidad diagnóstica de 70 a 75 %; la sensibilidad de mastografía se relaciona con la densidad de tejido mamario. Un estudio reportó sensibilidad de 100 % en mama grasas, pero disminuyó un 45 % en mamas densas.



El ultrasonido se ha convertido en un complemento esencial de la mastografía y la exploración física. Además de diferenciar masas quísticas de sólidas, caracteriza lesiones benignas y malignas.

La biopsia, ya sea por aguja fina con tru-cut o ambos, es un procedimiento muy útil de bajo costo, fácil de realizar. La biopsia por aspiración tiene una exactitud diagnóstica de 90%. Para las lesiones menores de 1cm, la biopsia tru-cut es excelente, con una especificidad diagnóstica del 100% (Herrera, *et al.*, 2010:699).

2.6 Estadificación

La estadificación proporciona información respecto al pronóstico y orienta el tratamiento. Los estudios de extensión iniciales para estadificar a las pacientes con cáncer de mama dependen de la sospecha clínica y del estadio clínico inicial. La estadificación del cáncer de mama sigue las normas de sistema TNM, el cual evalúa el tamaño del tumor (T), la afección de los ganglios linfáticos regionales (N) y la propagación a distancia de la enfermedad o metástasis (M).

Para los estadios clínicos I y II la probabilidad de enfermedad metastásica es baja, por lo que los estudios de extensión no se recomiendan de rutina, al menos que se trate de un tumor mayor de 5 cm, se presentan síntomas o se encuentren anomalías en los estudios de laboratorio como alteración de las pruebas de función hepática. Para los tumores mayores de 5 cm y/o enfermedad estadio III se recomienda realizar una búsqueda de enfermedad metastásica mediante estudios de imagen de tórax, hígado y hueso (Herrera, *et al.*, 2013: 630).

2.7 Modalidades de tratamiento

El tratamiento de pacientes con cáncer de mama suele incluir un grupo multidisciplinario en el que se encuentran cirujanos oncólogos, radiooncólogos, oncólogos médicos, cirujanos reconstructivos, imagenólogos, psicooncólogos, patólogos, enfermeras y grupos de apoyo. El tratamiento del cáncer de mama



depende de la etapa clínica de la paciente y por ello se divide en enfermedad temprana, localmente avanzada y metastásica, consta de dos fases diferentes. La primera fase es la extirpación del tumor primario y la segunda fase está dirigida a erradicar la enfermedad sistémica. En la paciente que tiene signos de enfermedad sistémica, su objetivo terapéutico es controlar la enfermedad local y la erradicación de la enfermedad sistémica micrometastásica mediante quimioterapia.

a. Cirugía

La mejor forma de tratar la enfermedad temprana es con cirugía. El tratamiento quirúrgico incluye la excisión de todo el tejido invasivo con márgenes amplios. El tratamiento primario del tumor es quirúrgico. La decisión terapéutica depende del control de la enfermedad oculta residual en la mama, que puede alcanzarse con mastectomía o radioterapia.

Existen varios tipos de cirugías. La mastectomía total retira todo el tejido mamario, incluido el Complejo Areola Pezón (CAP). La incisión debe ser oblicua y dirigirse desde el sitio de menor tensión de la pared al borde lateral del esternón. La fascia del músculo pectoral se reseca para no dejar tejido mamario adyacente al mismo. En la mastectomía preservadora de piel se realiza la incisión circundante a la areola y sólo se remueve el CAP. La ventaja de esta modalidad es que favorece la reconstrucción. El principal objetivo del tratamiento de los ganglios axilares es la estadificación pronóstica y, en segundo lugar, disminuir la recurrencia local. Por muchos años la disección de axila ha sido el estándar de tratamiento; no obstante, el beneficio de este procedimiento en pacientes con ganglios clínicamente negativos está en duda; por ello, en este grupo de pacientes se adoptó la técnica del ganglio centinela, que consiste en inyectar azul patente y/o material radioactivo (tecnecio coloidal) en el borde del tumor o en el tejido subareolar, los ganglios linfáticos de la región concentran el material en la axila en 5 min; después de la inyección, se debe de dar un masaje en la mama. Para la obtención del ganglio, se realiza una incisión de 1 ó 2 cm en la pared baja de la



axila y se identifica el ganglio teñido de azul o se utiliza un contador de Geiger. En términos generales, se considera que al realizar la técnica del ganglio centinela se evita la disección ganglionar axilar en 80 % de los casos (Herrera, *et al.*, 2010: 706).

b. Radioterapia

La función desempeñada por la radioterapia en el control local del cáncer de mama es la erradicación de la enfermedad microscópica residual dentro de la mama. La radioterapia ya no se usa más en forma rutinaria después de la mastectomía radical modificada en todas las pacientes en etapa I y II, debido a que los índices de recurrencia local son bajos en este grupo, y la supervivencia general se define con base en la recurrencia en sitios distantes. Los índices de recurrencia local son altos después de las resecciones segmentarias y este grupo recibe radioterapia de manera rutinaria. En otras situaciones en las cuales el riesgo de recurrencia local temprana es alto, se debe considerar la radioterapia posoperatoria, como por ejemplo, tumores primarios grandes (mayor de 5 cm), dudas sobre afectación tumoral, en los márgenes de la resección, y afectación de la aponeurosis pectoral. La radioterapia desempeña una función importante en el tratamiento del cáncer de mama metastásico. Esta terapéutica primaria en el caso de metástasis encefálicas también se emplea a menudo para controlar recurrencias locales, y para tratar lesiones óseas dolorosas o estructuralmente riesgosas (Geoffrey, 2000:179).

c. Quimioterapia en cáncer de mama

La quimioterapia consiste en el empleo de medicamentos citotóxicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación. La quimioterapia es un tratamiento sistémico más que localizado, como la cirugía o la radioterapia, y se puede utilizar de cinco maneras:

- Terapia adyuvante: se utiliza un curso de quimioterapia combinada con otra modalidad de tratamiento (cirugía o radioterapia) con el objetivo de tratar



micrometástasis.

- Quimioterapia neoadyuvante: la quimioterapia se administra para reducir el tumor antes de extirparlo en cirugía.
- Terapia primaria: se usa en pacientes con cáncer localizado para quienes existe un tratamiento alternativo pero que no es completamente efectivo.
- Quimioterapia de inducción: terapia farmacológica que se administra como tratamiento primario en pacientes con cáncer que no son candidatos para un tratamiento alternativo.
- Quimioterapia combinada: administración de dos o más agentes quimioterapéuticos para tratar el cáncer; permite que cada medicamento intensifique la acción de otro o que actúen de manera sinérgica (Otto, 1999:539).

El cáncer de la mama responde favorablemente a muchos quimioterapéuticos, los índices de respuesta más altos se comunicaron en estudios clínicos que utilizaron combinaciones de estos agentes. Se ha usado un número grande de regímenes terapéuticos distintos. El más frecuente se basa en la ciclofosfamida, metrotexato y el fluoracilo (CMF) o bien ciclofosfamida, doxorubicina (Adriamicina) y fluoracilo (CAF).

Los regímenes quimioterapéuticos causan frecuentemente toxicidades problemáticas y en ocasiones ponen en peligro la vida, pero son reversibles. Éstas incluyen neutropenia (con el riesgo asociado de sepsis), trombocitopenia, alopecia, náuseas y vómito, y fatiga general.

2.8 Efectos secundarios de la quimioterapia

Los fármacos antitumorales ejercen su acción actuando sobre las células cancerígenas, las cuales comparten procesos metabólicos y funcionales con las células sanas, por lo que cualquier fármaco que actúe sobre las neoplásicas



también lo hará, en mayor o menor grado, sobre las demás células del cuerpo. De ahí que los tratamientos quimioterapéuticos se asocien a una serie de efectos sobre el resto del organismo denominados efectos tóxicos o secundarios, que son citotóxicos en la mayoría de los casos.

La toxicidad derivada del tratamiento de quimioterapia debe ser evaluada minuciosamente tras cada ciclo y la recogida de datos debe incluir su intensidad, frecuencia y duración, considerando tanto los síntomas que no se relacionan con signos físicos evaluables ni alteraciones analíticas (toxicidad subjetiva) como los que aparecen en el examen físico y/o los análisis de laboratorio (toxicidad objetiva).

Los Criterios Comunes de Toxicidad (CTC) son un sistema ordenado según la intensidad de la misma y los diferentes órganos o sistemas afectados; los más empleados son: los del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), del ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La toxicidad inducida por quimioterapia es un evento frecuente en los pacientes que se someten a dicho tratamiento y debemos tenerla en cuenta en todas aquellas personas que inician o han iniciado un tratamiento citostático. Su recogida debe ser sistematizada y su presencia evaluada tras cada ciclo para minimizar sus efectos y no deteriorar la calidad de vida de los pacientes durante el tratamiento; también debe considerarse en aquellos pacientes que han concluido dicho tratamiento y se encuentran en fase de seguimiento evolutivo, para diagnosticar de manera precoz cualquier efecto tóxico que pueda aparecer a medio o largo plazo (Mondéjar, 2012: 109).

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del fármaco empleado y de la duración de tratamiento. La mayoría de estos fármacos actúan sobre células de multiplicación rápida, por lo que los efectos secundarios son manifestaciones del daño infligido a este tipo de células orgánicas. Las células



cancerosas en división rápida son el principal blanco de la quimioterapia contra el cáncer. Las que se encuentran en crecimiento y división acelerados son más sensibles de los efectos de la quimioterapia. Entre los tejidos que suelen verse afectados por los fármacos citotóxicos se encuentran los siguientes:

- La mucosa oral, lingual, gástrica, intestinal o rectal. El resultado puede ser anorexia, pérdida del gusto, aversiones alimentarias, úlceras dolorosas en cualquier tramo del tracto gastrointestinal, náuseas, vómitos y diarrea.
- Las células pilosas, con resultado de alopecia.
- La médula ósea, con mielosupresión, que afecta a la mayoría de las células sanguíneas (trombocitos, eritrocitos, granulocitos), el resultado es un deterioro de la capacidad para reaccionar ante una infección, o un deterioro de la coagulación sanguínea y anemia grave.
- Ciertos órganos, como el corazón, relacionado con cardiotoxicidad por el uso de doxorubicina.
- Los órganos reproductivos, con deterioro de la capacidad reproductiva o alteración del desarrollo fetal.

Por lo cual se desarrollan de manera más amplia cada uno de ellos a continuación:

a. Náusea y vómito

Las náuseas y los vómitos son efectos secundarios frecuentes de la quimioterapia sistémica, sus efectos negativos sobre la situación nutricional y la calidad de vida pueden ser sustanciales. El amplio uso que se hace de las pautas de quimioterapia combinada y la mayor intensidad de dosis de muchos tratamientos estándar han aumentado la posibilidad de náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia.

Náusea y vómito son agudos cuando se presentan en un plazo de 24 horas posterior al tratamiento con quimioterapia. La mayor parte de las experiencias



clínicas se centran en su prevención. Hay tres factores que se deben de considerar en el potencial emético de agentes quimioterapéuticos: la dosis, el fármaco único o terapéutica combinada e inicio y duración de la náusea y el vómito causados por quimioterapia. La mayor parte de las experiencias clínicas se basan en la prevención de los síntomas agudos con regímenes quimioterapéuticos. Por lo tanto la dosificación de antieméticos se basa generalmente en el potencial emético del agente quimioterapéutico y el inicio y duración de la náusea y el vómito.

Los antieméticos son más eficaces cuando se administran de manera profiláctica. Se inician de los 30 minutos a 24 horas antes de la quimioterapia, y se administran durante las 24 horas del día y no cuando sea necesario. La terapéutica posterior al tratamiento se debe continuar durante las 12 a 120 horas, dependiendo de la respuesta previa del paciente y del potencial emético de los quimioterapéuticos (Geoffrey, 1997: 413).

b. Mucositis

La mucositis es un efecto secundario mayor limitante de la dosis de los fármacos citotóxicos antimetabolitos, como 5-fluoracilo (5-FU), capecitabina y antagonistas de la purina. Los antibióticos antitumorales (p .ej., doxorrubicina) y otros fármacos citotóxicos. La variabilidad de la mucositis es considerable entre los pacientes, no obstante, es necesario reducir la dosis de los fármacos en los ciclos siguientes de quimioterapia de los pacientes en los cuales se desarrolla una mucositis intensa.

Los fármacos citotóxicos causantes de la mucositis dañan rápidamente las células epiteliales de la mucosa que se están dividiendo, provocando la inflamación y ulceración de la mucosa. Su incidencia alcanza su máximo entre los 7 y 14 días tras comenzar el tratamiento (Abeloff, *et al.*, 2005: 775).



c. Alopecia

Los fármacos antineoplásicos inducen inhibición metabólica en las células progenitoras del folículo piloso dentro de la matriz del pelo, reduce el número y tamaño de las células epiteliales contenidas dentro del cuerpo del pelo. Además, el grado de pérdida de pelo secundario a la quimioterapia está relacionado con la dosis, la pauta y la vía de administración. Los quimioterapéuticos que tienen una gran propensión a inducir alopecia son doxorubicina, daunorrubicina, ciclofosfamida y etopósido. La alopecia es emocionalmente devastadora para los pacientes que reciben quimioterapia especialmente en las mujeres (Abeloff, *et al.*, 2005: 795).

La caída del cabello ocurre de 10 a 21 días después del tratamiento, esta caída puede ocurrir de manera súbita y en grandes cantidades (Otto, 1999: 547); es importante conocer el efecto psicológico que las pacientes experimentan, ya que pueden sufrir ante la pérdida rápida del pelo. Por lo cual se debe de preparar a las pacientes para tal suceso y tranquilizarlas por que este efecto secundario es temporal y comenzará a crecer cuando se discontinúen los fármacos de quimioterapia.

d. Supresión de la médula ósea

La supresión de la médula ósea es una situación que se presenta después de la administración de los fármacos citotóxicos de quimioterapia. Puede afectar cualquiera de las series celulares, pero las más frecuentes son la anemia, neutropenia y la trombocitopenia, las cuales se mencionan a continuación:

- **Anemia**

Muchos pacientes con cáncer tienen cifras de hemoglobina alrededor de 10 a 11 g/dl como resultado de la “anemia de la enfermedad crónica”. Este grado de anemia se puede tolerar bien y no requiere tratamiento. Por lo común se encuentra en combinación de mucositis y trombocitopenia, y constituye un riesgo



particular de pérdida de sangre. El tratamiento, cuando se indica, es por medio de paquetes globulares. No es necesaria la transfusión sino hasta que el individuo es sintomático; falta de aire, cefalea y fatiga son síntomas comunes (Geoffrey, 1997: 431).

- **Trombocitopenia**

La trombocitopenia en los pacientes con cáncer suele deberse a la quimioterapia, generalmente a dosis altas o después de tratamientos citotóxicos prolongados. La causa más frecuente de trombocitopenia en los pacientes con cáncer es por el deterioro de la producción de plaquetas por disminución o ausencia de megacariocitos (Abeloff, *et al.*, 2005: 865). En general, los pacientes trombocitopénicos que no tienen hemorragias no necesitan ser transfundidos hasta que el recuento cae por debajo de 20, 000/ μ L. La trombocitopenia leve a moderada es bien tolerada y en ausencia de hemorragia, no requiere terapéutica de reemplazo (Geoffrey, 1997: 433).

- **Neutropenia secundaria a tratamiento**

La estirpe de los neutrófilos es la que se ve afectada más gravemente por las quimioterapias más habituales. El efecto clínico real de esta neutropenia muy transitoria (< 5 días) en los pacientes con tumores sólidos tiene un escaso riesgo de mortalidad relacionada con el tratamiento. Sin embargo, la mortalidad relacionada con el tratamiento, en forma de hospitalización por fiebre con neutropenia, sigue siendo una situación clínica bastante frecuente, especialmente con duraciones mayores de la neutropenia o con fármacos que causan mucositis y alteran las barreras mucosas a las infecciones. Para su tratamiento las primeras citosinas hematopoyéticas con actividad sobre los neutrófilos estudiadas en la clínica fueron el factor estimulador de colonias de granulocitos (G-CSF). La administración de dosis farmacológica de estas moléculas recombinantes es generalmente bien tolerada (Abeloff, *et al.*, 2005: 866).



e. Toxicidad miocárdica

Diversos quimioterápicos pueden producir toxicidad crónica a nivel cardíaco, llegando a producir insuficiencia cardíaca y muerte. Este efecto es especialmente marcado con las antraciclinas y se le ha vinculado con su capacidad de aumentar la producción de radicales libres. Para cada antraciclina se recomienda una dosis acumulativa máxima en función de este riesgo, que constituye así la toxicidad más importante para limitar la dosis total. Diversos factores incrementan el riesgo de cardiotoxicidad y deben ser tenidos en cuenta, incluyendo la edad del paciente, la irradiación mediastinal, la enfermedad cardíaca previa y la asociación con drogas de efecto similar, incluyendo otros antineoplásicos (como la ciclofosfamida) (Tessler, 2004: 15).



CAPÍTULO III

CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería de la paciente que recibe quimioterapia requieren múltiples valoraciones e intervenciones, de las cuales se tiene que iniciar con la comprensión de elementos principales como son la valoración del estado del paciente, el objetivo de la terapia, la vía de administración, los efectos secundarios, con la valoración y frecuencia de los signos y síntomas. La enseñanza de la paciente y familia es una intervención primordial de enfermería, en la que se puede ofrecer la prevención de los síntomas y ayudar al tratamiento oportuno de los mismos.

Para ofrecer esta intervención que va a estar encaminada a mejorar las condiciones de salud de la paciente, es indispensable hacer énfasis en el cuidado como objeto de estudio de la profesión de enfermería, enfocado a la educación de la paciente y familiar o cuidador principal, para ello este capítulo se estructuró en relación al cuidado profesional de enfermería, haciendo referencia a su finalidad, patrones de conocimiento, considerando que estas pacientes son vulnerables y requieren cuidados humanizados y apoyo espiritual, en relación a esto, se incluyen las intervenciones específicas de acuerdo al padecimiento y tratamiento de la paciente, por medio de educación, haciendo referencia a los principales métodos, los cuales ayudarán a promover el cuidado en casa, diseñando con ello el programa educativo.

3.1 Cuidado profesional de enfermería

La enfermería, habiendo tenido un origen práctico y asistemático, ha ido organizándose a través de los siglos como una actividad o profesión altamente estructurada, con un amplio campo de conocimientos específicos pertinentes a la



práctica, una metodología precisa y definida, y un objeto, material y formal, perfectamente identificable (Cárdenas, *et al.*, 2009: 85).

Watson plantea que “enfermería es la ciencia humana del cuidado” afirmando que “cuidar es el ideal moral de enfermería, es un derecho de todos los seres humanos que requiere compromiso moral, social, personal y espiritual; es más que una simple emoción, actitud o deseo bondadoso” (Benavent, *et al.*, 2012:392). Orem concibe los cuidados como acciones personales que se necesitan continuamente para regular el funcionamiento y el bienestar, especifica que los requerimientos de cada persona se pueden ver afectados, entre otros factores, por la edad, por la etapa de desarrollo, el estado de salud, las condiciones ambientales o efectos de la atención médica (Benavent, *et al.*, 2012: 343). Por lo tanto las “condiciones necesarias para dar cuidado de enfermería son: dar conciencia y conocimiento de las necesidades humanas, intención de actuar, acciones basadas en conocimiento y compromiso de valores” (Alvarado, 2010: 203).

El acto de cuidado tiene una interacción entre seres humanos diferentes, con culturas, sabidurías y mentalidades que cada uno ofrece en un encuentro, donde el humano y el cuidador ofrece su ser total, sus conocimientos, observaciones y percepciones, conciente en la contemplación de un ser humano susceptible y vulnerable en el momento de brindar cuidado. El acto de cuidado, debe identificar por medio de la observación, análisis y juicios de valoración, las prioridades y necesidades del ser holístico, como persona que interactúa, y ser social dependiente de su relación con la comunidad y el núcleo familiar.

El personal de enfermería no puede limitarse a solo preguntar, examinar, escribir y explicar todo lo que acontecerá en el tratamiento o enfermedad de la paciente, sino también debe proporcionar un acercamiento humanizado para contribuir en el logro eficaz de su autocuidado haciéndola sentir importante, y como menciona Venegas (2010) en el artículo “Humanización en el cuidado de salud de la



mujer” se debe de aplicar la regla de oro: “demostramos a los otros lo que queremos que ellos nos den”, esto se logrará mediante una sonrisa, una dulce mirada, el observar y escuchar con atención mirando sobre la otra persona en señal de amistad, la demostración del interés y el compromiso para apoyar el cuidado de su salud (Venegas, 2010: 242). Con ello se puede identificar la incapacidad de la paciente de ejercer el control de sí misma, de su entorno, de su familia o trabajo, si carece de información o si se siente insegura, y que por sus condiciones de salud y los efectos secundarios del tratamiento, pueda sentirse vulnerable.

En relación a esto, Pinto (2010) en su investigación “El cuidado de enfermería en la vulnerabilidad” afirma que se debe plantear un cuidado que dé solución a una problemática compleja. Por lo cual, es necesario proponer nuevos enfoques y modelos en la atención en salud que permitan lograr resultados, para lograrlo se formularán propuestas originadas en la investigación, desde la enfermería, basadas en la evidencia científica, que puedan dejar reflexión y un punto de inicio para lograr la transformación, desde un punto de vista ético y profesional.

3.2 Espiritualidad y cuidado

En la información correspondiente a integración del hombre como unidad biopsicosocial y ambiente terapéutico, Rosales, *et al.*, (2004), expone que el paciente es una persona que tiene valores, deseos y necesidades, y que en circunstancias particulares, como una enfermedad, una hospitalización o cercanía a la muerte, se alteran y generan acciones o reacciones especiales. El área psíquica del individuo está integrada por una parte emocional, en función del estado anímico, una mental, en relación a los procesos intelectuales y otra espiritual, la cual se relaciona con la búsqueda de su significado a través de la identificación con algo supremo o ideal; su alteración de una de estas unidades, afecta a las demás. Las reacciones que principalmente el individuo presenta es la ansiedad y la angustia, por la pérdida de la salud, las terapéuticas empleadas, el



pronóstico de la enfermedad, el aislamiento de sus familiares o amistades y las implicaciones socioeconómicas, en relación al aspecto laboral, familiar, social.

Según Goddard, la espiritualidad ha sido descrita como una energía integradora (Sánchez, 2010:175), ésta puede manifestarse en varias formas, como el disfrutar la compañía de un amigo, actividades que la paciente puede y le gusta realizar, o estar en un ambiente agradable. Todo se basa en la creatividad de la propia persona.

Ross, citado en Sánchez (2010), define que el cuidado espiritual es hacer los arreglos para satisfacer las necesidades espirituales de la persona cuidada. Este cuidado pretende ayudar a las personas a satisfacer las necesidades espirituales, las cuales son: el anhelo de tener significado, amor e interrelaciones y perdón, que puede satisfacerse en una dinámica personal en la relación de trascendencia espiritual.

Para brindar un cuidado espiritual se debe de comprender la dimensión espiritual del hombre, la cual comprende el propósito y la plenitud de vida, el deseo de vivir, las creencias, la fe en Dios, para que la paciente o persona a la que se le brinda el cuidado alcance un nivel óptimo de salud, de bienestar o de calidad de vida. Por lo tanto se considera a la “dimensión espiritual subjetiva, intangible, de manera que los demás valores, pensamientos, comportamientos, decisiones, experiencias y preocupaciones están relacionados con ella” (Sánchez, 2010: 181).

Sánchez (2010) en su investigación “¿Qué significa dar cuidado espiritual? Un aporte desde el cuidado a las personas con enfermedad crónica” obtiene como conclusiones que el cuidado espiritual debe proveerse a quienes están en el sufrimiento, el dolor, la pérdida y la muerte. Aunque la espiritualidad se encuentra poco reconocida, es la forma de expandir la conciencia y generar la salud, ya que



con ello se busca permitirle a la paciente crecer como persona, encontrándole sentido a la vida.

Es indispensable que la familia y el personal de salud, estén presentes en el proceso de enfermedad y tratamiento de la paciente, para que tenga confianza en ellos y con su creencia en Dios, se sienta en compañía teniendo plenitud en su vida, deseos de participar en su terapéutica, y el cuidarse con el propósito de mantener un bienestar en su salud.

3.3 Finalidad de los cuidados de salud

Los cuidados contribuyen a la salud de la persona en la medida en que influyen positivamente en su funcionamiento integral, que depende de la buena actividad interrelacionada de los diferentes órganos y sistemas que, a su vez, está íntimamente relacionada con las acciones de cuidados (Benavent, *et al.*, 2012: 91).

Según el estado salud-enfermedad, los cuidados van a tener diferentes finalidades, todo en relación a su independencia ya sea para mantener, recuperar la salud o adaptarse a la enfermedad, por lo cual se mencionan a continuación.

a. Mejorar o mantener la salud

Los cuidados dirigidos a potenciar y mantener la salud se reconocen como las acciones que tienen por finalidad el óptimo funcionamiento y bienestar de la persona. Se trata de desarrollar, en la persona y su entorno, hábitos de cuidados o estilos de vida saludables que le permitan vivir en salud y desarrollar sus potencialidades humanas.

b. Recuperar la salud

Cuando se pierde la salud se produce una situación que condiciona todos los cuidados que cotidianamente requiere la persona, porque se alteran diferentes



áreas de aquélla y la intervención en unos aspectos repercute en otros. Los cuidados de salud son importantes según el modo en que la persona reaccione ante una situación de enfermedad y van a condicionar el proceso de recuperación de la salud. Cuando no es posible recuperar la salud, los cuidados tratarán de mejorar la calidad de vida y hacer más llevadera la vivencia de la enfermedad. La persona que acepta su condición de salud, a pesar de las limitaciones que la enfermedad, la lesión o la incapacidad conllevan, y se compromete a satisfacer sus necesidades de cuidados con las condiciones y restricciones impuestas, puede llegar a tener una vida plena y satisfactoria.

c. Evitar complicaciones de la enfermedad

Cuando una persona está enferma requiere cuidados específicos relacionados con su enfermedad (por ejemplo: una alimentación adecuada para las personas diabéticas o con un problema de hipertensión), que de no realizarse correctamente pueden producir complicaciones (hiperglucemia, hipoglucemia o cefalea), o alteraciones derivadas de complicaciones que afecten a su totalidad como persona (coma diabético o enfermedades cardiovasculares). La enfermedad afecta a la persona en su globalidad, por eso las necesidades de cuidados deben ser contempladas desde esta globalidad y no solamente desde el área o función afectada con la que directamente están relacionados los cuidados.

d. Adaptarse a la enfermedad

La finalidad de los cuidados de salud cuando se padece un proceso crónico, está en que la persona los incorpore a su vida cotidiana con la mayor naturalidad posible, de forma que lleguen a ser compatibles con su vida habitual. La clave está en ayudar al paciente a adquirir los conocimientos y a desarrollar las habilidades que precisan los cuidados que la enfermedad crónica les impone. Es necesario tener presente que, cuando la enfermedad hace que se precisen formas específicas de cuidados o restricciones de los mismos, se pueden producir en la persona sensaciones de hastío, cansancio, etc., que le lleven a abandonar las



prácticas necesarias. La persona en estas situaciones requiere el apoyo y el estímulo para la toma de decisiones y mantener actuaciones que, pese a ser necesarias, no siempre son de su agrado (Benavent, 2012: 92-93).

3.4 Patrones de conocimiento

Para proporcionar cuidados es necesario conocer los patrones de conocimiento que forman las enfermeras. Carper en 1978 en Chaparro, menciona que: “La acumulación del conocimiento en enfermería ha permitido demostrar el avance en la disciplina, lo que ha llevado a constituir la ciencia de enfermería. Los patrones de conocimiento son, en gran medida, la expresión de esa acumulación presente en la práctica, en las formas empírica, estética, ética y personal. En los últimos años ha existido una necesidad importante de buscar el reconocimiento y se ha recurrido a la teoría y a la investigación como parte del acercamiento científico para alcanzar la credibilidad académica y profesional”. Bárbara Carper reconoció la importancia y el peso equilibrado del conocimiento obtenido en la práctica clínica, cada patrón de conocimiento que ella plantea tiene formas diferentes de interpretar la realidad y, por tanto, de abordarse desde la investigación. Así que se convierten complementarias del conocimiento.

A continuación se hace una descripción de los patrones representativos de la disciplina profesional de enfermería.

- **Patrón empírico, la ciencia de enfermería**

Chaparro (2010), refiere que este patrón tiene un enfoque evidenciado en el fenómeno familiar de salud y enfermedad en relación con el proceso de vida humana. De acuerdo a Carper la representación de la salud es más que la ausencia de la enfermedad, permite que la salud sea pensada como un estado dinámico o proceso que cambia sobre un periodo dado, acorde con las circunstancias.



“La ciencia de la enfermería se exhibe desde dos aspectos: “el estado natural de la historia de investigación” y “el estado deductivo de las teorías formuladas” (Chaparro, 2010: 65), la autora hace referencia que el primer aspecto está más relacionado con la observación como mecanismo para identificar fenómenos y explorarlos, formular conceptos teóricos y luego teorías basadas en la experiencia. Haciendo referencia que al contemplar se adquieren conocimientos mediante la visión, la escucha, el tacto y el olfato. Carper considera que en enfermería, el enfoque comúnmente evidenciado en este patrón ha sido el fenómeno familiar de salud enfermedad en la relación con el proceso de vida humana. La representación de la salud es más que la ausencia de la enfermedad, es un cambio crucial; permite que la salud sea pensada como un estado dinámico o proceso que cambia sobre un periodo dado, acorde a las circunstancias.

En el patrón empírico, la autora refiere que en la disciplina de enfermería, permite una validación constante de lo que se piensa, se hace y se socializa. La gran dificultad en la educación en enfermería es lograr un verdadero acercamiento entre teoría y práctica; sin embargo se tiene una salida disponible, la cual es hacer de la investigación una herramienta que valide lo que se creó ya establecido por la teoría, a través de la práctica basada en la evidencia.

- **Patrón estético, el arte de enfermería**

Comprende las habilidades o técnicas para la práctica de enfermería. El arte asociado a este patrón es entendido como un aspecto complejo; es el proceso de descubrimiento creativo en el conocimiento. El arte de enfermería se expresa a través de la acción de proveer lo que el paciente requiere, restaurar o extender su habilidad para afrontar las demandas a su situación. Los elementos principales de este patrón son la creatividad y la empatía.

Cárdenas (2009), hace referencia que al hablar de arte o estética en enfermería, es preciso tener en cuenta los diferentes aspectos que el arte



contempla, entre otros, la capacidad de: encontrar significado en hallazgos dentro de una situación de enfermería, poder establecer un vínculo significativo con el otro. Realizar una adecuada estética en las actividades de enfermería, determinar de manera adecuada el curso apropiado de una acción, conducir éticamente la práctica, permitir fluir los sentidos, aceptar la expresión del otro como manera posible de interacción y dar valor a la creatividad para cuidar.

Por lo tanto, haciendo una análisis de Cooper y Cárdenas, hacen referencia que cuidar es una arte cuando se encuentran presentes las características de un cuidado basado en el conocimiento, la información y la educación a través de métodos y técnicas, acorde con la unicidad de la persona, las cuales deben ser creativas y adecuadas, según sus experiencias e historia de vinculación familiar y con el ambiente, en la enfermera este patrón involucra la subjetividad, contemplando la intuición, la interpretación, la ética y el entendimiento, por lo cual surgen las preguntas ¿para qué cuidar?, ¿qué significa?

- **Patrón del conocimiento personal**

Este patrón aporta el proceso de toma de decisiones entre el profesional de enfermería y el paciente por considerar el uso terapéutico del mismo y conocimiento de y acerca de sí mismo. Permite el reconocimiento del otro como persona y no como objeto; por tanto, involucra el concepto de reciprocidad. Forma parte de la relación del profesional de enfermería con la persona, y redundando en el crecimiento y cumplimiento del potencial humano.

De acuerdo a la autora este patrón permite acercarse a la humanización del cuidado que requiere la práctica de enfermería. En un ambiente hostil y difícil como el actual, en constante combinación de manera creativa con el resto de los patrones permitirá reflejar el cuidado. También se hace referencia a los valores personales, la visión de la totalidad del ser del cuidado, la comunicación como



herramienta, donde se comparten diferentes apreciaciones sobre la vida, la existencia y la calidad relacional.

- **Patrón ético y moral de enfermería**

El patrón ético o componente moral involucra la presencia de dilemas morales, los cuales surgen en situaciones de ambigüedad e incertidumbre, cuando las consecuencias de las acciones son difíciles de predecir; tradicionalmente, los principios éticos y códigos de ética ofrecen ayuda para resolverlos. El código moral, guía la conducta ética de las enfermeras y se basa en el principio primario de obligación incorporado en los conceptos de servicio a la gente y respeto por la vida humana (Chaparro, 2010: 65-67).

El cuidado implica valores, principios y el compromiso de cuidar, que orientan el ejercicio profesional y la toma de decisiones, pues implica emitir juicios concretos sobre lo que debería hacerse correctamente y de aquello de lo que se es responsable. El cuidado plantea una alternativa tanto para la persona cuidada, como para el cuidador, en el sentido de dejarse cuidar y de cuidar. Este hecho propone un dilema ético para la enfermera. Ésta decide si cuidar, cómo cuidar, para qué cuidar, o si no cuidar (Cárdenas, *et al.*, 2009: 91).

- **El patrón sociopolítico**

Surge por la necesidad de que el profesional de enfermería conozca los aspectos sociológicos, el contexto y el juego de la sociedad con las experiencias del ser humano. Éste patrón permite la toma de decisiones de la práctica, la profesión y las políticas sanitarias. Lo sociopolítico se puede conceptuar de dos niveles: el primero, en el contexto sociopolítico de las personas (enfermera y paciente), es decir, la cultura donde se crea un proceso de causalidad de la salud y de la enfermedad; el segundo, en el contexto político de la enfermería. Se ha alcanzado que el profesional de enfermería participe en los equipos de salud y acompañe los



procesos de toma de decisiones, pero falta un poco más de liderazgo y posicionamiento internacional en la formulación de políticas (Chaparro, 2010: 68).

Los patrones de conocimiento de acuerdo a las autoras que se expusieron en este apartado, hacen referencia que deben hacer sinergia con la disciplina, en relación al cuidado de los pacientes, cada patrón es flexible y se puede dar más apoyo con los modelos y teorías para poder brindar un cuidado de calidad.

3.5 Funciones de Enfermería

Con la finalidad de fundamentar el estudio, es necesario mencionar que según Doheny, *et al.*, la práctica de la enfermería está influida por tendencias internas y externas a la profesión, sin embargo, hay componentes que permanecen constantes en la práctica, estos son los “roles elementales” que difieren de sus funciones, ya que estas últimas pueden cambiar de organización a organización, aun así, los roles son constantes y utilizados permanentemente, tanto en la práctica institucionalizada como en la independiente. Así tenemos que los roles de enfermería incluyen; otorgadora de cuidado; defensora del usuario; consejera; educadora; coordinadora; colaboradora; consultora y agente de cambio. Estos roles se implementan dentro de la estructura del Proceso de Enfermería.

La primera función y la más comúnmente asociada con enfermería es la de otorgadora de cuidado, la enfermera ve al individuo, familia y comunidad, dentro del contexto de las situaciones de vida. En este rol la enfermera usa el Proceso de Enfermería para definir el estatus de salud de la persona e identifica diagnósticos de enfermería que puedan reflejar estados o necesidades físicas, espirituales, culturales y psicosociales. Las acciones en este rol trascienden al ámbito de la familia del usuario de servicios.

Como educadora, implica la interacción con la paciente y su familia. Se



puede dar de manera incidental, espontánea en el momento mismo de la interacción o de una manera formal. La enfermera como educadora ayuda a los individuos a promover la salud, proporcionando conocimientos que les permitan realizar actividades razonadas o relacionadas con alguna enfermedad o tratamiento determinados. El Proceso de Enfermería apoya para establecer necesidades específicas de conocimiento y las intervenciones para enfrentar estas necesidades a través del proceso educativo, los individuos son ayudados para responsabilizarse del cuidado de su salud y la familia para que haga lo correspondiente en caso de que la persona no pueda hacerlo por ella misma.

Posteriormente el personal de enfermería adopta las funciones de colaboradora y agente de cambio, en las cuales hace a la paciente enfrentar una necesidad de salud identificada, en lo cual, implica la inclusión de los miembros de la familia en el Plan de Cuidados, y a partir de la evaluación de los cuidados, se realizan modificaciones en el plan de acción para mejorarlos. Después de haber identificado las necesidades y establecido un Plan de Cuidados, las funciones que puede adoptar la enfermera es ser defensora apoyando a la paciente y familia en la interpretación de la información que a ellos les proporcionan y proveen además, información necesaria para tomar decisiones concernientes a continuar al cuidado de su salud. Como consejera la enfermera identifica primero los patrones de interacción en el manejo de la salud y la enfermedad; patrones de salud disfuncionales o potencialmente disfuncionales, así mismo planea y define los métodos para el establecimiento de patrones que promuevan la salud. En esta función la enfermera estimula a la persona para trabajar en sus sentimientos, ayuda a la persona y a la familia en la integración de las experiencias de salud con otras experiencias de vida (Dozal, *et al.*, 2003: 22).



3.6 El cuidado en el hogar del paciente

El ritmo de vida de la humanidad ha llevado hoy en día a implementar formas de cuidado de la salud, no sólo de una forma curativa en el ambiente hospitalario. Este enfoque llevado hacia pacientes que requieren de cuidados más prolongados, ya sea por una enfermedad crónica o enfermedad terminal, estos cuidados son puestos en marcha en el hogar.

Un cuidado de la salud en casa se define como un conjunto de acciones a corto y largo plazo, dependiendo de las necesidades del cliente, que incluyen la asesoría multidisciplinaria de profesionales de la salud, en coordinación estrecha con familiares y pacientes para su cuidado en casa, el cual se podría presentar en tres escenarios fundamentales:

1. El cuidado de familiares a su enfermo, como una muestra de gratitud durante su convalecencia en un periodo de tiempo corto (en muchos casos sin conocimiento de cómo realizar cuidados).
2. El cuidado por tiempo más extendido. Aún sigue siendo sólo por familiares (tal es el caso de las indicaciones médicas).
3. El cuidado en casa dado por profesionales, en conjunto con los familiares y el paciente (manejo y aplicación de medicamentos controlados, etc.).

Para dar el enfoque histórico respecto al cuidado en casa podría ser remoto, pero como tal sus inicios de manera formal se inicia en 1898 con la Community Health and Nursing Service, la cual originalmente se instituyó para:

- Dar atención a los pacientes pobres.
- Proveer asistencia médica en la enfermedad.
- Fomentar la limpieza.



Enseñanza de un cuidado adecuado del enfermo.

En nuestro país el cuidado ha estado en constante evolución desde aquellos días en los cuales sólo el médico asistía al lecho del enfermo, hoy en día varias instituciones de amplio reconocimiento atribuyen al conocimiento sobre los cuidados del enfermo y ahora es una participación en conjunto con el equipo de salud.

El uso de cuidadoras profesionales en el hogar se da en Estado Unidos, el cual tiene un incremento anual de 17 % a 25 % de pacientes por cuidar, la creciente demanda del cuidado en el hogar por profesionales, en primer lugar a personas mayores de 65 años de las cuales más del 25 % reciben prescripción médica, 40% de admisiones en el hospital y 70 % de ellas requieren el cuidado en casa. Encabezando la lista de enfermedades más frecuentes, en primer lugar las oclusiones de arterias cerebrales tanto en hombres como mujeres, en un total de 1,928 pacientes, 1,081 mujeres y 847 hombres, estando presente el cáncer (tumores) y otras enfermedades crónicas en ambas vertientes. Lo que nos lleva a visualizar la necesidad latente de la profesionalización de la atención en casa (cita)

Los estilos de vida así como la forma de familia nuclear, ha llevado a que ambos padres tengan la necesidad de trabajar, lo cual impacta en la disponibilidad del individuo a brindar cuidados al familiar durante el día o la noche, esto sin tomar en consideración la cuestión financiera. Como tal el cuidado en casa debe de tener una estructura la cual incluya; apoyo social, trabajo multidisciplinario y un compromiso de todos los miembros de la familia. Cuando una familia tiene un enfermo en el hogar, requiere de un cuidador continuo orientado y coordinado por un personal de salud ya sea que éste dependa de alguna institución pública o privada, y como tal estos cuidados ya sean de forma pública o privada (en la mayoría de los casos) deben de cumplir con ciertos estándares de calidad; que se



define como el grado al cual los servicios de salud incrementan su probabilidad de proveer salud, logrando repercutir en su calidad de vida desde el hogar.

En el punto de vista del paciente y familiar, la calidad la visualizan como la satisfacción de un individuo en específico. Desde la perspectiva del profesional, significa el logro de los estándares establecidos por organizaciones profesionales. A lo cual lleva a la anticipación de la llegada del enfermo a casa, valorando las necesidades que éste pueda tener para la mejora de la calidad de vida. Es preciso que los profesionales de enfermería, se planteen estrategias de cuidado de la salud fundamentadas en la continuidad. La industria del cuidado en el hogar sigue creciendo constantemente por lo que lleva a la enfermera a tener diferentes enfoques como profesional de enfermería, dirigiéndose al cuidado físico, interpersonal, derivado de la comunicación correcta con el paciente-enfermera y finalmente educacional; el intercambio y aclaración de dudas del paciente respecto a su cuidado.

Concluyendo, el papel fundamental de la enfermera en la práctica del cuidado de la salud en el hogar, es aquel que brinda una unión necesaria entre el paciente y la familia, los profesionales de la salud, instituciones proveedoras, redes de apoyo y recursos que se le puedan brindar para tener parámetros oportunos de calidad. Es necesario que las enfermeras determinen y planteen modelos de cuidado de la salud en el hogar, con el objeto de dar propuestas constructivas para lograr un cuidado de la salud de calidad en el hogar (Pinto: 2009:83-90).

3.7 Concepto de intervenciones de enfermería

Es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos,



dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados (Bulechek, *et al.*, 2011:23).

El tratamiento puesto en marcha por el profesional de enfermería, es en respuesta a un diagnóstico de enfermería, una acción autónoma basada en fundamentos científicos, que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

3.8 Clasificación de las intervenciones de enfermería

La Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC), es una clasificación normalizada de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería, es útil para la documentación clínica, la comunicación de los cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función a los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y en cuidados tanto directos como indirectos (Bulechek, *et al.*, 2011:3).

Por lo tanto, de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud las intervenciones de enfermería se clasifican de la siguiente manera:

- **Intervenciones de enfermería dependientes:** actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería.



- **Intervenciones de enfermería independientes:** actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.
- **Intervenciones de enfermería interdependientes:** actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros (NOM-019-SSA3-2013).

3.9 Intervenciones de enfermería a pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria

De acuerdo a la valoración que han realizado profesionales de enfermería, en pacientes con cáncer de mama, se realizaron diagnósticos, en los cuales la educación estará planificada en base a los efectos secundarios que se presentan en las pacientes, pero también tomando en cuenta que cada paciente es única. Por lo tanto el personal de enfermería debe proporcionar información escrita sobre el tratamiento con quimioterapia que consiste en: efectos secundarios, cuidados en el hogar, con la finalidad de controlar o disminuir los efectos secundarios, esperados pero no deseados, siendo de manera individual con su familiar y de acuerdo al tratamiento administrado.

El conocimiento de la enfermedad y tratamiento, para las pacientes y familiares es indispensable, ya que con ello, se tendrá una actitud positiva, sobre todo en relación a la aceptación a los mismos y una participación activa en su terapéutica, proporcionando un cuidado que pueda mantener el bienestar de la paciente y la tranquilidad del familiar o cuidador principal. Por ello de acuerdo a la



valoración inicial de las pacientes, este capítulo va encaminado a los diagnósticos detectados y las intervenciones de enfermería específicas para estas necesidades.

El conocimiento, de acuerdo a la definición de la (NANDA, 2009), es la habilidad para aplicar información dirigida a promover, mantener y restaurar la salud. El diagnóstico de enfermería y las intervenciones se describen a continuación.

1) Diagnóstico de enfermería:

Conocimientos deficientes

Definición: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico (NANDA, 2009: 169).

Caracterizado por: su enfermedad y los efectos secundarios de los quimioterapéuticos.

Relacionado con: falta de exposición, incapacidad para recordar y poca familiaridad con los recursos para obtener información.

Intervenciones de enfermería

a) Enseñanza: proceso enfermedad

Definición: ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico (Bulechek, *et al.*, 2011: 354).

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Revisar y reconocer el conocimiento de la paciente sobre su estado.



- Describir los signos y síntomas de la enfermedad.
- Discutir las opciones de tratamiento.
- Instruir a la paciente y al cuidador sobre cuáles son los signos y síntomas.
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidado.

b) Enseñanza: tratamiento

Definición: preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito (Bulechek, *et al.*, 2011: 353).

Actividades:

- Informar a las pacientes y familiares sobre cuándo, cómo y dónde tendrá lugar la administración de la quimioterapia, así como la duración del tratamiento.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso.
- Explicar el tratamiento.
- Ser testigo del consentimiento informado de la paciente del tratamiento de acuerdo a la política de la institución.
- Enseñar a la paciente como participar durante el tratamiento.
- Informar a la paciente de los efectos secundarios a corto plazo.
- Enseñar a la paciente cómo participar durante el procedimiento.
- Proporcionar información acerca de lo que sentirá durante el tratamiento (efectos secundarios).
- Describir las valoraciones posteriores al tratamiento y el fundamento de las mismas (toma de laboratorios, antes de iniciar cada ciclo, para valorar mielosupresión, pruebas de función hepática y renal).
- Proporcionar la información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que se los explicará.



- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.

c) Manejo de la quimioterapia

Definición: ayuda al paciente y a la familia para que comprendan la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos (Bulechek, *et al.*, 2009:527).

Actividades:

- Controlar los exámenes previos al tratamiento en pacientes con riesgo de efectos secundarios de inicio más temprano, duración más prolongada y más preocupantes.
- Promover actividades para modificar los factores de riesgo identificados.
- Observar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos del tratamiento.
- Proporcionar información a la paciente y familia sobre el funcionamiento de los fármacos antineoplásicos sobre las células malignas.
- Instruir a la paciente y a la familia acerca de los efectos de la quimioterapia sobre el funcionamiento de la médula ósea.
- Instruir a la paciente sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos.
- Informar a la paciente que notifique inmediatamente la existencia de fiebre, hemorragias nasales, hematomas excesivos.
- Poner en práctica precauciones para prevenir la neutropenia y hemorragias.
- Determinar la experiencia previa de la paciente con náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia.
- Administrar medicaciones, si es necesario, para controlar los efectos secundarios.
- Minimizar olores.



- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios de electrolitos.
- Informar a la paciente que se espera una caída de cabello.
- Ayudar a la paciente a planificar la caída de pelo, enseñándole las alternativas disponibles, como pelucas, pañuelos, sombreros o turbantes.
- Tranquilizar a la paciente explicándole que el pelo volverá a crecer una vez finalizado el tratamiento.
- Enseñar las consecuencias del tratamiento sobre la función sexual, incluida la duración del uso de los anticonceptivos.
- Ayudar a la paciente a controlar la fatiga con la planificación de periodos de descanso frecuentes, espaciar las actividades y limitar las demandas diarias.
- Proporcionar información concreta y objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el miedo, la ansiedad de la paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.

2) Diagnóstico de enfermería

Deterioro de la mucosa oral

Definición: alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral (NANDA, 2009: 316).

Caracterizado por:

- Dificultad para comer.
- Dificultad para deglutir.
- Disminución del sentido del gusto.
- Malestar oral.
- Úlceras orales.

Manifestado por:

- Quimioterapia.
- Conocimientos deficientes sobre la higiene oral adecuada.



- Inmunosupresión.

Intervenciones de enfermería

a) Mantenimiento de la salud bucal

Definición: mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales (Bulechek, *et al.*, 2009:594).

Actividades:

- Establecer una rutina de cuidados bucales.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral.
- Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos.
- Enseñar a la paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.
- Observar si hay signos y síntomas de glotis o estomatitis.
- Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua.
- Enseñar a la paciente a masticar chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y la limpieza de los dientes.
- Obtener la historia clínica del tratamiento actual.
- Enseñar a la paciente a utilizar enjuagues antisépticos sin alcohol o solución salina con bicarbonato. Si la mucositis es de grado III utilizar colutorios anestésicos sin alcohol antes de las comidas (el alivio del dolor puede ayudar a la masticación y la deglución) (LeMone, 2012: 408).
- Tomar alimentos líquidos o semilíquidos suaves y fríos.
- Consultar la posibilidad de prescribir analgésicos al paciente para controlar el dolor.



3) Diagnóstico de enfermería

Riesgo de infección

Definición: aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos (NANDA, 2009: 303).

Factores de riesgo:

- Inmunodepresión secundaria al tratamiento con antineoplásicos.

Intervenciones de enfermería

a) Protección contra las infecciones:

Definición: prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo (Bulechek, *et al.*, 2011:699).

Actividades:

- Informar a la paciente y familiar sobre los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Enseñar a la paciente y familiar las técnicas adecuadas de higiene personal, lavado de manos y aseo dental.
- Seguir las precauciones propias de una neutropenia.
- Limitar el número de visitas, evitando todas aquellas que puedan estar pasando un proceso infeccioso.
- Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Facilitar el descanso.
- Administrar un agente de inmunización (Bulechek, *et al.*, 2011:699).
- Informar a la paciente que debe evitar conglomeraciones, y un aseo personal escrupuloso, ya que durante los periodos de neutropenia puede perder la inmunidad, por lo que la higiene cuidadosa reduce el riesgo de infección.



- Enseñanza a la paciente y familiares para vigilar la temperatura y cualquier síntoma de infección.
- Vigilar signos de hemorragia (LeMone, 2012:407).

4) Diagnóstico de enfermería

Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico

Definición: riesgo de cambios en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud (NANDA, 2009: 82).

Factores de riesgo:

- Diarrea.
- Efectos secundarios con el tratamiento.
- Náuseas y/o vómitos.

5) Diagnóstico de enfermería

Náuseas

Definición: sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar (NANDA, 2009: 351).

Caracterizado por:

- Aversión a los alimentos.
- Sensación nauseosa.
- Aumento de la salivación.

Relacionado con:

- Fármacos (antineoplásicos).

Intervenciones de enfermería

a) Manejo de las náuseas

Definición: prevención y alivio de las náuseas (Bulechek, *et al.*, 2011: 546).



Actividades:

- Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (p. ej., apetito, desempeño laboral, sueño).
- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas.
- Realizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad a menos de que esto estimule las náuseas.
- Animar a que ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas.
- Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes y sin olor, según sea conveniente.
- Controlar los factores ambientales que pueden evocar náuseas (p.e., malos olores, ruido, estimulación visual desagradable).

b) Manejo del vómito

Definición: prevención y alivio del vómito (Bulechek, *et al.*, 2011: 590).

Actividades:

- Valorar el color, la consistencia, la presencia, la duración y el alcance de la emésis.
- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito.
- Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido, estimulación visual desagradable).
- Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento).
- Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.
- Empezar con líquidos transparentes y no carbonatados.
- Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos.



- Fomentar el descanso.
- Ayudar a la paciente y familiar a solicitar y proporcionar ayuda.

6) Diagnóstico de enfermería

Diarrea

Definición: eliminación de heces líquidas, no formadas (NANDA, 2009: 101).

Caracterizado por:

- Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día.
- Urgencia para defecar.

Relacionado con:

- Efectos adversos de los medicamentos.

Manejo de la diarrea:

Definición: prevención y alivio de la diarrea (Bulechek, *et al.*, 2011: 509).

Actividades:

- Enseñar a la paciente a eliminar los alimentos que forman gases o picantes en la dieta.
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea.
- Ordenar al paciente que notifique a su familiar cada episodio de diarrea que se produzca.
- Pesar regularmente a la paciente.
- Enseñar a evitar los laxantes.
- Vigilar la preparación segura de comidas.



7) Diagnóstico de enfermería

Ansiedad

Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro (cita).

Caracterizado por:

- Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
- Nerviosismo.
- Insomnio.
- Sentimientos de inadecuación.
- Olvido.
- Bloqueo del pensamiento.
- Temor a consecuencias inespecíficas.

Relacionado con:

- Cambios en el estado de salud.
- Estrés.
- Amenaza para los patrones de interacción, necesidades no satisfechas.

Intervenciones de enfermería

a) Disminución de la ansiedad

Definición: minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado (Bulechek, *et al.*, 2011: 308).

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé tranquilidad.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico y tratamiento.



- Fomentar la realización de actividades no competitivas. Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Determinar la incapacidad de toma de decisiones del paciente.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

3.9.1 Prioridades en la enseñanza de la paciente que recibe quimioterapia

Cada paciente debe ser valorada de manera individual y de acuerdo a los efectos secundarios del tratamiento, el contenido del programa educativo se diseñará en referencia a la valoración de la paciente y familiar o cuidador principal, tomando en cuenta los siguientes aspectos.

a) Valorar

- Tiempo disponible.
- Necesidades del aprendizaje.
- Personas disponibles para la educación.
- Obstáculos en el aprendizaje (agudeza de la enfermedad, deficiencias sensoriales, dolor, temor, y ansiedad sobre el diagnóstico y tratamiento).

b) Recursos necesarios

Valorar la voluntad y la disposición para aprender e informar a la paciente y familia, sobre el programa de actividades para la administración de la quimioterapia y la monitorización de las pruebas diagnósticas y de laboratorio. Estimular la práctica y la repetición de las nuevas habilidades aprendidas para promover el cumplimiento en los procedimientos de riesgo, proporcionar materiales escritos y número de teléfono importante. Enseñar los medicamentos específicos y los efectos secundarios para que la paciente pueda experimentar y saber cuándo, cómo, dónde y a quién llamar si surgen problemas.



c) Contenido de la enseñanza

- Plan de tratamiento.
- Objetivos de la quimioterapia.
- Régimen del tratamiento.
- Pruebas asociadas de laboratorio y diagnósticas.

d) Efectos secundarios

- Efectos secundarios esperados.
- Tratamiento de los síntomas.
- Signos y síntomas que deben comunicarse.

e) Registro

- Tiempo para la enseñanza.
- Pacientes y familiares que han recibido instrucción.
- Diseminación de la información.
- Recursos utilizados.
- Evaluación de necesidades.

3.9.2 El profesional de enfermería como educador

El profesional de enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la unión de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud asociada a la especialización. Es la enfermera quien crea relaciones mediante el reconocimiento mutuo enfermera-paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos.

La función del profesional de enfermería como educador es cada vez más importante por varias razones. Los profesionales sanitarios y pacientes, así como



los gobiernos locales, estatales y federales, están poniendo mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; las estancias hospitalarias se están acortando, y el número de personas con enfermedades crónicas está aumentando en nuestra sociedad. El alta temprana de los pacientes del marco hospitalario a su casa implica que los familiares que los cuidan deben aprender a realizar tareas complejas. Todos estos factores hacen importante la función de educación del profesional de enfermería, para mantener la salud y el bienestar de los pacientes.

El rol educativo se refiere principalmente a las actividades de educación para la salud y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos. El educar a la paciente es un aspecto importante del ejercicio de la enfermería y una importante función independiente de enfermería. La educación en la paciente es multifacética, implicando la promoción, protección y conservación de la salud. Implica entonces enseñar cómo reducir factores de riesgo para la salud, aumentar el grado de bienestar del individuo e informar acerca de medidas concretas de protección de la salud.

El personal de enfermería en su rol de educadora debe:

- 1) Detectar necesidades educacionales conjuntamente con el individuo, familia, comunidad y grupos.
- 2) Planificar y ejecutar acciones inmediatas de educación para la salud a nivel individual y familiar.
- 3) Planificar ejecutar y conducir programas de educación para la salud a nivel individual o colectivo.
- 4) Evaluar el impacto de los programas de educación para la salud y su intervención.
- 5) Diseñar, planificar, coordinar y desempeñar la función docente en dependencias académicas de nivel técnico.



- 6) Planificar y conducir programas de educación permanente para el personal de enfermería de nivel técnico (Dozal, en Cárdenas, *et al.*, 2012:9).

3.9.3 Clasificación de los métodos en educación para la salud según la OMS

Los métodos y medios que se pueden utilizar como apoyo en las actividades de educación para la salud se clasifican, según la OMS, en:

a) Métodos bidireccionales o directos

En ellos existe contacto directo entre el educador y el educando, utilizándose la palabra hablada como medio de comunicación. Como complemento a ésta pueden utilizarse ayudas técnicas (dibujos, pizarra, diapositivas, etc.). Su principal ventaja radica en que el contacto directo del educador y el educando facilita la aclaración de las dudas o problemas que puedan surgir. La palabra educativa puede utilizar cuatro vías principales de aplicación: el diálogo, la clase, la charla y la discusión en grupo.

1) El diálogo

Es uno de los mejores métodos de educación sanitaria. Para que sea eficaz, se precisa la creación de un clima de confianza y comprensión mutua. El tacto social del entrevistador debe procurar disipar los celos que todo tipo de contacto humano provoca en una primera aproximación. Además, durante su desarrollo es fundamental saber escuchar (no interrumpir al entrevistado, no discutir ni criticar sus opiniones, ni siquiera las equivocadas), saber conversar (emplear un lenguaje claro, apropiado a la mentalidad y cultura del entrevistado), estar familiarizado con los temas que le importan y le preocupan, mostrarse interesado en ellos y saber aconsejar (no aportar una solución que parezca personal, más bien al contrario, procurar que la respuesta sea hallada espontáneamente por el entrevistado).



2) La plática

Es el procedimiento directo de educación sanitaria más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupos. En la planificación y realización de las charlas deben tenerse muy presentes los siguientes puntos para que la educación sea eficaz: debe ser promovida por el propio grupo a quien va dirigida, a través de sus líderes. El orador elegido debe ser conocedor del tema, pero al mismo tiempo debe gozar de prestigio entre los oyentes. El tema elegido debe responder a los deseos, necesidades e intereses del auditorio. En el desarrollo de la charla es preciso tener en cuenta una serie de consideraciones técnicas: La charla debe ser breve. Lo ideal es que no sobrepase la media hora. Se debe utilizar un lenguaje apropiado a la mentalidad y cultura de los oyentes.

La exposición debe ser estructurada, comenzando con una introducción que despierte el interés, continuando con una serie de ideas concretas, expuestas de un modo sencillo y preciso y concluyendo con un resumen final de lo dicho que estimule la discusión. Es conveniente citar experiencias y anécdotas durante la disertación, ya que contribuyen a la amenidad de la charla. También es aconsejable la utilización de ayudas audiovisuales (diapositivas, transparencias) para clarificar y fijar ideas.

Al final de la charla hay que conceder siempre un tiempo destinado al diálogo y al coloquio. Toda charla en la que sólo hable el encargado de darla es, desde el punto de vista formativo, no sólo estéril, sino también perjudicial. Cuando el oyente no puede solicitar aclaraciones o manifestar sus dudas u opiniones, se engendra un sentimiento de frustración que puede desencadenar una actitud hostil hacia el orador y los principios que pretende inculcar.

Es importante efectuar una evaluación final de la charla, valorando el número de personas asistentes, interés y atención del auditorio y preguntas más interesantes efectuadas por los asistentes. Este último punto es de especial



importancia, ya que permitirá conocer aquellos conceptos e ideas que son de mayor interés por parte del auditorio, así como aquellos problemas o aspectos que son de más difícil comprensión y deberán merecer atención especial en charlas posteriores. Cuando un mismo tema va a ser desarrollado por diferentes oradores, es muy importante unificar los criterios y la exposición de conceptos.

3) La discusión en grupo

Consiste en la reunión de pequeños grupos (12-15 personas) y la discusión entre sus miembros, moderada por un líder, con el fin de tratar un problema y lograr una solución, que al haber sido tomada por acuerdo general es probable que sea más aceptada y seguida que una decisión individual.

Hoy en día la discusión en grupos está considerada como el más eficaz de los métodos de educación sanitaria de grupos utilizado para la modificación de actitudes y conductas de salud.

La exposición de las opiniones de los diferentes miembros del grupo permite una confrontación de sus ideas y una complementación de los distintos puntos de vista sobre el asunto tratado. Las ideas expuestas por los miembros del grupo son sometidas a juicio y valoración, de tal forma que las inconsistencias son rápidamente desechadas muchas veces por el propio expositor, el cual se da cuenta de su poco valor mientras las expone o, lo que es más frecuente, después de oír a los demás. El juego de ideas y de conceptos entre los miembros del grupo mejora la comprensión del problema y hace que las nuevas conductas de salud sean aceptadas con facilidad.

Para que la eficacia de este método sea óptima se han de cumplir los siguientes requisitos: el tema debe ser del interés de los educandos, los cuales deben conocerlo, aunque sea superficialmente, antes de iniciarse en la discusión. Deben tener, además, capacidad para exponer las ideas y para defenderlas una



vez expuestas. Este procedimiento es ideal cuando la educación sanitaria va dirigida a personas jóvenes y se tratan problemas específicos de su edad.

En la discusión en grupo debe existir un director o animador y un acompañante. La labor de este último es, simplemente, la realización de un resumen de la marcha de la discusión y el informe final con las conclusiones a que se ha llegado durante ella.

b) Métodos indirectos

Utilizan la palabra hablada o escrita o la imagen, pero interponiendo entre los educandos y los educadores una serie de medios técnicos, los medios de comunicación de masas, que pueden ser: visuales (carteles, folletos) y audiovisuales (vídeo y televisión). Cuyas funciones ayudan a mantener el interés por su carácter novedoso, permiten concretar gráfica y simbólicamente las ideas, ofrecen experiencias directas, estimulan el pensamiento reflexivo.

Con estos métodos, a diferencia de los directos, no hay una relación cara a cara entre el educador y el educando, lo cual hace que no sea posible el reflujó de la información, con lo que la eficacia de la comunicación es menor. También se diferencian por el número relativamente elevado de personas que alcanzan y porque el colectivo receptor hace muy poco o ningún esfuerzo para recibir el mensaje, lo cual le resta eficacia.

La educación para la salud pretende cambiar conductas y estilos de vida que en muchos casos son gratificantes y se llevan practicando durante largos años y cuyo cambio puede llegar a ser doloroso o molesto. En general, hoy en día se acepta que, en el campo de la educación sanitaria, los medios de comunicación de masas tienen los siguientes efectos:



- a) Incrementan los conocimientos de la población sobre el tema. Es decir, son útiles para informar y sensibilizar a los grupos y colectivos sobre los hábitos insanos objeto del programa educativo.
- b) Refuerzan las actitudes previamente sostenidas, pero no sirven para cambiar las actitudes contrarias firmemente arraigadas.
- c) Pueden dar lugar a cambios de conducta, pero sólo cuando ya existe una predisposición previa a la acción.

Para decidir cuál es el mejor método indirecto a utilizar se debe tener en cuenta que tienen que ser adaptados al auditorio, valorando, entre otros, la edad, los conocimientos y capacidades y el interés y motivaciones que éste tenga.

A continuación se muestran algunos métodos de los que se pueden utilizar, así como las ventajas que ofrece cada uno y la forma de utilización.

1) Carteles

Son uno de los métodos más utilizados para la información y la educación sanitaria.

Tipos

- Racional: Si el argumento y/o el dibujo que utilizan mueve a la reflexión, al pensamiento.
- Emocional: Si mueve a producir un efecto o realizar una acción. Si despierta una “emoción” o produce un impacto.
- Mixtos.

Principios

- El mensaje debe ser sencillo, sólo recogerá una idea.
- La idea estará contenida en la ilustración.
- Se ajustará a los principios de un buen diseño gráfico y de ser posible artístico.



- Tendrá “IMPACTO”. Hará detenerse a las personas.
- El mensaje será completo, claro e inmediatamente comprensible.
- El contenido debe adaptarse al público al que va dirigido.
- Los carteles atractivos e interesantes ayudan a crear una atmósfera de simpatía hacia la actividad educativa.

2) Diseño

- Usar muy pocas palabras.
- Las palabras deben resaltar (tipo de letra, tamaño y lugar de colocación).
- La ilustración se adecuará al tema.
- Buscar un buen contraste y hacer énfasis para la transmisión de una idea precisa.
- Para “atraer la vista” el diseño será atrevido, claro y sencillo.
- El color da significado, expresión, fuerza y contraste al cartel.

Su principal función es la de atraer la atención de un modo intenso y rápido sobre un asunto. Es fundamental que el cartel contenga una sola idea, clara, concisa e incisiva. Deben instalarse en lugares visibles y estratégicos, con colores llamativos y bien combinados, con un dibujo atrayente y adecuado al tema, de modo que con una sola mirada permita comprender la idea que se quiere transmitir. El texto ha de ser lo más breve posible.

Por lo directo del impacto que producen son muy utilizados al inicio de las campañas con el fin de llamar la atención.

3) Folletos

Son publicaciones sencillas que tratan por lo general de un tema específico.

Entre sus ventajas más importantes hay que destacar:



- Son muy versátiles. Se pueden utilizar con diversos fines y, adaptando su contenido, pueden servir para diferentes clases de público de acuerdo a sus necesidades y niveles de instrucción.
- El mensaje no es puntual, como el de la radio o la televisión, sino que permanece.
- Constituyen un complemento eficaz de los otros medios de comunicación, tanto directo como indirecto.
- Suelen tener, en general, un bajo costo.
- El mayor inconveniente que presentan es que sólo son aptos para el público alfabetizado.
- Con objeto de que el folleto sea eficaz y su rendimiento óptimo, es conveniente no distribuirlos masivamente, sino sólo a aquellas personas que previamente estén interesadas en el tema, ya que la distribución masiva no es útil como medio de educación sanitaria, debido a que las personas que previamente no hayan sido sensibilizadas e interesadas en el tema ni siquiera los leerán.

Clasificación

- Motivadores: Impulsan a que se haga algo, que se actúe.
- Promotores: Sirven para conseguir apoyo.
- Educativos: Enseñan cómo hacer algo.

Reglas básicas para su elaboración

- Escribir lo que le interesa al auditorio.
- Ser conciso en la escritura.
- Usar el léxico adecuado.
- Máxima claridad.
- Específico: presentar hechos concretos.
- Letra grande y atractiva.



- Título corto y llamativo.
- Deben evitarse párrafos completos en mayúscula, porque dificultan la lectura y estropean la presentación.
- Los dibujos refuerzan el texto y son fuente de humorismo.

3.9.4 Educación para la salud

Un elemento de importancia en todo cuidado que se proporcione al paciente adulto y familiares, es la educación formal o informal orientada hacia la necesidad de obtención de conocimiento o realización de objetivos, en forma dinámica, interactiva y cooperativa, apoyada con técnicas de enseñanza individual o grupal según sea el caso.

Los objetivos de la educación para la salud son los siguientes:

- Fomentar el autocuidado.
- Favorecer y mejorar la salud.
- Observar los planes terapéuticos.
- Disminuir o controlar alteraciones emocionales.
- Reducir los ingresos hospitalarios.
- Influir en la responsabilidad que paciente y familiares deben de asumir.

El proceso enseñanza aprendizaje se inicia con un diagnóstico de necesidades y problemas, ya sea del individuo, de la familia o de la comunidad, para determinar la metodología y modos de aprendizaje requeridos, tendientes a estimular la obtención de conocimientos, habilidades y experiencias respecto a la salud, mismas que deben de ser evaluadas. El tipo de aprendizaje, será de acuerdo a los objetivos deseados, como la reafirmación de conocimientos, el desarrollo de habilidades, el control de alteraciones emocionales, por lo cual se requieren:



- Técnicas de enseñanza individual y grupal.
- Modos de aprendizaje: lectura, visión, audición.
- Estrategias de enseñanza: exposición, educación programada.
- Medios de educación acordes al temas o exposición, con lenguaje adecuado y comprensible, documentación legible y clara, ya sea en proyecciones audiovisuales o material impreso.

Lo anterior permite entender que el conocimiento de los procesos administrativo y de enseñanza aprendizaje, de la conducta y comunicación humanas y de la actitud profesional durante su ejercicio, son los principales elementos para lograr los objetivos educativos en cualquier ámbito o situación (Rosales, et al., 2004: 23).



CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La noticia del diagnóstico de cáncer causa miedo tanto en la paciente que recibe la noticia como en la familia, ya que se tienen que adoptar roles nuevos, algún miembro de la familia debe ser asignado como “cuidador principal”, quien será el encargado del cuidado del paciente que incluye tareas cotidianas, como ayudar al paciente con sus medicamentos, las visitas médicas, las comidas, los horarios y los asuntos relacionados con la salud. También incluye brindar apoyo emocional y espiritual, como ayudar al paciente a lidiar con sus sentimientos y tomar decisiones difíciles. Si la paciente no presenta complicaciones durante su tratamiento de quimioterapia, continuará con sus deberes, pero aún así la familia debe estar informada sobre el proceso de la enfermedad de su paciente. El familiar a cargo del paciente colabora con el equipo de atención de la salud y cumple una función importante en la mejora de la salud y la calidad de vida del paciente. En la actualidad, los familiares a cargo de la atención hacen muchas cosas que antes se hacían en el hospital o el consultorio del médico y que estaban a cargo de proveedores de atención de la salud.

Es importante que el familiar a cargo de la atención del paciente forme parte del equipo desde el principio. El familiar del paciente tiene un trabajo muy importante pues debe vigilar atentamente los cambios en la afección de salud de la paciente y al mismo tiempo, proporcionar atención a largo plazo en el hogar. Los familiares del paciente pueden ayudar a planificar el tratamiento, tomar decisiones, y cumplir con el tratamiento durante las diferentes etapas del mismo.

Por lo tanto fue importante incluir a la paciente que recibe quimioterapia y a la familia en la entrevista. A continuación se describen los resultados por fases de desarrollo:



a. Fase de diagnóstico

La población de estudio fue la siguiente: participaron cinco pacientes con diagnóstico de cáncer de mama recibiendo quimioterapia ambulatoria; de las cinco pacientes entrevistadas, una era derechohabiente y cuatro estaban registradas en el programa de Seguro Popular del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM); con edades de 42 años y la máxima de 68; el nivel académico de ellas fue variable: una tenía el nivel académico de licenciatura, derechohabiente del ISSEMYM, casada y ejerce su profesión. De las pacientes de Seguro Popular dos de ellas culminaron la secundaria y otras dos hasta sexto de primaria, casadas y amas de casa. Una paciente estudió hasta tercero de primaria, viuda, refiriendo ser ama de casa.

En cuanto a los estadios de las pacientes, dos de ellas cursan estadio IV, ambas con quimioterapia paliativa. Dos pacientes cursaban estadio I y una paciente con estadio II. Una paciente refiere diabetes mellitus y otra hipertensión, ambas con tratamiento médico y en control.

Los resultados obtenidos en la entrevista previa (anexo 4), de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y familiares que contribuyen al cuidado de éstas, se presentan ordenados en categorías, de las cuales se obtienen códigos para realizar el análisis del contenido.

Categoría: Programa educativo

Códigos:

- 1) Conocimiento sobre su tratamiento de quimioterapia.
- 2) Efectos secundarios.
- 3) Signos de alarma.
- 4) Complicaciones.



5) Cuidados en el hogar.

1.- Conocimiento sobre su tratamiento de quimioterapia

El Conocimiento se define como la comprensión y habilidad para aplicar información y así promover, mantener y restaurar la salud (NANDA, 2009: 393). Las pacientes y sus familiares a cargo, también llamados proveedores informales de cuidados, proporcionan una variedad compleja de tareas de apoyo que comprenden el dominio físico, psicológico, espiritual y emocional. Por lo cual es necesario que conozcan el nombre de la quimioterapia y los efectos secundarios siendo esto uno de los elementos importantes de la enseñanza del cuidado, una de las pacientes entrevistada, mencionó el nombre de los fármacos citotóxicos, el esquema, y los ciclos que estaba recibiendo:

“El nombre de tratamiento es el *FAC*, osea, adriamicina, ciclofosfamida y 5-fluoracilo, me dijeron el nombre y traté de aprendermelo”(E-2).

La mayoría de las pacientes desconoce el tratamiento y sobre todo el nombre de los farmacos que les aplican. Al saber las pacientes el nombre del tratamiento de quimioterapia, a pesar, de la complejidad de los nombres, ayuda a participar en su cuidado.

El cuidador ejerce funciones protagónicas en el cuidado en la casa y debe tener un grado suficiente de preparación para esta responsabilidad, que incluye la voluntad para asumir el rol de cuidador, el conocimiento sobre este rol, la demostración de recompensa por parte del receptor (Sánchez, 2006: 374). El familiar de la paciente, el cual refiere que es su esposo, están en comunicación, implicandose en el tratamiento y apoyando en los cuidados de la paciente cuando se encuentra discapacitada por fatiga, posterior a la administración de su



tratamiento. Por lo tanto él también contesta con seguridad el nombre de la quimioterapia que se le administra a su paciente, dando las siguientes respuestas:

“Si, el nombre de la quimioterapia de mi esposa es el taxol” (F-2).

El familiar está en participación activa en el tratamiento de su paciente, afirmando que conoce el nombre del tratamiento, por lo tanto existe la comunicación efectiva entre la paciente y familiar, lo cual puede ayudar a tener un bienestar tanto físico como emocional de la paciente, en este proceso de tratamiento. Sin embargo las necesidades de información de los pacientes de cáncer son muchas y amplias: la mayoría de los familiares manifestaron las necesidades de información sobre los tratamientos, la importancia de realizarse exámenes de laboratorio antes de la administración de su tratamiento, efectos secundarios y síntomas. Las necesidades de información de las personas a cargo del paciente son diferentes a las de la paciente.

En pacientes con un nivel académico de licenciatura con remisión de la enfermedad, se observa que habían recibido tratamiento de quimioterapia en años anteriores y en ese momento estaba recibiendo otra línea de tratamiento por encontrarse en estadio IV. Ella refirió que tenía comunicación con el equipo de salud que se encargaba de su tratamiento y cuidado, de la siguiente manera:

“ Tengo comunicación con mi médico tratante... y la enfermera..., ellos pusieron mucha atención en mí, para que pudiera entenderles sobre el nombre de mi tratamiento, también me dijo qué síntomas iba a presentar, y qué debo hacer en mi casa...además de que la enfermera me proporcionó la información por medio de un tríptico”(E-2).

La paciente refiere que el médico es el primer personal de salud que la orienta, ya que es el que le da a conocer la noticia del diagnóstico y el tratamiento a recibir, posteriormente como segundo contacto, el personal de enfermería es



quien orienta sobre el tratamiento que está recibiendo, por medio de formatos que ayudan a la orientación de la paciente y familiar en torno al mismo tratamiento. Una meta dentro del cuidado que ofrece la enfermera es enseñarle a la paciente a mejorar la capacidad de:

- 1) Saber el tratamiento para entender los síntomas y las decisiones del cuidado a establecer.
- 2) Comunicar sus necesidades y preferencias relacionadas con los cuidados de apoyo.

El familiar a cargo del paciente a menudo asumirá la función de comunicador en favor del paciente. Tanto para los pacientes como para las personas encargadas de ellos, la comunicación se ve afectada por la forma en que los miembros del núcleo familiar responden a la información relacionada con la salud y la capacidad de estos para procesar el carácter grave de cierta información. Por lo tanto la enseñanza continua, está encaminada a mantener un cuidado adecuado, conforme a los conocimientos, a la experiencia y a la obtención correcta de información, con ello, pueden verbalizar o aprender todo lo que acontecerá en su proceso de enfermedad y tratamiento:

“La enfermera que me brindó la información, fue muy específica en los efectos secundarios, aunque no todos los presenté, siempre que tengo dudas, las anoto en una libreta, y luego en la consulta se los pregunto al médico o a la enfermera”(E-2).

En referencia a lo anterior, la paciente manifiesta los síntomas que va presentando conforme la experiencia que está teniendo en el proceso del tratamiento, pone énfasis en ellos por medio de la notificación mediante un diario en torno a lo inusual en su vida normal, expresándolo tanto en la consulta al médico oncólogo como al personal de enfermería en la sala de quimioterapia. En general, las enfermeras están convencidas de lo útil que resulta proporcionar



información a las pacientes y a los familiares. La información adaptada a la situación de cada una de ellas proporciona orientación para ofrecer cuidados. La información también ayuda a reducir la tensión que produce el estar a cargo de un paciente y los sentimientos relacionados con la impotencia. La información acerca de la trayectoria de la enfermedad del paciente, el curso previsto de la enfermedad y la variedad de emociones que afectan las familias, ayudan a regularizar la situación y mejora la sensación de control de una persona que presta su asistencia.

Además del adecuado acompañamiento de la familia y la comunicación efectiva, el familiar también responde:

“A mi esposa y a mí nos dio una clase la enfermera del turno vespertino y el médico que atiende a mi esposa, sobre los efectos secundarios y el nombre del tratamiento”(F-2).

Al hacer la intervención de enfermería por medio de la orientación a la paciente y al familiar, sobre los efectos secundarios del tratamiento, los familiares pueden involucrarse en el cuidado de la paciente en el hogar. Aunque la quimioterapia puede ser muy eficaz, también tiene sus riesgos y efectos secundarios. Algunas personas experimentan náuseas, pérdida del apetito, del cabello, fatiga, fiebre y dolor. La quimioterapia también tiene algunos efectos secundarios duraderos, tales como pérdida de memoria, problemas del corazón, y el riesgo de cáncer en el futuro. Por ello es necesario conocer el ciclo de la quimioterapia:

Tanto la paciente como el familiar dan una respuesta asertiva al preguntarles qué es un ciclo de quimioterapia y cuántos va a recibir:

...” es el total del tratamiento que voy a recibir, por ejemplo ya recibí tres ciclos de FAC cada veintidos días... con el taxol... llevo...tres



aplicaciones...llevo nueve aplicaciones...lo cual hacen hasta hoy el tercer ciclo..."(E-2).

Al especificar la paciente el esquema de quimioterapia, se encuentra segura del tratamiento que está recibiendo, expresándolo desde un inicio, con un estado de ánimo positivo, tanto hacia su enfermedad como de su tratamiento.

"La enfermera y el médico que le da la consulta nos dijo que va a recibir ocho ciclos y lleva hasta el momento tres..." (F-2).

Igualmente el familiar menciona que se siente seguro sobre la información que recibe del personal de salud que atiende a su esposa, participando en el acompañamiento, y en la toma de decisiones sobre el tratamiento a recibir. Los efectos adversos del tratamiento anticanceroso constituyen uno de los principales problemas que el paciente oncológico presenta. La mayor parte de los fármacos disponibles para el tratamiento del cáncer no son específicos para un tipo de tumor, esta inespecificidad es la responsable del riesgo citotóxico al que están sometidas las células normales del organismo, provocando la aparición de los efectos secundarios en el paciente con cáncer. Todos y cada uno de estos efectos están relacionados con la alteración del bienestar en el paciente, por eso, la mayoría de las intervenciones de enfermería deben estar enfocadas a promover el autocuidado y mejorar el bienestar del paciente, ya que, atender las necesidades físicas de los pacientes sin enseñarles a incrementar, mantener y recuperar la salud es hacer el trabajo incompleto.

La educación es un elemento de importancia en todo cuidado que se proporcione al usuario o paciente adulto y familiares, es la educación formal o informal orientada hacia la necesidad de obtención de conocimiento o realización de objetivos, en forma dinámica, interactiva y cooperativa, y apoyada con técnicas de enseñanza individual o grupal según sea el caso (Rosales, *et al.*, 2004: 23).



Al realizar las entrevistas con las pacientes de nuevo ingreso o que ya tenían dos ciclos de quimioterapia pero aún no habían tenido orientación por el personal de enfermería con su familiar, cambia totalmente el panorama del conocimiento hacia el riesgo de tener complicaciones, esto se afirma por las siguientes respuestas:

“No se me dió a conocer el nombre de mi tratamiento, ni por el doctor ni por la enfermera” (E-1).

“Nadie me ha dicho nada” (E-5).

Cuando las pacientes niegan el haber recibido información sobre su tratamiento y los efectos secundarios, se les observa apáticas, no aceptan que se les hagan las preguntas, se encuentran distantes, con poca atención a la entrevistadora, por lo tanto la única respuesta que se obtiene es un “no”, o nadie me ha dicho nada, las pacientes aún se encuentran en estado de negación de su padecimiento y tratamiento, generando la indisposición para entender la información que se le brinde. Las pacientes que inician su tratamiento por lo general se encuentran en un estado de ánimo de tristeza, apatía, enojo, ira; por mencionar algunas, de ahí la importancia de enseñarle a la paciente estrategias de afrontamiento de la nueva vida que tendrá con el tratamiento, aunque la negación “es el intento conciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor que conduce a un detrimento de la salud (NANDA, 2009: 272).

Los familiares de éstas pacientes refieren:

“No se nos dio información, unicamente estabamos en consulta y el doctor nos dijo que por el estadio en el que se encontraba iba a pasar a tratamiento de quimioterapia, y que era urgente, que ya empezara” (F-1).

Los familiares cuando refieren que no se les brindó ningún tipo de información y que al entrar su paciente a la sala de quimioterapia, se angustian,



que no saben que acontecerá dentro de esta sala y si pueden o no ayudar a su paciente. Las personas que cuidan a la paciente tienen sus propias respuestas emocionales al diagnóstico y el pronóstico de la paciente, y pueden necesitar entrenamiento y apoyo emocional diferentes de los que se ofrecen a las pacientes. Las funciones de quienes cuidan al paciente y la carga que asumen se ven profundamente afectadas por el pronóstico, el estadio de la enfermedad y los objetivos del tratamiento. Pese a ello, se espera que una persona a cargo de un paciente aprenda la terminología nueva relacionada con la enfermedad, entre en el nuevo entorno de tratamiento junto al paciente de cáncer y participe activamente en la toma de decisiones. Estas razones hacen que las personas a cargo del paciente experimenten una variedad compleja de emociones fuertes, que pueden equivaler o sobrepasar a las que experimenta la paciente, durante el diagnóstico y el tratamiento. En relación a otra paciente la respuesta es:

“La enfermera me dijo el nombre de mi quimioterapia, pero no lo recuerdo en este momento, por que estaba muy nerviosa y no puse atención” (E-4).

El impacto, tanto del diagnóstico como del tratamiento, también causa angustia a la paciente, manifestándose por el olvido de la información y el nerviosismo de no saber el proceso del tratamiento, aunque a diferencia de las otras pacientes, ella sí recibió la información.

“Únicamente la enfermera me dijo, que le avisara de cualquier molestia que tuviera durante mi tratamiento...y no recibí ninguna otra información” (E-5).

La paciente refiere que aún no ha recibido orientación sobre el tratamiento que le están administrando, únicamente fue advertida por el personal de enfermería sobre las manifestaciones que tendrá durante el tratamiento. La transición entre los entornos, la atención médica y de enfermería es una fuente particular de tensión, tanto para los pacientes de cáncer como para las personas a



su cargo. El período inmediatamente posterior a la noticia o aplicación de la quimioterapia puede ser el más incierto para las personas a cargo del cuidado, el cual está lleno de inquietudes que aumentan cuando la paciente no tiene información.

Por consiguiente “la integración del hombre como unidad biopsicosocial y ambiente terapéutico, es una personalidad que tiene valores, deseos y necesidades y que en circunstancias particulares como la enfermedad del cáncer, se alteran y generan acciones o reacciones especiales. El área psicológica del individuo está integrado por una parte emocional (sentimientos) una mental (procesos intelectuales) y una espiritual; la primera en función del estado anímico y la última se relaciona con la búsqueda de su significado a través de la identificación con algo supremo o ideal; su alteración afecta estas y otras áreas” (Rosales, *et al.*,2004: 288).

A los familiares de las pacientes cuando se les realizó la pregunta de quién les brindó la información sobre su tratamiento, respondieron:

“...no lo recuerdo, pero en el tríptico que me dieron viene, no lo he leído...pero sí me lo mencionaron” (E-3)

Al no leer la paciente el material otorgado por el personal de enfermería, puede ser un factor de aprendizaje hacia su propio tratamiento, ya que la paciente refiere que sí se le brinda la misma información de manera verbal y en el tríptico, las pacientes solo utilizan el tríptico como pase de entrada a sala de quimioterapia, por lo cual el personal de enfermería debe hacer énfasis en la importancia de leer la información otorgada a la paciente y al familiar, ya que es de gran importancia, además del desempeño del personal de enfermería que las elabora.

Un esquema de quimioterapia es la combinación de fármacos con acciones diferentes que pueden intensificar su capacidad de destruir las células cancerosas



(Otto, 1998: 544). Tres de las cinco pacientes no están informadas de los medicamentos que conforman su esquema de tratamiento, y también se observa a una paciente, que se le brindó la información por medio de un tríptico, pero no lo ha leído en su totalidad, por lo tanto, no sabe responder a las preguntas que la investigadora le realiza.

2.- Efectos secundarios

Los efectos secundarios son manifestaciones del daño a las células de multiplicación rápida, como la mucosa oral, las células pilosas, la médula ósea, órganos como el corazón, riñón, vejiga, y pulmones, además de los órganos reproductivos (LeMone, 2009: 391). En relación al conocimiento de los efectos secundarios, una paciente respondió:

“... me dijo la enfermera que avisara si tenía dolor en el brazo, donde me canalizaron con el suero, porque mi quimioterapia me pude ocasionar un tipo de quemadura, y que después del tratamiento probablemente presentaría náusea o vómito, cansancio y que se me iba a caer mi cabello” (E-4).

“Hasta el momento no nos han dicho nada” (F-5).

Nuevamente se hace referencia, que la información que se brinde a las pacientes se realice antes del inicio del tratamiento, para que tengan la seguridad de expresar los signos y síntomas que presentarán, informándose del por qué las náuseas y el cansancio, ya que la paciente, aún no tiene presentes los cuidados en el hogar. Se espera que los familiares participen en la toma de decisiones, relacionadas con las opciones de tratamiento, empezando desde la fase de diagnóstico, considerando que el cuidador a cargo de la paciente, debe asumir las siguientes tareas:



1. Integrar nueva información médica y de enfermería.
2. Aprender terminología nueva relacionada con la enfermedad.
3. Entrar en un nuevo entorno de tratamiento.
4. Encontrar tiempo para acompañar al paciente a las citas médicas.

Otra paciente refiere:

“No me dijeron nada” (E-5).

“Creo que podía presentar náusea y cansancio” (F-4).

Al no recibir información en el transcurso del tratamiento, la paciente se observa con incertidumbre sobre lo que acontecerá al terminar el mismo, ya que refiere el desconocimiento sobre su tratamiento. Los conocimientos deficientes se definen como “la carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico” (NANDA, 2009:169), manteniendo como evidencia que las pacientes y familiares tienen poco conocimiento sobre su tratamiento.

Las pacientes de nuevo ingreso, sólo refieren lo que el personal de enfermería o el médico les explicó cuando iniciaron el tratamiento, ellas experimentarán el proceso de enfermedad y tratamiento, en conjunto, los efectos secundarios que probablemente pueda presentar, es por ello, que deben ser orientadas al cuidado de éstos, para disminuir las complicaciones. Los familiares refieren que las pacientes ya en el área de quimioterapia, a ellos no los dejan pasar y no se les informa cómo se encuentra la paciente durante su tratamiento. Por lo tanto la adaptación a la enfermedad como finalidad de los cuidados de salud, cuando se padece un proceso crónico, está en que la persona los incorpore a su vida cotidiana con la mayor naturalidad posible, de forma que lleguen a ser compatibles con su vida habitual. La clave está en ayudar a la paciente a adquirir los conocimientos y desarrollar habilidades que precisan los cuidados que la enfermedad crónica les impone (Benavet, *et al.*, 2012:93).



Se espera que los familiares a cargo de las pacientes asuman funciones amplias, proporcionen atención directa, ayuden con las actividades cotidianas, brinden apoyo emocional y supervisen la medicación.

3.- Signos de alarma

Es posible que alguna sintomatología afecte a la paciente en su estado de ánimo y físico durante un breve tiempo, por ello debe tener conocimiento de los signos de alarma los siguientes: fiebre, dolor al orinar, aparición de hematomas sin antecedente, vómitos y diarreas persistentes. Las pacientes responden de la siguiente manera:

“Fiebre y vómito” (E-1).

“... me especificaron que si tengo temperatura mayor de 38°C, más de cuatro evacuaciones líquidas, y más de cuatro vómitos al día, que acudiera, sin dudarlo a Atención Médica Continua, porque podría deshidratarme, para que me tomaran laboratorios por si mis defensas estaban bajas, me dieran el tratamiento adecuado” (E-2).

La fiebre, el vómito, la fatiga y la deshidratación, son signos de alarma que las pacientes pueden especificar de acuerdo a la experiencia que han tenido, las dos pacientes que dieron esta respuesta son las pacientes subsecuentes, ya que han recibido más de dos quimioterapias, y pueden especificarlos de forma segura ya que los han padecido más. Los efectos secundarios pueden abarcar desde cansancio y síntomas similares a los de la gripe, hasta pérdida del cabello y problemas de coagulación sanguínea. Afortunadamente, la mayoría de los efectos secundarios son temporales, ya que las células sanas del cuerpo se recuperan, y estos problemas desaparecen gradualmente. Los efectos secundarios varían de una paciente a otra, algunos efectos pueden resultar simplemente desagradables, mientras que otros pueden ser mucho más graves; algunos surgen enseguida y



otros se desarrollan con el tiempo. En otros casos, las pacientes se enojan y no dan respuesta a preguntas relacionadas con su padecimiento:

“ No lo sé” (E-5).

La ausencia del conocimiento ocasiona el que las pacientes no acudan a un tratamiento oportuno en caso de presentarse algunos de estos signos de alarma, y pueda traer con ello complicaciones que impliquen la hospitalización de las pacientes.

4.- Complicaciones de los efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia

En la asistencia de pacientes con cáncer, los profesionales de enfermería pueden encontrarse con ciertas urgencias en las que desempeñan un papel fundamental para la supervivencia de la paciente. La mayoría de estas situaciones requieren una atenta observación, juicios precisos y la actuación rápida tras la identificación del problema. Es por ello que también la implicación de la familia y la adecuada educación, puede ayudar a identificar estas urgencias o complicaciones y dar una atención oportuna. Las principales urgencias se presentaron en el capítulo II de esta investigación, ahora se hace referencia de cómo las identifican las pacientes y los familiares o cuidadores principales:

“...me dijeron que si tenía fiebre o vómito, que me tomara el medicamento que me da el doctor cuando paso a consulta...y si no se detiene el vómito o la diarrea que venga a urgencias.” (E-3).

El tratamiento de quimioterapia puede producir efectos tóxicos tanto en las células normales como en las cancerosas. Estos efectos tóxicos repercuten principalmente en el sistema gastrointestinal, incluso en la boca, porque sus células se renuevan continuamente. Los problemas orales que ocurren con mayor



frecuencia después de la quimioterapia son la mucositis (una inflamación de las membranas mucosas de la boca), infección, inhabilidad de poseer gusto a la comida normalmente y dolor. Otros efectos son la deshidratación y la malnutrición. Por ello es importante enseñar a la paciente y a la familia a diferenciar los problemas menores de los más graves y valorar la necesidad de acudir a atención médica oportuna.

5.- Cuidados en el hogar

El cuidado en casa es un conjunto de acciones que se mueven en una gama que va desde el cuidado a corto plazo hasta el cuidado a término largo plazo, el cual es proporcionado por las familias para sus enfermos en sus hogares, como muestra de gratitud y de cariño sin tener en algunos casos el conocimiento para realizarlos (Pinto, 2000:24).

Algunas de las pacientes pueden mencionar cuidados a realizar como se muestra a continuación:

“... he tenido en ocasiones suspensión de mi tratamiento, he sentido cansancio, el médico me receta fillgastrim, y me recomienda reposo...luego me toman una semana después mis laboratorios, y he salido bien...” (E-2).

“...protegerme con cubrebocas” (E-5).

El tener conocimiento sobre los cuidados específicos después de que se ha diagnosticado neutropenia y de acuerdo al grado, es de vital importancia ya que las pacientes están expuestas a diversas infecciones, también las pacientes deben de estar capacitadas sobre la administración de los factores estimulantes de colonias de granulocitos como el filgastrim, para ayudar a su recuperación, y la importancia del uso de cubrebocas. Si el familiar obtiene información precisa



ayuda a reducir la incertidumbre, además, han manifestado que necesitan información sobre los siguientes temas:

- El cáncer del paciente.
- Etiología del síntoma.
- Efectos secundarios del tratamiento.
- Manejo de las urgencias médicas.

La calidad del cuidado repercute en la calidad de vida y el bienestar del paciente que reside en su hogar, el desconocimiento de cómo apoyar a la paciente en el hogar, trae consigo angustia de los familiares, manifestándolo de la siguiente manera:

“Quisiera saber qué puedo hacer para ayudar a mi mamá, para que se sienta mejor, no sé qué hacer cuando ella me dice que se siente cansada, o no quiere comer y se la pasa vomitando, eso me causa mucha angustia y a veces me pongo a llorar por que no sé qué hacer por ella” (F-1).

El interés de los familiares en saber cómo ayudar a su paciente después de la aplicación de la quimioterapia es importante, ya que se puede mencionar que todas las pacientes reaccionan de manera diferente a los efectos secundarios del tratamiento, pero que por medio de la educación a la familia y a la paciente se pueden prevenir complicaciones.

“Yo la puedo acompañar a tomarse sus laboratorios al hospital o acompañarla a sus quimioterapias, porque no sé qué más puedo hacer por ella” (F-5).

La mayoría de las familiares que cuidan a las pacientes son mujeres, el que un hombre se involucre en el cuidado, no significa que por ser hombre no tenga



importancia en ello, y el hacerle énfasis al familiar que al acompañarla, está realizando un cuidado, es vital para que se interese en ello y que pueda ayudar a más tareas en la familia en relación a la paciente. De acuerdo a Dozal (2004), el personal de enfermería en la asistencia al paciente adopta el rol de educadora, el cual es aplicable a la persona, su familia y a otros trabajadores de la salud. La enfermera como educadora ayuda a los individuos a promover la salud, proporcionando conocimientos que les permitan realizar actividades relacionadas con alguna enfermedad o tratamiento específico.

Las pacientes refieren que el personal de enfermería es quien mayor contacto tiene con ellas, desde el inicio de su tratamiento, brindándole información que mejora su cuidado. Con respecto a la orientación de las pacientes al inicio del tratamiento, aún no se les ha dado la información, por lo tanto, todavía no tenían claro cuáles son los síntomas que van a tener después de su tratamiento, y cuáles son los cuidados en el hogar que van a realizar, para evitar las complicaciones de los efectos secundarios, como el uso de cubrebocas, no comer en la calle, y sólo una de ellas lo mencionó. Las pacientes que ya tienen más de dos tratamientos, refiere que se le otorgó toda la información necesaria para su cuidado, algunas de ellas se les hizo entrega de un tríptico, pero no lo han leído en su totalidad, por lo tanto a las pacientes de nuevo ingreso, se les debe de formar, guiar y acompañar, desde el inicio de su tratamiento con una educación continua, para que se les brinde la información específica y necesaria para fomentar el cuidado.

Al realizar las entrevistas a los familiares, hacían preguntas en relación a qué es el cáncer de mama, la mayoría de ellas por ser mujeres, y además de ser familiares directas de las pacientes, tienen la incertidumbre, de desarrollar esta enfermedad, por lo tanto el desconocimiento de los factores de riesgo, la prevención y cómo se diagnostica el cáncer de mama, son preguntas que cuatro de las familiares hicieron.



b. Fase de intervención

De acuerdo a la fase de diagnóstico, se identificó la información que posee la paciente que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria y su familia. Las familiares en el proceso de las entrevistas, preguntaban en relación al cáncer de mama, los factores de riesgo, cómo se diagnostica y modalidades de tratamiento. En relación a la quimioterapia, los cuidados específicos en el hogar. Esta fase consistió en la intervención de la investigadora a través del programa educativo, haciendo énfasis en las necesidades detectadas en la fase de diagnóstico, por lo cual el programa educativo se desarrolló en tres unidades, las cuales se dan a conocer a continuación:

- **Unidad 1:** cáncer de mama, factores de riesgo, métodos de diagnóstico, modalidades de tratamiento, qué es la quimioterapia y objetivos: definición de ciclo, esquema de quimioterapia, y cómo se administra.
- **Unidad 2:** nombre de los fármacos que conforman el esquema de quimioterapia de las pacientes (se individualizó) y los principales efectos y complicaciones de los efectos secundarios.
- **Unidad 3:** cuidados específicos en el hogar, y signos de alarma.

Al aplicarse el programa de manera grupal por medio de exposición oral, la cual se presenta en los anexos (anexo 7) con apoyo de diapositivas en power point, y el desarrollo de técnicas de aprendizaje con una evaluación en cada una de las unidades, con una duración de una hora treinta minutos. Además se implementaron dos trípticos, titulados: guía para la paciente y familia: quimioterapia y efectos secundarios (anexo no. 8), el segundo: cuidados en el hogar de la paciente que recibe quimioterapia: signos de alarma para acudir a Atención Médica Continua (anexo no. 9). Se intervino en tres sesiones, ya que la programación se ajustó de acuerdo al tiempo de las y los participantes, (las primeras dos sesiones se dirigieron a dos pacientes y dos familiares, la tercera a



una paciente y un familiar). Cada unidad fue evaluada por medio de dinámicas grupales, al terminar la sesión contestaron la guía de entrevista diseñada para evaluar el programa educativo.

c. Fase de evaluación

La fase de evaluación consistió en aplicar un guía de entrevista, para identificar los conocimientos adquiridos a partir de la aplicación del programa educativo, a las pacientes y familiares o cuidadores principales, los cuales se muestran a continuación:

Los conocimientos sobre su padecimiento son:

“El cáncer de mama es el crecimiento anormal de células malignas, de las cuales se puede formar un tumor, por ello, la mujer debe realizarse autoexploración y sus exámenes periódicos” (F-2).

“El cáncer de mama es cuando crecen células malas en el seno y se puede detectar por medio de la autoexploración y por medio de un estudio en el hospital que se llama mastografía” (F-3).

Por lo tanto, después de la aplicación del programa en las pacientes y los familiares, pueden dar respuesta sobre el concepto sobre lo que es la enfermedad, tal vez no exactamente como se planteó en el programa, pero las respuestas están relacionadas al crecimiento de las células malignas las cuales originan el tumor, haciendo referencia al diagnóstico del mismo

“Las causas para tener el cáncer de mama es por obesidad, no tener hijos, haber iniciado muy chica a menstruar, fumar o tomar” (F-5)

“El fumar, no tener hijos, iniciar muy pequeña a menstruar” (E-5)



Ahora las pacientes y familiares pueden expresar los factores relacionados al padecimiento, respondiendo de manera correcta, posterior a la aplicación del programa.

“Los exámenes que hacen en el hospital para saber si se tiene cáncer de mama, es hacer una mastografía o toman una muestra del tumor para saber si es cáncer o no” (E-4).

La importancia de que las pacientes tengan el conocimiento de cómo diagnosticar el cáncer de mama, es educación para la salud, ya que las pacientes y familiares pueden difundir esta información a otras personas y con ello prevenir este padecimiento

En relación al conocimiento del tratamiento las pacientes contestaron:

“Las formas para tratar el cáncer de mama son la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía” (E-1).

“La quimioterapia es para tratar el cáncer de mama, antes de la cirugía, y este tratamiento consiste en administrarlo por una vena, en donde debemos de tener cuidado, durante el tratamiento por que podemos tener alguna reacción, y que esta quimioterapia va a causar náusea, vómito, diarrea, fiebre, caída del cabello” (E-2)

Las pacientes posterior a la aplicación del programa educativo, dan respuesta a las modalidades de tratamiento de su padecimiento, el cómo se les va a administrar durante su estancia en la sala de quimioterapia, los cuidados inmediatos al momento de la administración y sobre todo el identificar los efectos secundarios que conlleva este tratamiento, especificando cada uno de ellos, los cuidados en el hogar y cuando acudir a atención médica de manera oportuna, para evitar hospitalizaciones.



“Con esta quimioterapia que me están dando, se me va a caer el cabello, me puede causar náuseas, y puedo tener cansancio” (E-5).

“Las causas por las que tengo que venir a atención médica con mi familiar, es en caso de diarrea, vómito de más de cuatro veces al día, porque le puede causar deshidratación...” (F-4).

Los familiares al especificar y conocer los signos de alarma pueden decidir cuándo asistir a una atención de urgencia, para mejorar el estado de salud de la paciente, evitando complicaciones. Esto sirve para fomentar el autocuidado y mantener un bienestar en la paciente y disminuir la ansiedad del familiar sabiendo cómo actuar en cada situación. En comparación con las respuestas en relación a los cuidados en el hogar, el familiar responde:

“Yo lo único que puedo hacer es acompañarla, para tomarse sus laboratorios al hospital, o acompañarla a sus quimioterapias, no sé qué más puedo hacer por ella” (F-5).

Después de que se realizó el programa educativo, el paciente refirió:

“Ahora sé la importancia del cuidado de mi mamá, el hecho de que yo sea hombre, no quiere decir que el cuidado lo tiene que dar mi hermana.

Al acompañar a mi mamá a su tratamiento o a sus exámenes, también me incluye como cuidador, y sé que puedo hacer más por ella, porque la quiero y ella depende en estos momentos de nosotros” (F-5).

El implicar a la familia en el cuidado de la paciente con cáncer y con tratamiento de quimioterapia, es con la finalidad de evitar en la paciente aislamiento social, con la pérdida del rol familiar, y a la familia para que todos los miembros se involucren y se sientan con apoyo en el cuidado de la paciente, evitando la angustia o una serie de dificultades como sentimientos de carga, estrés y tristeza o lo que se denomina síndrome de carga del cuidador.



DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en el diagnóstico y la relevancia del problema tratado en este estudio, se confirma que la educación de enfermería en la capacitación de la paciente y los familiares o cuidadores principales, no sólo es para que adquieran conocimientos, sino también la comprensión que se obtiene en primer lugar sobre el autocuidado y posteriormente el papel del cuidador, ya que existe la modificación de actitudes para ejercer el cuidado dependiente.

Desde el enfoque de la teoría del autocuidado de Dorotea Orem (1983), se define a la persona como un organismo biológico, racional y pensante, afectado por el entorno y capaz de realizar acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, con la facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado (Leiva, et al., 2007). En este caso, es el agente de autocuidado quien interviene en el entorno de la persona que recibe tratamiento de quimioterapia, es quien favorece su proceso de enfermedad mediante la adquisición de conocimientos sobre la temática, por lo que al adquirir la información requerida por medio de la pre-prueba, se puede intervenir de una manera precisa en el autocuidado brindado a la paciente, para alcanzar mejores condiciones de cuidado.

Con lo anterior, también se observó por parte de la investigadora que el apoyo familiar de las pacientes es por parte del cónyuge e hijos o hijas, por ello una razón de peso para asumir el papel de cuidador o cuidadora, es el hecho de brindar el cuidado a un familiar, aspecto que también se ve reflejado en cómo la mayoría de los entrevistados y entrevistadas son familiares cercanos. De esta manera queda demostrado el interés que existe por brindar el cuidado informal o prestación de cuidados de salud a las personas que los necesitan por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, por personas pertenecientes a la red



social inmediata, todos ellos caracterizados por no recibir retribución económica por su ayuda (García, et al., 2004). Este es el tipo de persona cuidadora con la que en su mayoría se trabajó en la capacitación, ya que fueron muy pocas las personas que estuvieron por otras razones. Este papel está relacionado con el tiempo que se dedica al familiar, refleja que la mitad de la población de estudio invierte toda la semana al cuidado de la persona con cáncer que estaba o iba a empezar tratamiento de quimioterapia. Por lo anterior, asistir una capacitación que demande parte de su tiempo de cuidados, implicaba modificar su rutina diaria y a su vez lo comprometía de forma emocional.

Esto lo confirman Pinto, *et al.*, (2005) cuando hablan sobre los cuidadores, a los cuales les corresponde aceptar roles que no han buscado, pérdida de los que han logrado o de la disponibilidad de tiempo y energía para ser competitivo dentro de los mismos, llegando a tener en algunos momentos pérdida del control sobre su propia vida y su entorno socio familiar, puesto que tiene que mantener y cuidar la vida de otros y, en muchos casos, no tiene tiempo suficiente ni para sí mismos ni para las otras personas que dependen de su sostén.

Enfocándose en los resultados del pre-test, en cuanto a los conocimientos que las pacientes y familiares o cuidadores principales poseen, se indagó sobre el concepto de la quimioterapia. De la totalidad de los participantes la mayoría afirmó no conocer el concepto, pese haberse relacionado anteriormente con el tratamiento. De igual manera, algunos poseen conceptos modificados con asociaciones para su comprensión, que de forma general están planteados de manera correcta, reflejando una estrategia viable para la comprensión clara del mismo. Esto es válido dentro de la andragogía, ya que el aprendizaje en el estudiante adulto consiste en procesar información variada, para lo cual la organiza, la clasifica y luego le realiza generalizaciones de manera efectiva, es decir, aprende por comprensión, lo cual significa que primero entiende y después memoriza (Caraballo, 2007). Esto permitió a la investigadora conocer formas factibles



para desarrollar el proceso de enseñanza, es decir, con ejemplos, lenguaje conocido, y dándole importancia a los intereses del adulto de forma individual y grupal.

Respecto del conocimiento que poseían las pacientes participantes en el diagnóstico, se les cuestionó sobre los principales efectos secundarios que posee una persona en tratamiento de quimioterapia. Entre los principales efectos secundarios provocados por la quimioterapia están la diarrea, las náuseas y los vómitos, el estreñimiento, la falta de apetito, la caída del cabello, fiebre, las infecciones, los sangrados, problemas en la piel, cansancio y fatiga. Las pacientes y familiares o cuidadores principales manifestaron conocer sobre la presencia de algunos problemas durante la quimioterapia, de este modo, y como primeros síntomas, la totalidad de la población menciona que se presentan las náuseas y la caída del cabello, posteriormente aparecen, según lo expresado por la mayoría, la diarrea, la falta de apetito, la fiebre, problemas en la piel, cansancio y fatiga. En tanto a la manera en que el agente de autocuidado puede abordar los efectos secundarios, sabe que se presenta tal efecto pero no conoce su manejo.

Las experiencias previas y el conocimiento adquirido anterior a la capacitación, permitió brindar una enseñanza, con participación grupal con conocimiento de los demás compañeros y compañeras. Además, al indagar sobre las temáticas que reflejan desconocimiento, sugeridas principalmente por los mismos adultos, permitieron ofrecer una capacitación de acuerdo a las necesidades de los cuidadores. Estos resultados reflejaron la necesidad de brindar información efectiva sobre el cuidado en el hogar de personas con cáncer en proceso de quimioterapia, ofreciendo medidas de cuidado integral, ya que, a pesar de responder de forma correcta a varias de las interrogantes, las personas prefieren el uso de medicamentos, dejando de lado la utilización de otras técnicas o medidas, las cuales podrían incluso disminuir los efectos secundarios por el uso de medicamentos.



Por otro lado, el grado de escolaridad, es un factor importante ya que como se mencionó al inicio de la investigación, se atiende a pacientes de seguro popular, teniendo un grado de escolaridad bajo o nulo, por ello se consideraron estrategias educativas para la capacitación de los participantes, utilizando un lenguaje de comunicación acorde a su nivel académico, valorando al grupo de forma constante en la comprensión y asimilación de los contenidos descritos por medio de actividades de retroalimentación y la interacción con las demás personas del grupo de acuerdo a las experiencias que habían tenido aprendiendo e intercambiando un respeto mutuo. A pesar de existir diferencias de edad y conocimientos, fue posible mantener una relación cordial con todas las personas que participaron en el proceso de investigación, esto permitió el trato empático, confianza confrontación de ideas, experiencias, creatividad, comunicación, retroalimentación constante permanente (Solano, 1995) y unión e interacción de grupo, además de favorecer la participación, parte fundamental en la consecución óptima de los resultados. Este principio está presente desde el momento del diagnóstico hasta la evaluación, donde la investigadora a través de los resultados de la entrevista, construyó el material didáctico para brindar la educación, para lograr brindar la información que los participantes requirieron de acuerdo a su condición para autocuidado o de cuidador.

Los cuidados que brinda el profesional de enfermería representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos, porque está centrado sobre las personas que tienen diversas incapacidades para ejercer el autocuidado (Leiva, et al., 2007). Brindar un espacio de capacitación para las pacientes en tratamiento de quimioterapia en especial diagnosticadas con cáncer de mama y familiares o cuidadores de personas en tratamiento quimioterapéutico, permitió cumplir con demandas a estos agentes de autocuidado, por ello el Personal de Enfermería asume su papel de enseñanza a través de la teoría del autocuidado con el apoyo educativo.



Dados los resultados obtenidos, la investigadora realizó el diseño del programa educativo en donde se incluyeron las temáticas que los mismos participantes demandaron dentro del programa de capacitación, potenciando así la inclusión de actividades educativas participativas, en las cuales fue posible la interacción con los demás cuidadores. Como parte del proceso de enseñanza, se permitió al adulto participar en el diseño del programa, al incluir dentro del mismo las opiniones brindadas, ya que el objeto de estudio lo constituyó la participación de la paciente y los cuidadores en el diseño, planificación, programación, desarrollo, evaluación pos- prueba, retroalimentación y actualización del programa educativo, para así poder implementarlo en el área de quimioterapia ambulatoria.



CONCLUSIONES

El implementar un programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria y familiares en el COE del ISSEMYM, tuvo como finalidad, enseñar a las pacientes y familiares los cuidados específicos en casa, proporcionándoles información clara, de manera oportuna y continua, para disminuir las complicaciones de los efectos secundarios del tratamiento, manteniendo en condiciones de bienestar a la paciente que recibe quimioterapia.

En cuanto a la experiencia durante la investigación se observó por medio del contacto con las pacientes, que en el transcurso de su enfermedad y tratamiento, presentan diversos cambios, como el de su imagen personal, los hábitos alimenticios, cambios en la relación familiar, con su pareja o hijos, por lo tanto se pueden considerar como experiencias significativas, ya que desde el mismo diagnóstico de cáncer aunado al tratamiento, ellas lo relacionan a muerte, y en este lapso, es importante que el personal de enfermería reflexione la forma de proporcionar la información necesaria, de manera oportuna, constante y humana, por medio del manejo del tono de voz con el que la enfermera debe dirigirse a la paciente, para confortar ese dolor tanto de la enfermedad, como de la pérdida de una parte de su cuerpo y los efectos secundarios provocados por su tratamiento de quimioterapia, para que la paciente que presenta desesperación, agresividad y negación a su diagnóstico, se haga partícipe en el tratamiento de su enfermedad y no pierda la motivación de cuidarse para sentirse confortable, pero sobre todo con seguridad de la atención que está recibiendo por el personal de enfermería que le brinda cuidados.

La información que posee la paciente y familia que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria, sobre su enfermedad, tratamiento y complicaciones es deficiente, ya que en la etapa de diagnóstico se identificó que no llevan a cabo el cuidado adecuado para prevenir algunos efectos secundarios como son náuseas



y vómito, lo cual puede causar complicaciones como la deshidratación. En caso de presentar neutropenia, no tienen el conocimiento de las medidas de protección, como por ejemplo: el uso de cubrebocas, el no ingerir alimentos en la calle o no acercarse a personas enfermas de gripe, lo cual puede tener un riesgo de infección, si estas medidas no se llevan a cabo, pueden ser causa de hospitalización.

La información que el personal de enfermería le proporcione a la paciente debe ser de manera oportuna, ya que ésta, en el proceso de su enfermedad, puede tener sentimientos de negación, en los cuales ella misma no se da cuenta si la información es adecuada o deficiente, pero a futuro, se puede observar que presenta múltiples dudas, desorientación sobre los cuidados que debe realizar en casa. A las pacientes que se les brinda información por medio de trípticos, solamente mantienen ese tríptico como pase de entrada a sala de quimioterapia, pero no lo leen, sólo lo portan, por ello es importante que por medio de diversos métodos se motive a la paciente y familia a obtener la información, a leerla, pero sobre todo a llevarla a cabo.

Cabe mencionar que durante el proceso de diagnóstico de la investigación las necesidades de conocimiento de las pacientes sobre su enfermedad, tratamiento y complicaciones identificadas fueron en relación al cáncer de mama, su definición, los factores de riesgo, en las familiares sobre todo el cómo se diagnóstica este padecimiento, las pacientes hacían preguntas sobre las modalidades de tratamiento del cáncer de mama, pero hacían énfasis sobre el desconocimiento del concepto de quimioterapia, en relación a qué es un ciclo y un esquema de quimioterapia. También hacían referencia a las necesidades de conocimiento sobre los principales efectos secundarios y complicaciones sobre su tratamiento de quimioterapia, y qué cuidados llevar a cabo en casa para disminuir complicaciones o un ingreso o reingreso al hospital, por lo cual ellas necesitaban identificar los signos de alarma para asistir a una atención médica oportuna.



Elaborar un programa educativo tomando en cuenta las necesidades de conocimiento de las pacientes y familiares, tiene como finalidad la adquisición de conocimientos y habilidades en el cuidado de las pacientes, con la intervención del personal de enfermería, para disminuir las complicaciones de los efectos secundarios y lograr cambios de conducta en su cuidado. El objetivo es que el personal de enfermería conozca el programa educativo, para que la información que se brinde en cualquier servicio de atención en la Institución, sea unánime y no confundir a la paciente y su familia, ya que tienen el derecho como pacientes de tener el conocimiento del tratamiento que reciben y ser partícipes en el mismo, además de ser tratados con dignidad mediante una intervención individualizada de enfermería con humanismo.

Al evaluar el programa educativo, posterior a su aplicación, se identifican las necesidades de las pacientes y familiares, haciendo referencia a la fase de diagnóstico para evaluar la intervención realizada por el personal de enfermería. En este proceso de evaluación se observó que tanto las pacientes como los familiares o cuidadores principales, tienen la disposición de aprender y de llevar a cabo los cuidados necesarios que mantengan el bienestar, tanto personal como familiar, y que confían plenamente en el profesional de enfermería para proporcionales dicha información.



SUGERENCIAS

La implementación del programa educativo en el área de quimioterapia brindó confort a la paciente y familiar mediante un cuidado humanista, por medio de una educación oportuna, continua, individualizada para fomentar el autocuidado en las pacientes y el apoyo familiar, ya que tendrán los conocimientos para brindar el cuidado en casa. El impartir el programa educativo de manera oportuna, contando con un consultorio, en el que se brinde un ambiente de tranquilidad, con el fin de que la paciente y familia expresen sus dudas, de acuerdo al tratamiento, los efectos secundarios, para que se brinde un cuidado humanista e individual.

Dar a conocer el programa al personal de enfermería adscrito a la institución, por medio de una capacitación sumada a un curso de relaciones humanas, para fortalecer un cuidado más humano y espiritual, para que el personal que rote por el área de quimioterapia, tenga presente la importancia de la educación a la paciente y familia, y que la información se brinde de manera uniforme, por lo tanto se diseñó en el proceso de intervención de esta investigación, información por medio de diapositivas y trípticos que le pueden aclarar dudas a la paciente y al familiar, sobre su tratamiento y efectos secundarios. El personal de enfermería, debe proporcionar la información con claridad, ya que la enseñanza a través de estas técnicas, brindan a la paciente y familiares la información necesaria para ayudar al cuidado en casa, ya que se observó que después de la aplicación del programa educativo, cambió la actitud de las pacientes, de la negación a la aceptación de la enfermedad y del tratamiento, a de más se obtuvieron mayores habilidades y conocimientos para su cuidado, por lo tanto este programa educativo debe brindarse de manera continua, y ampliarse la temática de acuerdo a las necesidades observadas en las pacientes que sean de nuevo ingreso.

Al identificar las necesidades de conocimiento de las pacientes y familiares o cuidadores principales durante la investigación, se obtiene que al iniciar la



educación de éstas desde el momento en el que el médico oncólogo indica el tratamiento por medio del programa educativo, en un lugar confortable, como un consultorio para evitar los factores externos, el personal de enfermería encargado de ofrecer esta educación, brinde un cuidado humanista por medio del contacto directo con la paciente y familiar, para identificar las necesidades tanto físicas, sociales, espirituales y educativas. Posteriormente, valorar a la paciente de acuerdo a los ciclos indicados, para realizar la evaluación del cambio en el estilo de vida, de acuerdo a los conocimientos sobre su enfermedad, los efectos secundarios esperados pero no deseados y cómo ha realizado el autocuidado en el hogar o el cuidado que el cuidador principal le ofrece.

La aplicación del programa educativo se realizó por medio de trípticos y técnica visual con exposición en power point, de acuerdo a las necesidades que se identificaron. Se sugiere realizar un audiovisual para que el personal de enfermería lo proyecte a las pacientes durante su estancia en sala de quimioterapia, y que las pacientes expresen dudas y opiniones, o en su caso, realizar modificaciones de acuerdo a las necesidades que se detecten en pacientes de nuevo ingreso.

Evaluar el programa posterior a su aplicación, por medio de los instrumentos que se utilizaron en la investigación, valorando la mejora de la enseñanza de las pacientes, tanto de nuevo ingreso como pacientes subsecuentes y familiares, y con ello fundamentar la importancia de la implementación del programa educativo en el área de quimioterapia y así continuar con planes de mejora para el mismo, mediante aportaciones que perfeccionen la intervención de enfermería.

Por lo tanto al identificar las necesidades de enseñanza de la paciente, con diagnóstico de cáncer de mama que recibe tratamiento de quimioterapia, al implementar un programa educativo es con la finalidad de mejorar su autocuidado y a los familiares o cuidadores principales, brindarles la información necesaria



para que brinden un cuidado adecuado, posterior a la aplicación del tratamiento para disminuir los efectos secundarios esperados pero no deseados del mismo, dejándolo como propuesta para el servicio de quimioterapia ambulatoria y presentándolo a continuación.



*UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA*



**PROPUESTA DEL PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA Y
FAMILIARES EN EL CENTRO ONCOLÓGICO ESTATAL ISSEMYM**

Presentación

Entre las mujeres mexicanas, el carcinoma mamario es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer cérvico uterino, una de sus principales modalidades de tratamiento es la quimioterapia, la cual consiste en el empleo de medicamentos citotóxicos que ofrecen curación, control o paliación. Los regímenes quimioterapéuticos causan frecuentemente toxicidades y en ocasiones ponen en peligro la vida, pero son reversibles. Éstas incluyen neutropenia (con el riesgo asociado de sepsis), trombocitopenia, alopecia, náuseas y vómito, mucositis y fatiga general.

La enfermera oncológica, desempeña un papel muy importante dentro del equipo multidisciplinar de salud, es el personal preparado para promover prácticas basadas en datos de comprobación científica y un cuidado centrado en el paciente y la familia, a fin de mejorar la educación, el tratamiento, la supervivencia y los desenlaces positivos en el cuidado de la paciente con cáncer de mama. La enfermera es la profesionalista que permanece al lado del paciente en todo momento, y es la responsable de participar en el tratamiento de quimioterapia. La enfermera oncológica tiene como principal objetivo promover la calidad de vida del paciente y de sus familiares, evaluando e interviniendo en todos los problemas, tanto de salud física como de salud mental (Merck, 2009: 1).



En relación al cuidado, Rosales (2004) considera que un elemento de importancia en todo cuidado que se proporcione al usuario o paciente adulto y familiares, es la educación formal e informal orientada hacia la necesidad de obtención de conocimiento o realización de objetivos, en forma dinámica, interactiva y cooperativa, apoyada con técnicas de enseñanza individual o grupal según el caso”. Cuyos objetivos son “fomentar el autocuidado, favorecer y mejorar la salud, observancia de los planes terapéuticos, disminuir o controlar alteraciones emocionales, reducir los ingresos hospitalarios e influir en la responsabilidad que paciente y familiares deben asumir.

La experiencia en la atención a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria, dio pauta a la propuesta de un programa educativo. Mediante la investigación realizada para el desarrollo del mismo, se identificaron las necesidades educativas que tienen las pacientes y el familiar que les cuida, con el fin de establecer un programa de enseñanza sobre el cuidado que requiere la paciente que recibe quimioterapia. El objetivo es hacer que la paciente sea autónoma e independiente en todo el proceso de su enfermedad, cumpliendo por el personal de enfermería con la enseñanza continua de la paciente y sus cuidadores principales.



Justificación

Los agentes quimioterapéuticos pueden causar efectos secundarios adversos, toxicidad y trastornos sistémicos graves, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas y vómito, diarrea y mielosupresión como la neutropenia, trombocitopenia y anemia. Valorar e informar la frecuencia, gravedad y duración de los síntomas ayuda en la prevención y el tratamiento para evitar complicaciones.

Esta investigación parte de la necesidad de identificar la información que posee la paciente con cáncer de mama y familiares que reciben quimioterapia ambulatoria, para disminuir los efectos secundarios y brindar calidad de vida, tanto a la paciente como a la familia. Las pacientes ingresan al servicio de quimioterapia estresadas, con miedo de todo lo que va a acontecer en el proceso de su enfermedad y tratamiento.

Fue así como se buscó implementar un programa de intervención educativa que impactara no sólo en la adquisición de conocimientos teórico conceptuales, en las pacientes y familiares, sino también en el desarrollo de habilidades en su cuidado. El propósito del programa, es que la intervención de enfermería esté basada en brindar cuidados específicos en el hogar de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, que reciben quimioterapia ambulatoria y familiares que les cuidan, con el fin de disminuir las complicaciones de los efectos secundarios y lograr cambios de conducta en su cuidado. Por lo tanto se ha determinado abordar temas necesarios como cáncer de mama, factores de riesgo, modalidades de tratamiento, qué es la quimioterapia, nombre del esquema de quimioterapia de las pacientes, qué es un ciclo de quimioterapia, principales efectos secundarios de acuerdo al esquema de tratamiento, complicaciones, cuidados básicos en el hogar, identificar signos de alarma.



Esta intervención de enfermería está enmarcada en el desarrollo de competencias, no sólo el saber qué (teórico- conceptual), sino también el saber cómo (habilidades procedimentales), y el querer hacer (actitud de cuidado).

Objetivos

Objetivo general

Enseñar a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y familia que les cuida a disminuir las complicaciones de los efectos secundarios del tratamiento, mediante cuidados específicos en el hogar, en el Centro Oncológico Estatal ISSEMyM.

Objetivos específicos

- Proporcionar orientación educativa a la paciente y familia acerca de su patología y al tratamiento de quimioterapia, los efectos secundarios, complicaciones y a identificar los signos de alarma.
- Proporcionar a la paciente y familia información escrita de acuerdo al desarrollo de la orientación.
- Promover estrategias de apoyo emocional, fomentando la comunicación abierta.
- Orientar al núcleo familiar acerca de los cuidados de la paciente, posterior al tratamiento de quimioterapia en el hogar.



I. Datos informativos

1.1 Responsable:

- L.E. Edna Jannet Gutiérrez García.

1.2 Dirigido a:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, que reciben quimioterapia ambulatoria
- Familiares o cuidadores principales.

1.3 Límites:

- **Fecha:** 20, 23 y 24 de octubre;
- **Total de horas:** 4 hrs.
- **Lugar:** Centro Oncológico Estatal ISSEMyM.
- **Espacio:** Área de quimioterapia.

1.4 Duración:

- Hora de inicio: 15 hrs.
- Hora de término: 16:45 hrs.



Selección de contenidos

Con base en una entrevista realizada, donde se identificaron las carencias educativas de las pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria y familiares y la necesidad de capacitación, para cubrirlas se seleccionaron los siguientes temas:

- Definición de cáncer de mama,
- Definición de quimioterapia, ciclo y esquema.
- Principales esquemas de quimioterapia: nombre de los fármacos citotóxicos.
- Principales efectos secundarios de acuerdo a los esquemas de quimioterapia.
- Complicaciones de los efectos secundarios y cómo identificar signos de alarma.
- Cuidados en el hogar.

Materiales:

- Trípticos y presentación en power point.
- Técnicas: diálogo mediante “la pelota preguntona”, “la palabra hablada”, la madeja de hilo”, técnica de relajación.

Metodología:

Las sesiones educativas serán transmitidas, siguiendo una estrategia metodológica, deductiva, activa y colectiva. Los métodos a utilizar en cada una de las sesiones estarán centrados en la situación actual de los conocimientos de las pacientes y familiares sobre quimioterapia, efectos secundarios y complicaciones.

Métodos:



Método Deductivo: Se expondrán los temas con conceptos que serán fáciles de interpretar por los participantes.

Método Activo: las pacientes y familiares fueron las(os) protagonistas de cada sesión impartida.

Método Colectivo: Las sesiones educativas fueron impartidas a las pacientes y familiares de manera grupal.

Técnicas:

Las técnicas que se usaron para el desarrollo de las sesiones educativas son las siguientes:

- Técnica de presentación
- Técnica de evaluación
- Técnica de despedida

Procedimiento:

Se realizará en cada sesión educativa:

- Saludo.
- Presentación.
- Desarrollo del tema.
- Dinámicas evaluativas.
- Agradecimiento.
- Despedida.



Recursos administrativos y logísticos:

Recursos humanos:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria en el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM.
- Familiares que cuidan a las pacientes
- Enfermera coordinadora del programa educativo.

Recursos materiales:

- Cartulina normal de color
- Bolígrafos
- Computadora
- Pelota de esponja

Recursos didácticos:

- Trípticos y computadora

Recursos institucionales:

- Centro Oncológico Estatal ISSEMyM : área de quimioterapia

Financiamiento:

- Autofinanciado por la coordinadora del programa educativo.



Cronograma de actividades

Actividad	Contenido	Responsable	Fecha	Duración
Unidad no. 1	<ul style="list-style-type: none">-Cáncer de mama: definición, factores de riesgo, modalidades de tratamiento.-Quimioterapia: definición de ciclo y esquema de quimioterapia.- Dinámicas grupales.	L.E. Edna J. Gutiérrez García	22, 23 y 24 de Octubre 2013	30 minutos
Unidad no. 2	<ul style="list-style-type: none">-Principales efectos secundarios de la quimioterapia.-Complicaciones de los efectos secundarios.	L.E. Edna J. Gutiérrez García	22, 23 y 24 de Octubre 2013	30 minutos
Unidad no. 3	<ul style="list-style-type: none">- Cuidados en el hogar a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria.-Identificar signos de alarma.- Repaso y dinámica.- Evaluación- Despedida	L.E. Edna J. Gutiérrez García	22, 23 y 24 de Octubre 2013	30 minutos



Contenido

Unidad no. 1

- Definición de cáncer de mama, factores de riesgo, modalidades de tratamiento.
- Definición de quimioterapia, definición de ciclo de quimioterapia, definición de esquema de quimioterapia.

I.- Datos generales

1.1 Responsable:

- L.E. Edna Jannet Gutiérrez García.

1.2 Dirigido a:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria
- Familiares o cuidadores principales.

1.3 Lugar y fecha:

- Lugar: Centro Oncológico Estatal ISSEMyM.
- Fecha: 22, 23, 24 octubre del 2013.

1.4. Duración:

- Hora de inicio:15:00 hrs
- Hora de término:15: 30 hrs

II. Fundamentación:

“De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), un nuevo caso de cáncer de mama es diagnosticado cada 25 segundos en el mundo. En México, el carcinoma mamario es la primera causa de muerte por neoplasia maligna” (Herrera, *et al.*, 2013:593).



De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 (NOM-041-SSA2-2002), para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama en el apartado 7.1.1, refiere que “las actividades de prevención están encaminadas al conocimiento de los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud”. “La promoción se debe realizar por los sectores público, social y privado, a través de los medios de comunicación grupal e interpersonal”. En su apartado 6 “Mediante la consejería se debe proporcionar información, orientación y asesoría al usuario o usuaria y sus familiares a fin de aclarar las dudas que pudieran tener las o los pacientes acerca del cáncer de mama, en cuanto a los siguientes aspectos: de anatomía y fisiología de la glándula mamaria, factores de riesgo del cáncer mamario, manifestaciones clínicas, exploración clínica y autoexploración de las mamas, diagnóstico, tratamiento, características y riesgos del tratamiento”.

“El tratamiento sistémico del cáncer de mama incluye el uso de quimioterapia, los factores pronósticos y el estado general de la paciente influyen en la terapia específica recomendada. Las dosis utilizadas y la duración de la terapia son variables” (Otto, 1998: 106).

El abordar en esta sesión todo lo referido por la NOM-041-SSA2-2002, es con el fin de promover a las y los familiares a cuidar de su salud, mediante el conocimiento de los factores de riesgo y a fomentar la autoexploración y a la detección temprana del cáncer de mama. En relación al tratamiento de quimioterapia, es con el propósito de que la familia y la paciente, conozcan el nombre de los citotóxicos que se les van a administrar y cuántos ciclos de quimioterapia van a recibir.



III Objetivo:

3.1. Objetivo general:

Al término de la sesión educativa, las pacientes y familiares, conocerán la importancia de identificar los factores de riesgo para el cáncer de mama y su detección, el nombre de su quimioterapia, qué es un ciclo y un esquema de quimioterapia.

IV. Metodología:

4.1. Método:

- Dinámica Grupal: “¿A qué te dedicas?”
- Exposición oral

4.2. Técnica:

- Palabra hablada

V. Medios:

- Auditivo : Palabra hablada
- Visual: Presentación de power point y trípticos.



VI. Contenido

<p>Inducción.</p> <p>Unidad no. 1</p> <p>Duración: 30 minutos.</p> <p>Objetivo terminal: al finalizar la unidad las pacientes y familiares estarán en capacidad de verbalizar lo referido al cáncer de mama y su quimioterapia.</p>				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
Al finalizar las actividades de enseñanza-aprendizaje el familiar y la paciente lograrán explicar con sus propias palabras lo referido al cáncer de mama y quimioterapia.	<p>Cáncer de mama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Factores influyentes - Modalidades de tratamiento <p>Quimioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Definición de ciclo de quimioterapia - Definición de esquema de quimioterapia - Nombre del esquema de quimioterapia de cada una de las pacientes 	<p>- Dinámica Grupal:</p> <p>- “¿a qué te dedicas?”</p> <p>- Exposición:</p> <p>oral</p> <p>- Técnica</p> <p>“ la palabra hablada ”</p> <p>Pelota preguntona</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes - Familiares <p>Responsable:</p> <p>L.E. Edna J. Gutiérrez García.</p> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computadora - Trípticos 	-Auto-Evaluación

VII Ejecución

7.1. Saludo y Presentación:

La responsable del programa:

- Se presentó ante las pacientes y familiares



- Dio a conocer el nombre, objetivos y el contenido del programa educativo, al igual que las dinámicas a desarrollar durante el proceso de enseñanza.

7.2 Jornada de inducción:

Estrategia I: “¿a qué te dedicas?”

Objetivo: presentación de los participantes al inicio del taller.

Descripción de la Estrategia: Se trata de una estrategia que invita a los participantes a conocerse entre sí.

Instrucciones:

- La responsable del programa indicó a los participantes que el objetivo de esta dinámica es presentarse cada uno para conocer su nombre y a que se dedica.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Estrategia II: Unidad I: Exposición Oral.

Objetivo: que los participantes conocieran, qué es el cáncer de mama y quimioterapia: concepto de esquema de quimioterapia, ciclo de quimioterapia e identificar el nombre de su tratamiento.

Descripción de la estrategia: consiste en hacer una exposición oral con palabras sencillas y de forma ordenada sobre el tema.

Instrucciones:

La responsable del programa:

- Hizo una breve instrucción del tema a tratar.
- Expuso el tema utilizando el material de apoyo: presentación power point y trípticos.
- Una vez concluida la exposición, los participantes realizaron preguntas y así se permitió la libre exposición de ideas y opiniones del grupo.



- Se realizaron, mediante la técnica de la palabra hablada, preguntas sobre el tema expuesto y las pacientes al azar respondieron.

Estrategia III: La pelota preguntona

Objetivo: Determinar la efectividad de la sesión.

Descripción de la estrategia: La responsable del programa entrega una pelota a una persona, invita a los presentes a sentarse en círculo y explica la forma de realizar el ejercicio.

Instrucciones:

- La responsable del programa indicó hace correr la pelota de mano en mano; a una señal, se detiene el ejercicio. La persona que ha quedado con la pelota en la mano tendrá que proponer una pregunta relacionada al tema a cualquiera de los asistentes.

VIII. Evaluación:

8.1. Evaluación Diagnóstica: identificó los conocimientos que tiene la paciente y familiares, se realizó al inicio de la sesión educativa. En este caso se hizo a través de la técnica “La palabra hablada”.

8.2. Evaluación Formativa: se realizó durante el desarrollo de la sesión para el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación activa de los asistentes. Se hizo una dinámica mediante el diálogo.

8.3. Evaluación Sumativa: se efectuó al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello realizó la técnica “La pelota preguntona”.



Unidad no. 2

- Principales efectos secundarios de la quimioterapia
- Complicaciones de los efectos secundarios

I.- Datos generales

1.1 Responsable:

- L.E. Edna Jannet Gutiérrez García.

1.2 Dirigido a:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, que reciben quimioterapia ambulatoria
- Familiares o cuidadores principales.

1.3 Lugar y fecha:

- Lugar: Centro Oncológico Estatal ISSEMyM.
- Fecha: 22, 23, 24 octubre del 2013.

1.4. Duración:

- Hora de inicio:15:30 hrs
- Hora de término: 16:00 hrs

II. Fundamentación

“La quimioterapia se define como el uso de agentes farmacológicos cuya finalidad es atacar a las células neoplásicas y afectar la historia natural de las mismas, induciendo muerte celular. Esta modalidad de tratamiento sistémico ha sido utilizada desde mediados del siglo anterior para el tratamiento del cáncer y su descubrimiento incidental se debe a los efectos de hipoplasia linfóide y de médula



ósea, encontrados en personas expuestas al gas mostaza, posteriormente a una explosión de un barco con materiales químicos para uso como armamento en la Segunda Guerra Mundial” (Herrera, *et al.*, 2013: 174).

“Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del fármaco empleado y de la duración del tratamiento. La mayoría de estos fármacos actúan sobre células de multiplicación rápida, por lo que los efectos secundarios son manifestaciones del daño infligido a este tipo de células orgánicas” (LeMone, *et al.*, 2009: 391)”. La toxicidad y trastornos sistémicos graves, varían de intensidad según la respuesta individual de cada paciente a la terapia farmacológica”, “estos efectos se monitorizan mediante la evaluación de los recuentos sanguíneos a intervalos programados”. “Valorar e informar la frecuencia, la gravedad, los patrones y la duración de los síntomas ayuda en la prevención y el tratamiento” .

Esta unidad está enfocada a la educación de la paciente y la familia, de acuerdo a las necesidades detectadas en la entrevista que se originó al inicio de la investigación, para la propuesta del programa educativo, ya que es necesaria la intervención de enfermería, para enseñar, orientar y guiar sobre los principales efectos secundarios, evitando las posibles complicaciones.



III. Objetivo:

3.1. Objetivo general:

Al término de la sesión educativa, las pacientes y familiares, identificarán los principales efectos secundarios y posibles complicaciones posteriores a la administración de la quimioterapia.

IV. Metodología:

4.1. Método:

- Dinámica Grupal: exposición oral

4.2. Técnica: palabra hablada

V. Medios:

- Auditivo : palabra hablada
- Visual: presentación de power point. y trípticos.



VI. Contenido

Unidad no. 2 Duración 30 minutos Objetivo terminal: al finalizar la unidad los familiares estarán en capacidad de verbalizar los principales efectos secundarios de la quimioterapia y complicaciones de los efectos secundarios.				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
<p>Al finalizar las actividades de enseñanza–aprendizaje las pacientes y familiares lograron explicar con sus propias palabras los principales efectos secundarios y complicaciones de la quimioterapia.</p>	<p>- Principales efectos secundarios de la quimioterapia:</p> <p>Náuseas y vómito, diarrea, mielosupresión (neutropenia, trombocitopenia, anemia), alopecia, cambios en la piel, mucositis.</p> <p>Complicaciones de los efectos secundarios:</p> <p>Infecciones derivado de la neutropenia, extravasación tardía, pérdida de peso (anorexia).</p>	<p>- Exposición oral.</p> <p>-Dinámica grupal</p> <p>La palabra hablada “madeja de lana”</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Pacientes con cáncer de mama</p> <p>-Familiares</p> <p>-Enfermera responsable de la aplicación del programa</p> <p>Materiales:</p> <p>-Computadora</p> <p>-Madeja de lana</p>	<p>-Auto–Evaluación</p>

VII. Ejecución



7.2 Unidad no.2

Estrategia I: exposición Oral.

Objetivo: que las participantes conocieran, qué es el cáncer de mama y quimioterapia: concepto de esquema de quimioterapia, ciclo de quimioterapia e identificar el nombre de su tratamiento.

Descripción de la estrategia: consiste en hacer una exposición oral con palabras sencillas y de forma ordenada sobre el tema.

Instrucciones:

- La responsable del programa hizo la exposición del tema utilizando el material de apoyo: presentación power point y trípticos.
- Una vez concluida la exposición, los participantes realizaron preguntas y así se permitió la libre exposición de ideas y opiniones del grupo.

Tiempo de duración: 20min

Estrategia II: “la madeja de lana”

Objetivo:

- Poner en común el conjunto de ideas y conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre determinado tema y colectivamente llegar a una síntesis o acuerdos comunes, determinar la efectividad de la sesión.
- Aclarar dudas, reafirmar el manejo del tema o evaluar la comprensión del mismo.

Descripción de la estrategia: la responsable del programa entregó una madeja de lana a una asistente e invita a las demás a sentarse en círculo y explica la forma de realizar el ejercicio.

Instrucciones:

- Se colocaron a todas las personas en círculo y la responsable del programa dio la instrucción de que una persona tomara la madeja de lana y diciendo algunas palabras sobre los efectos secundarios y complicaciones de la



quimioterapia, tiraran la madeja de lana a cualquiera de los asistentes, pero sin soltar la punta, para que otra hiciera lo mismo. Terminando de dar las instrucciones comenzó la dinámica y se fue creando una especie de tela de araña. Lo ideal es que después se pudiera desenredar.

Tiempo de duración: 10 min.

VIII. Evaluación

8.1. Evaluación Diagnóstica: identificó los conocimientos que tiene la paciente y familiares, se realizó al inicio de la sesión educativa. Se hizo a través de la técnica “la madeja de lana”.

8.2. Evaluación Formativa: se realizó durante el desarrollo de la sesión para el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación activa de los asistentes. Se hizo una dinámica mediante el diálogo.

8.3. Evaluación Sumativa: se efectuó al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizó la técnica “la madeja de lana”.



Unidad no.3

-Cuidados en el hogar a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria, signos de alarma.

I. Datos generales

1.1 Responsable:

- L.E. Edna Jannet Gutiérrez García.

1.2 Dirigido a:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, que reciben quimioterapia ambulatoria
- Familiares o cuidadores principales.

1.3 Lugar y fecha:

- Lugar: Centro Oncológico Estatal ISSEMyM.
- Fecha: 22, 23, 24 octubre del 2013.

1.4 Duración:

- Hora de inicio: 16:00
- Hora de término: 16:45

II. Fundamentación

“Los efectos secundarios (alopecia, anorexia, fatiga, mucositis, estreñimiento, etc.), tienen acciones de enfermería y aspectos que han de cubrirse en la enseñanza del paciente y su familia. Las responsabilidades de las enfermeras incluyen evaluar la respuesta del paciente a los medicamentos, su educación o la del cuidador sobre intervenciones de autocuidado y la monitorización de la información de laboratorio y los signos y síntomas comunicados por el paciente.



Esta información es útil para desarrollar un plan de cuidados para el paciente sometido a quimioterapia.

III. Objetivo:

3.1. Objetivo general:

Al término de la sesión educativa, las pacientes y familiares, identificarán los cuidados específicos en el hogar a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria, e identificarán los signos de alarma, para evitar las complicaciones.

IV. Metodología

4.1. Método:

- Dinámica Grupal: exposición oral

4.2. Técnica: palabra hablada

V. Medios:

- Auditivo : palabra hablada
- Visual: presentación de power point y trípticos.



VI. Contenido

Unidad no.3				
Duración: 45 minutos				
Objetivo terminal: Al finalizar la unidad los familiares estarán en capacidad de verbalizar los cuidados en el hogar a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria e identificar los signos de alarma.				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
Al finalizar las actividades de enseñanza–aprendizaje la paciente y familiares lograron explicar con sus propias palabras el reconocimiento de los cuidados que deben realizar en el hogar.	<ul style="list-style-type: none"> - Los cuidados en el hogar a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria. -Cómo identificar los signos de alarma y qué hacer: fiebre, vómito, diarrea, infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica grupal “Armonía para el aprendizaje” - Exposición oral - Dinámica Grupal “Buenos deseos” 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes -Familiares -Enfermera responsable del programa. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - computadora - Reproductor y Cd’s -Computadora 	-Auto–Evaluación

VII. Ejecución

7.2 Unidad no. 3

Estrategia I: Dinámica grupal “Armonía para el aprendizaje”

Objetivo: inducir a los participantes a adquirir armonía para mejorar el aprendizaje (disminuir el nivel de estrés)

Descripción de la estrategia: se trata de una estrategia que invita a los participantes a relajarse, prepararlos para el taller y facilitar el aprendizaje.



Instrucciones:

La responsable del programa:

- Solicitó a los participantes que se sienten en el reposet, en una postura cómoda con la columna recta y apoyando los pies sobre el piso.
- Estableció las siguientes instrucciones a los participantes:
 1. Colocar las palmas de sus manos sobre las piernas de manera que las palmas de las manos queden hacia arriba.
 2. Cerrar por un momento los ojos y mientras prestar atención a su respiración.
 3. Tomar aire y terminar de inhalar hasta contar hasta diez lenta y suavemente; retener el aire mientras cuentas hasta diez.
 4. Exhalar el aire hasta contar hasta diez y quedarse sin aire hasta contar hasta diez lenta y suavemente.
 5. Repetir el ejercicio varias veces.
 6. Este ejercicio se puede complementar solicitando a los participantes que repitan, mientras lo realizan una frase corta como me siento muy bien.
- Utilizar como apoyo un fondo musical que invite a meditar.
- El facilitador guía un proceso para que el grupo analice cómo se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Estrategia II: exposición oral

Objetivo: lograr que los participantes conozcan los cuidados en el hogar e identifiquen los signos de alarma para evitar complicaciones.

Descripción de la estrategia: es aquella donde se debe hacer con palabras sencillas para que así los participantes logren conocer sobre los cuidados y signos de alarma.



Instrucciones:

La responsable del programa:

- Hizo una pequeña introducción sobre el tema a tratar.
- Logró que los participantes conozcan sobre los cuidados en el hogar e identificar los signos de alarma.
- Inició la exposición oral utilizando métodos visuales como presentación de power point y trípticos.
- Culminó la charla y después logró que los participantes expresaran lo que entendieron.
- Realizó un resumen de todo lo expuesto.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Estrategia III: buenos deseos

Objetivo: dirigida a clausurar de forma emotiva y gratificante el taller.

Descripción de la estrategia: invitó a los participantes a expresar un mensaje de despedida y buenos deseos para el resto del grupo.

Instrucciones:

Llegado el final del taller la responsable del programa:

- Explicó el objetivo de la dinámica.
- Solicitó a los participantes que dirijan un mensaje de despedida y buenos deseos para el resto del grupo.
- El mensaje estimuló el crecimiento de las personas, en en cual se tuvo como objetivo principal que ningún caso debe ser negativo.

Tiempo de duración: 15 minutos.



VIII. Evaluación:

8.1 Evaluación Diagnóstica: sirvió para identificar los conocimientos que traen consigo las pacientes y familiares, se realizó al inicio de la sesión educativa. En este caso se hizo a través de la técnica “La palabra clave”.

8.2 Evaluación Formativa: se realizó durante el desarrollo de la sesión para el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación activa de los asistentes. Se hizo una dinámica mediante el diálogo.

8.3 Evaluación Sumativa: se efectuó al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello realizó la técnica “La palabra hablada”.



FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes bibliográficas

1. Abeloff, M. Oncología clínica y problemas oncológicos frecuentes. 3ra. ed. España: Elsevier; 2005. p.p: 777 - 866, 2372- 2373.
2. Alvarado, T. Avances en el cuidado de enfermería autocuidado para enfermería una propuesta del grupo de cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.p. 203.
3. Benavent, G. M. A., *et al.* Fundamentos de enfermería. España: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. p. 91- 93, 343- 392.
4. Bulechek, G.M. *et al.* Clasificación de intervenciones de enfermería. 5ta. ed. España: Elsevier; 2011.p. 23, 509, 546, 590, 594, 699.
5. Cárdenas, B.L., *et al.* Cuidado profesional de Enfermería. Estado de México: Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. (FEMAFEE); 2009. p.p. 85- 91.
6. Chaparro, L. Avances en el cuidado de enfermería patrones de conocimiento de enfermería relación con los niveles de abstracción del conocimiento de enfermería. Colombia, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: Bogotá; 2010.pp. 61- 68.
7. Dozal, M. R. M., *et al.* Perfiles Profesionales de Enfermería en México. Niveles técnico y licenciatura. México: FEMAFEE; 2004. p.22.
8. Geoffrey, R. W. Oncología clínica. México, DF: Manual Moderno; 1997.



- p.p.176- 179, 413- 433.
9. Gerrish, K., et al. Investigación en enfermería. 5ta. ed. España: McGrawHill; 2008. p. 242.
 10. Herrera, G.A., Granados, G.M. Manual de Oncología procedimientos quirúrgicos. 3ra. ed. México: McGraw-Hill; 2006. p. 470.
 11. — Granados, G. M. Manual de Oncología procedimientos quirúrgicos; 4ta. ed. México: McGraw-Hill; 2010. p.p. 699- 706.
 12. — Granados, G. M. Manual de Oncología procedimientos quirúrgicos; 5ta. ed. México: McGraw-Hill; 2013. p. p.174, 593-630.
 13. LeMone, P. Enfermería médico quirúrgica pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. I. 4ta. ed. España: Pearson; 2009.p.p.391, 407-408.
 14. — Enfermería médico quirúrgica pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. II. 4ta. ed. España: Pearson; 2009.p.1822.
 15. Martínez, R. J. R. *et al.* Enfermería en atención primaria. España: DAE; 2012.p. p.193- 210.
 16. NORMA Oficial Mexicana (NOM-041-SSA2-2002). Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
 17. Otto, S. Enfermería oncológica. Vol. 2. 3ra. ed. España: Océano; 1998. p. p. 87- 95, 539- 547.



18. Pinto, A.N. El arte y la ciencia del cuidado el cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. Colombia, Bogotá: Universidad de Colombia; 2006. p. 249.
19. Pinto, A.N. Avances en el cuidado de enfermería: El cuidado de enfermería en la vulnerabilidad. Colombia, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 99
20. Rosales, B. S., et al. Fundamentos de enfermería. 3ra. ed. México, DF: Manual Moderno; 2004. p. 288.
21. Sánchez, H.B. Avances en el cuidado de enfermería ¿Qué significa dar cuidado espiritual? Un aporte desde el cuidado a las personas con enfermedad crónica. Colombia, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. p. 175-182.
22. T. Heather H., et al. (comité editorial). NANDA-I, Nursing Diagnoses: Definitions & Classification (versión en español). España: Elsevier; 2009-2011. p. p.82, 101, 169, 303, 316, 351.
23. Vanegas, D. A. B. El arte y la ciencia del cuidado humanización en el cuidado de salud de la mujer. Colombia Bogotá: Universidad de Colombia; 2006. p. p. 241.

Fuentes mesográficas

1. Alvarado, A.S., *et al.* Adaptación psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia. Academia Mexicana de cirugía A.C. México. 2011; 79(5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/artículo>.



2. Caraballo, C. R. La Andragogía en la Educación Superior (Investigación y postgrado). Universidad pedagógica experimental libertador Venezuela 2007; 22(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/artículo>.
3. Mondéjar S. R., et al. Toxicidad por quimioterapia: revisión del problema y recogida de datos, Revisiones en cáncer. 2012; 26 (3).p.p. 109-119. [consultado 6 de octubre 2013: 19hrs].
4. Paniagua, H. D., et al. Cuidados básicos en el hogar a las personas en tratamiento quimioterapéutico. Enfermería actual en Costa Rica. Costa Rica 2011; (21). Disponible en: <http://www.redalyc.org/artículo>.
5. Parra, G. C. E., et al. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Revista colombiana de psiquiatría. 2011; 40(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/artículo>.
6. Terol, M.C., et al. Diferencias en la calidad de vida, un estudio longitudinal, de pacientes con cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. Anales de psicología. 2000; 16 (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/artículo>.
7. Tessler <http://farmacomedia.files.wordpress.com/2010/05/quimioterapicos-antineoplasticos-e-inmunosupresores.pdf> [consultado 6 de octubre del 2013].



Anexo 1



Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS

CONSTANCIA

Registro de Protocolo de Tesis

Toluca, México, a 08 de octubre de 2012

Número de Registro: MEFONC-1012

Nombre del Programa Académico: Maestría en Enfermería Oncológica

Tema de Tesis de Grado: Programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria en el centro Oncológico Estatal ISSEMYM.

Nombre del Alumno: Gutiérrez García Edna Jannet

No. de cuenta: 9947347

Comité de Tutores

Tutor Académico: Dra. Lucila Cárdenas Becerril

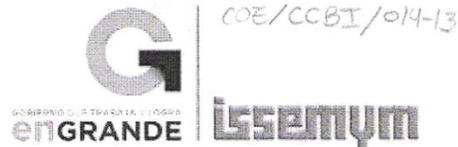
Tutores Adjuntos: Dra. Beatriz Arana Gómez
Dra. María de Lourdes García Hernández



DR. NAZARIO PESCADOR SALAS
DIRECTOR DE ESTUDIOS AVANZADOS



Anexo 2



"2013. AÑO DEL BICENTENARIO DE LOS SENTIMIENTOS DE LA NACION"

Departamento: Unidad de Enseñanza e Investigación Centro Oncológico Estatal
Oficio Número: 203F 39104/C1001/UEIMCOE/207/2013
Expediente: **Protocolos**
Asunto: Aceptación de Protocolo de Investigación

Toluca, Estado de México; a 20 de Mayo de 2013

**LIC. EN ENF. EDNA JANNET GUTIÉRREZ GARCÍA
P R E S E N T E**

Por medio del presente me permito informarle que en la sesión Extraordinaria del Comité Científico de Bioética e Investigación, realizada el día 20 de mayo del año en curso, fue aprobado con las modificaciones emitidas durante su presentación, el proyecto de investigación a su cargo titulado "Programa Educativo Dirigido a Pacientes con Cáncer de Mama que Reciben Quimioterapia Ambulatoria en el Centro Oncológico Estatal ISSEMyM, 2013".

Con la seguridad de que Usted pondrá todo su empeño, conocimiento y comportamiento ético en la realización de este proyecto, sin otro particular por el momento, quedo de usted.

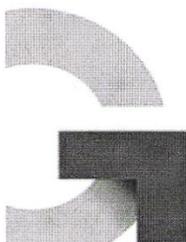
ATENTAMENTE

DR. ALBERTO E. HARDY PEREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTIFICO
DE ETICA E INVESTIGACION

VO. BO

DRA. BEATRÍZ L. SOTO SÁNCHEZ
SECRETARIO TECNICO DEL
COMITÉ CIENTIFICO DE
ETICA E INVESTIGACION

C. c. p. Acuse
BLSS/chm*



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

AVENIDA MIGUEL HIDALGO PONIENTE No. 600 COLONIA LA MERCED, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, C.P. 50090 TELS. 722-226-19-00
www.issemym.gob.mx



Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA EN EL COE ISSEMyM.

Consideraciones Éticas del Estudio

La Ley General de Salud en el Título segundo, artículo 13 en relación a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, plantea, que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Además, considera sin riesgo los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. En tanto, el Artículo 14, frac. V plantea que para llevar a cabo la investigación se deberá de contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Así como contar con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética (Ley General de Salud, 2006: 4-5).

Protocolo registrado en la Universidad Autónoma del Estado de México en la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados el 8 de octubre del 2012 con No. de registro: MEFONC-1012

Aceptado el 20 de mayo del 2013, por el Comité de Bioética del Centro Oncológico Estatal ISSEMyM.

1.- Confirmando que he comprendido la información que se me ha otorgado por la investigadora, con fecha _____, para el estudio mencionado anteriormente y que he podido hacer preguntas sobre el mismo.



2.- Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme del estudio en cualquier momento y sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mi tratamiento médico.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio.

_____	_____	_____
Nombre de la paciente o familiar	Fecha	Firma
_____	_____	_____
Investigadora	Fecha	Firma



Anexo 4



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON OPCIÓN TERMINAL EN ONCOLOGÍA

PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL COE ISSEMYM.

Guía de entrevista para pacientes

Ficha de identificación

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Nivel de escolaridad: _____

Lugar de origen: _____

Comorbilidades: diabetes mellitus si__ no__ hipertensión arterial si__ no__
otros: _____ Tratamiento que recibe actualmente: _____

Objetivo: Conocer la información que poseen las pacientes, en referencia a su tratamiento, para implementar un programa educativo que brinde la información necesaria para el conocimiento de su tratamiento y el cuidado en el hogar.

- 1.- ¿Conoce el nombre de la quimioterapia que está recibiendo?
- 2.- ¿Ha recibido información sobre el tratamiento: los efectos secundarios?
- 3.- ¿Quién le brindó dicha información?
- 4.- ¿Qué tipo de material se le otorgó para recibir la información?
- 5.- ¿Sabe qué es un esquema de quimioterapia?
- 6.- ¿Sabe cuántos ciclos de quimioterapia le van a administrar?
- 7.- ¿Cuántos ciclos lleva hasta el momento?



8.-Mencione algunos efectos secundarios que usted puede presentar con su tratamiento de quimioterapia:

9.- En caso de presentar algún síntoma en su domicilio: ¿qué hace?

10.- Sabe ¿cuáles son los signos de alarma para que acuda al servicio de Atención Médica Continua?

11.- Mencione ¿qué hacer en caso de que el personal de enfermería o el médico oncólogo, le mencione que se suspende su tratamiento por neutropenia o “defensas bajas”?



Anexo 5



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON OPCIÓN TERMINAL EN ONCOLOGÍA

PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL COE ISSEMYM.

Guía de entrevista para familiares

Ficha de identificación

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Nivel de escolaridad: _____

Lugar de origen: _____

Comorbilidades: diabetes mellitus si__ no__ hipertensión arterial si__ no__
otros: _____ Tratamiento que recibe actualmente: _____

Objetivo: Conocer la información que posee el familiar en cuanto al tratamiento de su paciente para implementar un programa educativo que brinde la información necesaria para el cuidado en el hogar.

- 1.- ¿Conoce el nombre de la quimioterapia que está recibiendo su paciente?
- 2.- ¿Ha recibido información sobre el tratamiento: los efectos secundarios?
- 3.- ¿Quién le brindó dicha información?
- 4.- ¿Qué tipo de material se le otorgó para recibir la información?
- 5.- ¿Sabe qué es un esquema de quimioterapia?
- 6.- ¿Sabe cuántos ciclos de quimioterapia le van a administrar a su paciente?
- 7.- ¿Cuántos ciclos lleva hasta el momento?
- 8.- Mencione algunos efectos secundarios que su paciente puede presentar con su tratamiento de quimioterapia:



- 9.- ¿Sabe qué hacer en caso de presentarlos?
- 10.- En caso de presentar algún síntoma en su domicilio: ¿qué hace?
- 11.- Sabe ¿cuáles son los signos de alarma para que acuda con su familiar al servicio de Atención Médica Continua?
- 12.- Mencione ¿qué hacer en caso de que el personal de enfermería o el médico oncólogo, le mencione que se suspende el tratamiento de su paciente por neutropenia o “defensas bajas”?





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON OPCIÓN TERMINAL EN ONCOLOGÍA

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL COE ISSEMYM.**

Guía de entrevista para paciente y familiar.

Ficha de identificación

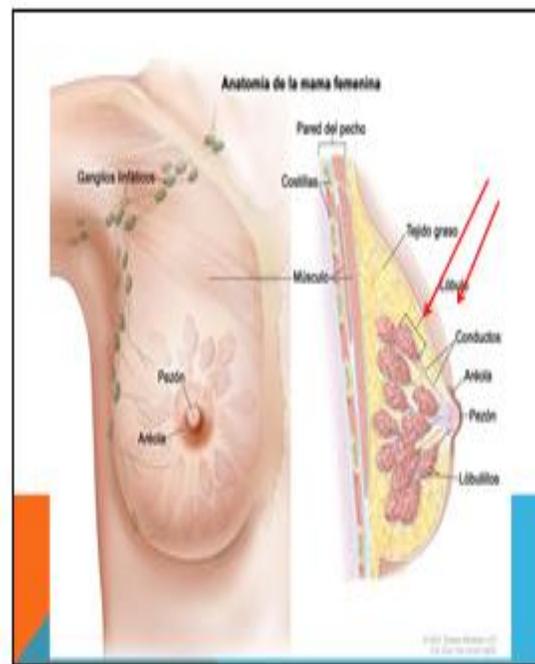
Nombre: _____ Edad: _____

Objetivo: identificar los conocimientos que posee la paciente y familiar, después de la aplicación del programa educativo.

- 1.- ¿Qué es el cáncer de mama?
- 2.- Mencione algunos factores de riesgo para el cáncer de mama
- 3.- Mencione los tratamientos para el cáncer de mama
- 4.- ¿Qué es un esquema de quimioterapia?
- 5.- ¿Cuántos ciclos de quimioterapia le van a administrar?
- 6.- Mencione los efectos secundarios que va a presentar con su tratamiento
- 7- Mencione qué cuidados va a tener en su casa si presenta vómito, en más de cuatro ocasiones en un día:
- 8.- ¿Cuáles son los signos de alarma para que acuda con su familiar al servicio de Atención Médica Continua?
- 9.- Mencione qué hacer en caso de que el personal de enfermería o el médico oncólogo, le mencione que se suspende su tratamiento por neutropenia o “defensas bajas”.

Opinión sobre la información recibida por la investigadora:

Anexo 7

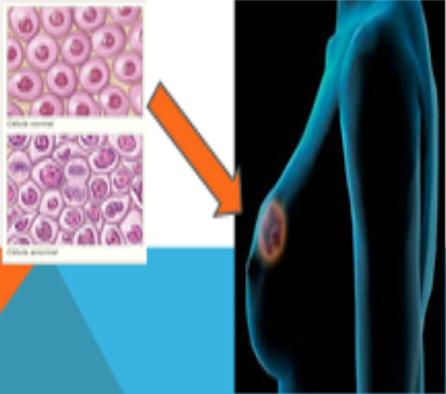


¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?

El cáncer de mama es un crecimiento irregular de células malignas en el tejido mamario



Cuando las células crecen y se multiplican de manera descontrolada originan un crecimiento anormal llamado tumor





TRATAMIENTO

- **Cirugía**
- **Quimioterapia**
- **Radioterapia**

Depende de la localización y etapa de la enfermedad:

Estoy con muchas dudas

- ¿Qué es la quimioterapia?
- ¿Para qué sirve?
- ¿Cómo se administra la quimioterapia?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios?
- ¿Necesitare cambiar mi dieta? ¿Mis actividades? ¿Mi trabajo? ¿Ejercicio? ¿Actividad sexual?
- ¿Con qué frecuencia se administra y cuanto tiempo durar?
- ¿En dónde voy a recibir mi tratamiento?



¿Qué es la quimioterapia?



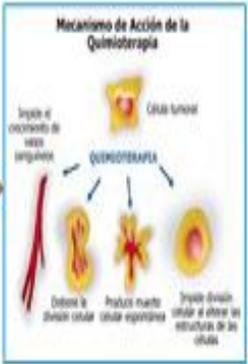
Medicamentos

Afectan a todo el cuerpo: se considera "sistémica"

¿Para qué sirve?

Después de la cirugía

Antes de la cirugía



Mecanismo de Acción de la Quimioterapia

- Impide el crecimiento de más células
- Destruye la célula cancerígena
- Produce muerte celular espontánea
- Destruye células cancerígenas al alterar las estructuras de las células



Todos somos diferentes

OBJETIVO DE LA QUIMIOTERAPIA

- ❖ Curar el cáncer
- ❖ Impedir que el cáncer se propague
- ❖ Lento crecimiento del cáncer
- ❖ Destruir las células cancerosas que pueden haberse diseminado a otras partes del cuerpo
- ❖ Aliviar los síntomas causados por el cáncer

La combinación de fármacos con acciones diferentes pueden trabajar juntos para destruir más células cancerosas, a esto se llama "esquema de quimioterapia."

En general, el tratamiento de quimioterapia se administra en ciclos. Esto permite atacar las células cancerosas cuando son más vulnerables y dar tiempo a las células normales del cuerpo para recuperarse del daño sufrido.



¿Cómo se administra la quimioterapia?



- ❖ No debe doler el sitio de la punción, durante la aplicación de la quimioterapia
- ❖ No debe ponerse rojo
- ❖ No debe hincharse el lugar donde está ubicada la venoclisis

Si tiene alguno de los síntomas mencionados anteriormente "pida ayuda"

¿Dónde se aplica el tratamiento?



DOXORRUBICINA

PIEL



BOCA ESTÓMAGO INTESTINOS



CORAZÓN



CÉLULAS DE LA SANGRE



Se administran cuatro a seis días de tratamiento

CICLOFOSFAMIDA

BOCA ESTÓMAGO INTESTINOS



VEJIGA



CÉLULAS DE LA SANGRE



Se administran cuatro a seis días de tratamiento

DOCETAXEL

PIEL



BOCA Y ESTÓMAGO



CÉLULAS DE LA SANGRE



Se administran cuatro a seis días de tratamiento



CARBOPLATINO

BOCA
ESTÓMAGO
INTESTINOS

RIÑÓN

CÉLULAS DE LA SANGRE

Se administran dentro e días de tratamiento

<http://www.banber.gov.es/gana/banber/303011/evan/infocobn/csk/quimioterapia>

CUIDADOS EN CASA

NAUSEA, VÓMITO Y DIARREA

EVITAR INFECCIONES PRESENCIA DE FATIGA

PIEL



SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre (temperatura por encima de 38°C) o escalofríos.
- Náuseas, vómitos o diarrea después de su último ciclo de quimioterapia.
- Entumecimiento u hormigueo en manos o pies.
- Cambios en el equilibrio.
- Diarrea o estreñimiento.
- Úlceras en la boca o dolor al comer.
- Sangrado o moretones inusuales.
- Cambios en la piel, cambios en las uñas
- Fatiga intensa





Anexo 8

Puede trabajar durante el tratamiento?

La quimioterapia produce cansancio, trate de ajustar su horario de trabajo por un tiempo organice un horario de medio tiempo o trabaje desde casa.

CAIDA DEL CABELLO

La pérdida del cabello o también llamado alopecia, puede ser angustiante.

Si usted pierde su cabello, casi siempre vuelve a crecer después de los tratamientos. Pero podría ser de un color o textura diferente

Usted puede perder el pelo en la mayor parte de su cuerpo, no solo en su cuero cabelludo: pestañas, cejas, pelo de las piernas, brazos, vello axilas y pubico. Por lo general no ocurre de inmediato. Con frecuencia la caída del cabello ocurre después de algunos tratamientos, puede caerse lentamente o en medrones.

INFECCIÓN

Tener un recuento bajo de glóbulos blancos disminuye la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones. Un tipo de glóbulo blanco, el neutrófilo, es especialmente importante contra las infecciones. A la escasez de estos neutrófilos se le llama **neutropenia** (defensas bajas).

Las infecciones pueden comenzar en casi cualquier parte del cuerpo, la parte más frecuente de inicio es en la boca, pulmones, vías urinarias y recto.

MUCOSITIS

Las llagas en la boca son como pequeñas contusiones o úlceras en la boca. Pueden ser muy rojas o tener manchas blancas pequeñas en el centro. Puede que sangren o se infecten. Podrán abarcar tras una o dos semanas de haber recibido algunos tipos de quimioterapia.

Las llagas en la boca pueden ser muy dolorosas y pueden provocar deshidratación, falta de apetito y pérdida de peso.

NAUSEAS Y VÓMITO

Las náuseas consisten de una sensación de malestar estomacal o ganas de vomitar; el vómito es la devolución de los alimentos desde el estómago. Muchas personas experimentan poco o nada de estos síntomas con tratamiento de quimioterapia. En cambio para otras personas, el sólo hecho de pensar en acudir a una sesión de quimio les puede provocar náuseas y vómitos. El cáncer por sí mismo puede provocar náuseas y vómitos. El vómito frecuente puede ser peligroso por que puede conducir a la deshidratación.

DIARREA

Es la evacuación de heces fecales (excremento) blandas o líquidas tres o más veces al día, con o sin molestia a darrea causada por la quimioterapia o la radioterapia puede persistir hasta tres semanas después de que finalice el tratamiento.

SEXUALIDAD

Recuerde que el cariño, el afecto, la proximidad física y la intimidad emocional son tan necesarios y gratificadores como cualquier otra clase de interacción humana. El tratamiento del cáncer afecta con frecuencia la capacidad para tener hijos tanto en los hombres como en las mujeres. La quimioterapia, la radiación y algunas intervenciones quirúrgicas pueden afectar el sistema reproductivo y causar infertilidad. En las mujeres, el tratamiento puede causar menopausia prematura. Es difícil predecir el resultado en una persona en particular; algunas personas siguen fértiles tras el tratamiento, otras no.

ELABORADO POR: EDNA GUTIERREZ GARCIA



UAEM
FACULTAD DE ENFERMERIA Y
OBSTETERICA



PROGRAMA EDUCATIVO
DIRIGIDO A PACIENTES CON
CANCER DE MAMA QUE
RECIBEN QUIMIOTERAPIA
AMBULATORIA EN EL CENTRO
ONCOLÓGICO ESTATAL
ISSEMYM

GUÍA PARA
PACIENTES
Y
SU FAMILIA



QUIMIOTERAPIA: GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIAS

¿Qué es la quimioterapia y cómo funciona?

La quimioterapia es el uso de medicamentos o fármacos para tratar el cáncer.

Muchas veces este tratamiento es simplemente llamado "quimio".

La combinación de fármacos con acciones diferentes pueden trabajar juntos para destruir más células cancerosas, a esto se llama **esquema de quimioterapia**.

El médico decidirá la dosis, como se le administrarán, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo va a acudir a su tratamiento. Todas estas decisiones dependerán del tipo de cáncer, donde está, qué tan grande es y cómo afecta a sus funciones normales del cuerpo y su salud en general.



Objetivo de la quimioterapia?

- * Curar el cáncer
- * Impedir que el cáncer se propague
- * Lento crecimiento delo cáncer
- * Destruir las células cancerosas que pueden haberse diseminado a otras partes del cuerpo
- * Aliviar los síntomas causados por el cáncer

¿Será la quimioterapia mi único tratamiento para el cáncer?

A veces la quimioterapia es el único tratamiento que usted necesita. Más a menudo se usa la quimioterapia junto con la cirugía y la radioterapia o ambas he aquí por qué:

- * La quimioterapia puede ser usada para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía o la radioterapia
- * Se puede usar después de la cirugía o la radioterapia para ayudar a destruir las células cancerosas restantes
- * Se puede utilizar con otros tratamientos si el cáncer reaparece.

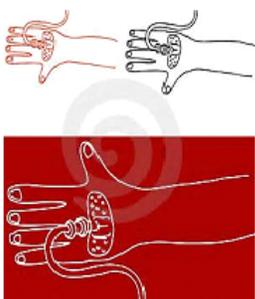
¿Dónde voy a recibir la quimioterapia?

- * En el área de quimioterapia ambulatorio de su hospital.



Cómo se administra la quimioterapia para mí?

Se administran a través de un pequeño tubo de plástico llamado catéter. Se utiliza una aguja para colocar el catéter en una vena del brazo o la mano, luego la aguja se retira, dejando el catéter atrás; conocido esto como: tratamiento intravenoso o iv por lo tanto los medicamentos pueden ser administrados rápidamente a través del catéter.



Una infusión iv puede durar desde 30 minutos hasta 3 horas, el flujo del medicamento es controlado por el personal de enfermería.

La quimioterapia duele?

Antes de la aplicación del medicamento, no debe de doler, arder, tener sensación de frío, la vena ocasionada por el pinchazo del catéter.

¿La quimioterapia duele?

Antes de la aplicación del medicamento, no debe de doler, arder, tener sensación de frío, la vena ocasionada por el pinchazo del catéter.

NOMBRE DE SU ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA

DOXORUBICINA (ADRIAMICINA) Y

CICLOFOSFAMIDA

EFFECTOS SECUNDARIA MÁS COMUNES

ANEMIA

¿Qué es la anemia?

Es cuando usted tiene muy pocos glóbulos rojos sanguíneos por lo tanto su tejidos no reciben suficiente oxígeno para hacer su trabajo, usted puede tener los siguientes síntomas:

- * Cansancio
- * Mareo
- * Palidez
- * Tendencia a sentir frío
- * Debilidad

¿Qué puede hacer en estos casos?

Informe a su médico o enfermera sobre los síntomas mencionados anteriormente. Se revisarán los resultados de laboratorio que se a realizado usted antes de recibir su quimioterapia, si sus resultados, es un recuento bajo de células rojas de la sangre, es posible que necesite una transfusión de sangre.

FATIGA

¿Qué es la fatiga?

Es uno de los efectos secundarios más comunes durante el tratamiento del cáncer.

Puede variar de leve letargo hasta sentirse totalmente aniquilado.

El cansancio tiende a ser peor al final de cada ciclo de quimioterapia

Cosas que le pueden ayudar con la fatiga:

- Descanse lo suficiente y dar tiempo durante el día para los periodos de descanso
- Coma una dieta bien balanceada y beber muchos líquidos
- Limite sus actividades, hacer solo las cosas que son más importantes para usted
- Obtenga ayuda cuando lo necesite
- Levántese despacio para evitar mareos

CAIDA DE CABELLO

Cosas que le pueden ayudar con la pérdida del cabello

- * Usar un shampoo suave
- * Usar cepillo de cerdas suaves
- * No use tubos para acomodar su cabello
- * No se tiña el cabello o se haga permanentes
- * Haga su corte de pelo corto
- * Use protector solar, sombrero, bufanda o una peluca para proteger su cuero cabelludo

A veces durante el tratamiento su cuero cabelludo puede estar sensible seco y dar comezón, por lo cual es recomendable cortar totalmente su pelo y dar masajes del cuero cabelludo para hacer que se sienta mejor.

¿Debo cubrirme la cabeza si pierdo mi cabello?

Algunas personas optan por usar turbantes, bufandas, gorros, pelucas, otros prefieren la cabeza descubierta o altemar, dependiendo si están en público o en la casa con la familia y los amigos.

CAMBIOS EN LA PIEL Y UÑAS

Durante el tratamiento hay cambios en el color de las uñas de las manos enrojecimiento, picazón, escamación, sequedad, erupciones en la piel y acné.

Usted puede:

- * Mantener su cara limpia y seca si ha aparecido el acné
- * Para ayudar a prevenir la sequedad, tomar duchas rápidas y cálidas en vez de baños calientes y prolongados
- * No use perfume, colonia, o loción después del afeitado.

NÁUSEAS Y VÓMITO

Cosas que pueden ayudar a disminuir las náuseas o vómitos

- * Evite comida grandes para que su estomago no se sienta demasado lleno. Coma comidas pequeñas con frecuencia durante todo el día
- * Beba líquidos por lo menos una hora antes o después de las comidas.
- * Comer y beber lentamente

Evite los alimentos dulces, tibios o grasosos
 Coma alimentos fríos o a temperatura ambiente para que no se mezclen los olores
 Mastique bien los alimentos para una mejor digestión

Si la nausea es un problema por la mañana, coma alimentos secos, como cereales, pan tostado, o galletas saladas. No intente esto si si boca o garganta tienen úlceras.
 Beba líquidos claros y fríos, como jugo de manzana, té.

Chupe cubitos de hielo.

Descanse en una silla después de comer, pero no se acueste durante al menos 2 horas después de haber terminado su comida.

- * Use ropa ligera
- * Respire profunda y lentamente cuando tenga náuseas
- * Use técnicas de relajación

Anexo 9

- * Beba líquidos claros y fríos, como jugo de manzana, té.
- * Chupe cubitos de hielo.
- * Descanse en una silla después de comer, pero no se acueste durante al menos 2 horas después de haber terminado su comida.
- * Use ropa ligera.
- * Respire profunda y lentamente cuando tenga náuseas.
- * Use técnicas de relajación.

DIARREA

Es la evacuación de heces fecales (excremento) blandas o líquidas tres o más veces al día, con o sin molestia. La diarrea causada por la quimioterapia o la radioterapia puede persistir hasta tres semanas después de que finalice el tratamiento.

¿Que puedo hacer en caso de presentar diarrea?

- * No auto medicarse
- * Tomar abundantes líquidos
- * Lavarse las manos después de ir al baño
- * No comer alimentos de la calle
- * Acudir a Atención Médica Continua

INFECCIÓN

Tener un recuento bajo de glóbulos blancos disminuye la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones. Un tipo de glóbulo blanco, el neutrófilo, es especialmente importante contra las infecciones. A la escasez de estos neutrófilos se le llama neutropenia (defensas bajas).

Las infecciones pueden comenzar en casi cualquier parte del cuerpo, la parte más frecuente de inicio es en la boca, pulmones, vías urinarias y recto.

¿Cómo prevenir estas infecciones?

Lavarse las manos con frecuencia durante el día, especialmente antes de comer y después de ir al baño.

- * Manténgase alejado de las multitudes
- * Evite enfermedades contagiosas, como gripe, resfriados, sarampión y varicela.
- * No aplique ninguna vacuna de inmunización sin consultar primero a su médico.
- * Limpie su área rectal muy bien pero con cuidado después de cada evacuación.
- * No cortar, picar o romper las cutículas de las uñas.
- * Cuidado de pincharse o cortarse al usar tijeras, agujas o cuchillos.
- * Use aceite de almendras para lubricar su piel y que no esté seca o agrietada.
- * Preste atención a los ojos, nariz, boca, y áreas genitales y rectales.
- * Los síntomas de infección pueden ser:
 - * fiebre de 38°C
 - * escalofríos
 - * transpiración

heces blandas
sensación de ardor al orinar
flujo vaginal anormal o picor
entumecimiento, hinchazón o sensibilidad alrededor de alguna herida, úlcera o sitio de inserción de algún catéter
dolor abdominal

si usted presenta alguno de estos síntomas acude de inmediato al servicio de urgencias y no se auto medicar que

Las úlceras en la boca pueden ser muy dolorosas y pueden provocar deshidratación, falta de apetito y pérdida de peso.

ANEMIA

¿Qué es la anemia?

Es cuando usted tiene muy pocos glóbulos rojos sanos que transportan el oxígeno a las células de su cuerpo. Los síntomas de anemia incluyen:

- * Cansancio
- * Mareo
- * Palidez
- * Tendencia a sentir frío
- * Debilidad

¿Que puede hacer en estos casos?

Informe a su médico o enfermera sobre los síntomas mencionados anteriormente. Se revisaran los resultados de laboratorio que se a realizado usted antes de recibir su quimioterapia, si sus resultados, es un recuento bajo de células rojas de la sangre, es posible que necesite una transfusión de sangre.

FATIGA

¿Que es la fatiga?

Es uno de los efectos secundarios más comunes durante el tratamiento del cáncer. Puede variar de leve letargo hasta sentirse totalmente amargado. El cansancio tiende a ser peor al final de cada ciclo de quimioterapia.

Cosas que le pueden ayudar con la fatiga:

- * Descanse lo suficiente y dar tiempo durante el día para los periodos de descanso
- * Coma una dieta bien balanceada y beber muchos líquidos
- * Limite sus actividades, hacer solo las cosas que son más importantes para usted
- * Obteniga ayuda cuando lo necesite
- * Levántese despacio para evitar mareos

SEXUALIDAD

Recuerde que el cariño, el afecto, la proximidad física y la intimidad emocional son tan necesarios y gratificadores como cualquier otra clase de interacción humana. El tratamiento del cáncer afecta con frecuencia la capacidad para tener hijos tanto en los hombres como en las mujeres. La quimioterapia, la radiación y algunas intervenciones quirúrgicas pueden afectar el sistema reproductivo y causar infertilidad. En las mujeres, el tratamiento puede causar menopausia prematura. Es difícil predecir el resultado en una persona en particular; algunas personas siguen fértiles tras el tratamiento, otras no.



UAEI
FACULTAD DE ENFERMERIA Y

OBSTETRICIA

PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO
A PACIENTES CON CÁNCER DE
MAMA QUE RECIBEN
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN
EL CENTRO ONCOLÓGICO
ESTATAL ISSEMyM

GUÍA PARA PACIENTES

Y



ELABORADO POR:

L.E EDNA V. GUTÉRREZ GARCÍA



EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA QUIMIOTERAPIA

Las células cancerosas tienden a crecer más rápido y los medicamentos de quimioterapia matan las células de crecimiento rápido. Debido a que estos medicamentos viajan por todo el cuerpo, pueden afectar células normales y saludables que son de rápido crecimiento y también, causa efectos secundarios.

Las células normales dañadas por la quimioterapia son las células formadoras de sangre en la médula ósea (glóbulos blancos y glóbulos rojos); las células de la boca, el tracto digestivo(estómago, intestinos), el folículo piloso (cabello) y el sistema reproductivo. Algunos medicamentos de quimioterapia pueden dañar las células del corazón, los riñones, la vejiga.

¿Qué debo saber sobre los efectos secundarios?

Algunas personas no presentan los efectos secundarios y otras personas tienen pocos efectos. La gravedad de estos efectos secundarios varía enormemente de persona a persona.

Su médico le va a indicar medicamentos para prevenir algunos efectos secundarios antes de que sucedan, por eso antes de acudir a su tratamiento, primero pasará a consulta, el tratamiento que le recete su médico lo tomará al día siguiente de su quimioterapia

¿Cuánto tiempo duran los efectos secundarios?

La mayoría de los efectos secundarios desaparecen lentamente después de que el tratamiento termina debido a que las células sanas se recuperan con el tiempo. El tiempo que se necesita para superar algunos de los efectos secundarios y recuperar la energía varía de persona a persona, y depende de muchos factores, incluso del estado general de salud y los medicamentos que se le administran.

CAÍDA DE CABELLO

La pérdida del cabello o también llamado alopecia, puede ser angustiante. Si usted pierde su cabello, siempre vuelve a crecer después de los tratamientos. Pero podría ser de un color o textura diferente

Usted puede perder el pelo en la mayor parte de su cuerpo, no solo en su cuero cabelludo: pestañas, cejas, pelo de las piernas, brazos, vello axilas y púbico. Por lo general no ocurre de inmediato. Con frecuencia la caída del cabello ocurre después del segundo ciclo de tratamientos, puede caerse lentamente o en mechones.

Durante el tratamiento su cuero cabelludo puede estar sensible seco y dar comezón, por lo cual es recomendable contar totalmente su pelo, dar masajes del cuero cabelludo para hacer que se sienta mejor.

Cosas que le pueden ayudar con la pérdida del cabello

- * Usar un shampoo para bebé
- * Usar cepillo de cerdas suaves
- * No use tubos para acomodar su cabello
- * No se tija el cabello o se haga permanentes
- * Haga su corte de pelo corto
- * Use protector solar, sombrero, bufanda o una peluca para proteger su cuero cabelludo

¿Debo cubrirme la cabeza si pierdo mi cabello?

Algunas personas optan por usar turbantes, bufandas, gorros, pelucas, otros prefieren la cabeza descubierta o alentar, dependiendo si están en público o en la casa con la familia y los amigos.

CAMBIO EN LA PIEL Y UÑAS

Durante el tratamiento hay cambios en el color de las uñas de las manos empujamiento, picazón, escamación, sequedad, erupciones en la piel y acné.

Usted puede:

- * Mantener su cara limpia y seca si ha aparecido el acné
- * Para ayudar a prevenir la sequedad, tomar duchas rápidas y calidas en vez de baños calientes y prolongados

No use perfume, colonia, o loción después del afeitado. Cuando se administran ciertos medicamentos de quimioterapia por vía intravenosa, pueden oscurecer su piel. Lo largo de la vena, esta decoloración desaparece al término del tratamiento.

Algunos medicamentos pueden causar daño de la piel a largo plazo por lo cual si usted presenta hinchazón, ardor, dolor cerca del lugar donde le aplicaron la quimioterapia, significa que hay problema y debe de acudir de inmediato a revisión

También hay presencia de sensibilidad al sol por lo tanto debe utilizar protector solar, y evitar por completo la luz solar directa.

BOCA ENCIAS Y GARGANTA

La higiene bucal es importante durante su tratamiento de quimioterapia. Puede causar úlceras en la boca y garganta, hacer que estas estén secas, irritadas y provocar que sangren. Las úlceras son dolorosas y pueden ser ocasionadas por gérmenes que viven en la boca. Las infecciones pueden ser difíciles de combatir y producir problemas serios durante el tratamiento. Es importante tomar las medidas necesarias para prevenir las:

- * Cepille sus dientes y encas suavemente después de cada comida. Utilice un cepillo de cerdas suaves. No cepille fuerte por que puede dañar sus encas.
- * Enjuague bien su cepillo de dientes después de cada uso y guárdelo en un lugar seco.
- * Evite enjuagues bucales comerciales
- * Si hay úlceras dolorosas en su boca y le impiden comer, puede seguir estos consejos:
- * Visite a su médico si las úlceras duelen demasiado para que le de tratamiento. No se auto medique
- * Coma alimentos fríos o a temperatura ambiente. Los alimentos tibios o calientes irritan más la boca o garganta
- * Elija alimentos suaves y relajantes como helados, batidos, alimentos para bebé, frutas suaves.

Evite alimentos irritantes y ácidos

Si su boca esta seca y hace que le sea difícil comer, puede seguir estos consejos:

- * Beba muchos líquidos
- * Chupe cubitos de hielo
- * Mastique chicle sin azúcar
- * Coma alimentos suaves o pure
- * Utilice un protector labial

NAUSEAS Y VÓMITO

Las náuseas consisten de una sensación de malestar estomacal o ganas de vomitar, el vómito es la devolución de los alimentos desde el estómago. Muchas personas experimentan poco o nada de estos síntomas con tratamiento de quimioterapia. En cambio para otras personas, el solo hecho de pensar en acudir a una sesión de quimio les puede provocar náuseas y vómitos. El cáncer por sí mismo puede provocar náuseas y vómitos. El vómito frecuente puede ser peligroso por que puede conducir a la deshidratación.

Cosas que pueden ayudar a disminuir las náuseas o vómitos

- * Evite comida grandes, para que su estomago no se sienta demasiado lleno. Coma comidas pequeñas con frecuencia durante todo el día
- * Beba líquidos por lo menos una hora antes o después de las comidas.
- * Comer y beber lentamente
- * Evite los alimentos dulces, tibios o grasosos
- * Coma alimentos fríos o a temperatura ambiente para que no se mezclen los olores
- * Mastique bien los alimentos para una mejor digestión
- * Si la náusea es un problema por la mañana, coma alimentos secos, como cereales, pan tostado, o galletas saladas. No intente esto si boca o garganta tienen úlceras.