



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS
EN CUIDADO QUIRÚRGICO**

TESINA

Título

**Plan de cuidados estandarizado del postoperatorio a paciente con
mastectomía radical**

PRESENTA:

L.E. Maritza Nohemí Puente Rangel

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

DIRECTOR DE TESINA:

L.E. Gregoria Patricia Muñoz Carreón. MCA



Plan de cuidados estandarizado del postoperatorio a paciente con mastectomía radical by Maritza Nohemí Puente Rangel is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

San Luis Potosí, S.L.P., a 8 de Marzo del 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS
EN CUIDADO QUIRÚRGICO**

Título

**Plan de cuidados estandarizado del postoperatorio a paciente con
mastectomía radical**

TESINA

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

PRESENTA:

L.E. Maritza Nohemí Puente Rangel

DIRECTOR DE TESINA:

MCA Gregoria Patricia Muñoz Carreón.

San Luis Potosí, S.L.P., a 8 de Marzo del 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS
EN CUIDADO QUIRÚRGICO**

Título

**Plan de cuidados estandarizado del postoperatorio a paciente con
mastectomía radical**

TESINA

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

PRESENTA:

L.E. Maritza Nohemí Puente Rangel

SINODALES

PRESIDENTE

M.A.A.E. Felipa Loredo Torres

SECRETARIA

M.C.E. Antonieta de Jesús Banda Pérez

VOCAL

M.C.A. Gregoria Patricia Muñiz Carreón

Firma

Firma

Firma

San Luis Potosí, S.L.P., a 8 de Marzo del 2021

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es la primera neoplasia maligna de las mujeres en el mundo y es un problema de salud pública, teniendo un incremento en su frecuencia y mortalidad. A nivel nacional, en el grupo de mujeres de 20 años o más la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 17.19 defunciones por cada 100 mil mujeres. San Luis Potosí presenta una tasa de mortalidad de 13.65 a 18 aunque esta no es de las más altas es importante considerarla ya que la mortalidad en mujeres es un dato preocupante para nuestro país. Actualmente existen varias opciones de tratamiento sin embargo las intervenciones quirúrgicas como la mastectomía radical es el procedimiento más realizado en nuestro país debido a los estadios localmente avanzados en los que realizamos el diagnóstico en nuestras pacientes e incluye la resección de la totalidad del tejido y piel mamaria, así como la disección de los niveles ganglionares I y II.

OBJETIVO: Desarrollar un Plan de Cuidados Estandarizado para paciente postoperada de mastectomía radical con interacción en las taxonomías NANDA, NIC y NOC para fortalecer el cuidado de la enfermera quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión documental para la conformación de la tesina, en donde se analizaron 20 artículos y 5 libros indexados de bases científicas.

RESULTADOS: Bajo Fundamento teórico se elaboró un plan de cuidados estandarizado que permitirá abordar la atención de la enfermera quirúrgica durante el postoperatorio de la mastectomía radical.

PALABRAS CLAVE: “Planes de cuidados”, “cáncer de mama”, “mastectomía radical” y “cuidados de enfermería”

AGRADECIMIENTOS

La presente tesina es un reto académico y personal el cual me llena de alegría y satisfacción haberla concluido, sin embargo, no hubiera sido posible sin todas las personas que me apoyaron directa e indirectamente y me impulsaron y animaron en todo momento para mantenerme firme en mis convicciones y a conseguir lo que ahora concluyo. Por ello quiero expresar mi más profundo agradecimiento:

A Dios por darme la vida, por darme sabiduría y fortaleza en los momentos más difíciles, por guiarme y cuidarme siempre en todo momento.

A mi familia que nunca pierde la fe en mí, que me ayudan a seguir adelante y me apoyan a cumplir todas mis metas: a mis padres Ligia y Juan, por darme la vida y su amor incondicional; a mi hermana Miriam por su apoyo y cariño; a mi sobrina Regina por siempre sacarme una sonrisa con sus ocurrencias; a mis tíos Josefina, Gloria, Toribio y Atanacio por sus consejos.

Agradezco a la Unidad de Posgrado e Investigación de la Facultad de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí por permitirme ingresar, nuevamente, a sus filas estudiantiles para así poder cumplir uno de mis objetivos de vida.

A mi directora de tesina la M.C.A. Gregoria Patricia Muñoz Carreón por haberme brindado su conocimiento en la investigación, por su paciencia al guiarme en el desarrollo de la tesina.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a los entrañables amigos y compañeros de trabajo que han estado conmigo en todo el proceso apoyándome: Edith, Elizabeth, Alejandra, Juan Carlos, Yuridia, Alejandro, Porfirio, Adriana, Karim, Aldo, Alexis y Eduardo.

A todos ellos y a la gente que no mencioné, pero que sabe que admiro y respeto, ¡muchas gracias!

***“Hacen falta 3 MESES para aprender A HACER una operación, 3 AÑOS
para saber CUANDO HACERLA y 30 AÑOS para saber cuándo
NO HACERLA”***

Henry Marsh, neurocirujano británico, autor del libro: “Ante todo no hagas daño”

Índice

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. OBJETIVOS	6
3.1. Objetivo General	6
3.2. Objetivos Específicos	6
IV. METODOLOGÍA	7
V. MARCO TEÓRICO	9
5.1. Anatomía y fisiología de la mama	9
5.1.1. <i>Embriología y anatomía funcional de la mama</i>	9
5.1.2. <i>Anatomía funcional</i>	10
5.2. <i>Antecedentes del Cáncer de mama</i>	11
5.3. <i>Factores de riesgo</i>	15
5.4. <i>Síntomas</i>	17
5.5. <i>Prevención</i>	18
5.6. <i>Clasificación</i>	18
5.7. Diagnóstico	23
5.7.1. Exploración física	23
5.7.2. Técnicas de imagen	25
5.7.3. Anatomía patológica	25
5.8. Tratamientos	26
5.8.1. Radioterapia	27
5.8.2. Cirugía	27
5.8.2.1. Mastectomía	28
5.8.2.2. Complicaciones de la mastectomía	32
Teoría de las Transiciones	36
5.9. PROCESO CUIDADO ENFERMERO	39
5.9.1. Valoración	39
5.9.2. Diagnóstico	43
5.9.3. Planeación	43

Plan de cuidados estandarizado del postoperatorio a paciente con mastectomía radical	
5.9.3.1 Tipos de planes de cuidados	44
5.9.4. Ejecución	45
5.9.5. Evaluación	47
5.10. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	47
5.10.1. Priorización de Diagnósticos.	48
5.11. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS	49
5.11.1 Etiquetas diagnósticas.	49
5.11.1.1 Etiqueta diagnóstica: Dolor Agudo.	49
5.11.1.2. Etiqueta diagnóstica: Baja autoestima	52
5.11.1.3. Etiqueta diagnóstica: Trastorno de la imagen corporal	53
5.11.1.4. Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Infección.	54
5.12. PLACES	57
5.13. <i>PLAN DE ALTA PARA PACIENTE POSTMASTECTOMÍA</i>	70
VI. CONCLUSIONES	73
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
VIII. APÉNDICES Y ANEXOS	82
Anexo 1. Técnica quirúrgica de mastectomía radical	82
Anexo 2. Escala Visual Analógica (EVA)	86
Anexo 3. Cronograma de Tesina	86

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama sigue considerándose la neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres en el mundo y es un problema de salud pública, cada año se incrementa su frecuencia y mortalidad con cifras alarmantes. Es el cáncer más frecuente tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, sin embargo, debido a las condiciones sociales y la respuesta de los sistemas de salud la mortalidad se concentra en las regiones más desfavorecidas.^{1,2}

Indiscutiblemente la detección y diagnóstico oportuno tiene un papel importante ya que entre más tempranamente se detecte mayores posibilidades de éxito hay en el tratamiento. Por ello es importante la educación de la población acerca de los factores de riesgo, signos y síntomas de la enfermedad y de las acciones de detección, de igual forma el tamizaje es de gran ayuda para identificar la enfermedad en sus primeras etapas.³

Actualmente existen varias opciones de tratamiento como son la radioterapia, la cirugía, la terapia hormonal en la cual se encuentra la quimioterapia y por último tenemos la terapia dirigida. El tratamiento del cáncer requiere una cuidadosa selección de una o más modalidades terapéuticas para tener mayores resultados, la más recomendadas y efectivas por lo regular son la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia.⁴

Hablando de la cirugía como parte del tratamiento quirúrgico para la mujer con diagnóstico de cáncer de mama, la mastectomía radical es una de las principales opciones terapéuticas, siendo una cirugía mayor es de gran impacto por el traumatismo físico que conlleva aunado al trauma psicológico, experimentando sentimientos de miedo a la enfermedad, a la muerte prematura, y finalmente el temor a enfrentarse ante una vida que va a ser distinta para ella.⁴

Como parte del actuar del personal de salud, una de las principales actividades del personal de enfermería es proporcionar educación para la salud y promover la adopción de hábitos saludables para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, además de orientar el autocuidado y autoexploración de las mamas y así prevenir y detectar el cáncer en etapas tempranas.⁴

El objetivo de este trabajo es desarrollar un plan de cuidados estandarizado a la paciente durante el postoperatorio de mastectomía radical el cual brinde una herramienta para el personal de enfermería quirúrgicas en el postoperatorio estableciendo los cuidados de enfermería a través del lenguaje enfermero con los diagnósticos de enfermería (NANDA), los resultados (NOC) así como las intervenciones de enfermería (NIC).

II. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 25% de todos los cánceres femeninos con un estimado de 1.67 millones de casos nuevos diagnosticados anualmente. Es la segunda causa de muerte en países desarrollados y la incidencia aumenta en países en vías de desarrollo en donde es la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer, esto debido al envejecimiento poblacional y a la limitada respuesta de los sistemas de salud de los países subdesarrollados.³

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en su comunicado de prensa “*A propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama*” menciona que, en el año 2017 en México, 24 de cada 100 egresos hospitalarios fueron por cáncer de mama en pacientes de 20 años o más y fue la primera causa de egreso hospitalario por tumores malignos. En hombres 1 de cada 100 y en mujeres 37 de cada 100 mujeres egresan por cáncer de mama.⁵

De igual forma a nivel nacional, en el grupo de mujeres de 20 años o más la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 17.19 defunciones por cada 100 mil mujeres. San Luis Potosí presenta una tasa de mortalidad de 13.65 a 18 aunque esta no esta no es de las más altas es importante considerarla ya que la mortalidad en mujeres es un dato preocupante para nuestro país.⁵

Conforme a los resultados del año 2019 la tasa de incidencia de Cáncer de mama se incrementó a 19 casos nuevos por cada 100 mil personas de 20 años o más. Y específicamente en el grupo de mujeres de 20 años o más la tasa de incidencia fue de 35.24 casos por cada 100 mil mujeres. La distribución por entidad federativa de los nuevos casos de cáncer de mama en mujeres de 20 años o más, muestra a Morelos con 151.94 por cada 100 mil mujeres de 20

años o más, Colima con 139.62 y Aguascalientes con 66.64 son las entidades con las tasas más altas.⁵

En cuanto a la mortalidad por cáncer de mama, en el 2018 se registraron 7 257 defunciones, es decir el 16% del total de las defunciones femeninas a causa de tumores malignos ubicando al cáncer de mama en la primera causa de muerte. Por grupos de edad solo el 1% de mujeres de 15 a 29 años mueren por cáncer de mama, 38% fallecen en edades de entre los 45 a 59 años de edad y la mayor parte, 48% fallece después de los 59 años de edad.⁵

Podemos observar que su incidencia se encuentra en aumento en países desarrollados como el nuestro y cada día incrementa la necesidad de mejorar el manejo en el tratamiento médico y quirúrgico, por esta razón se requiere que el personal de enfermería se encuentre en constante capacitación con el fin de fortalecer sus conocimientos y habilidades, y de esta manera puedan desempeñar un rol efectivo en el logro de los objetivos planteados en la atención del paciente.⁶

Es por ello que el papel del personal de enfermería quirúrgico tiene una función cada vez más importante dentro del tratamiento del cáncer de mama debido a que es la persona encargada de favorecer un abordaje individual e integral de la mujer que cursa por este proceso, además de tratar las posibles complicaciones que puedan ir apareciendo y es la responsable de asegurarse que las pacientes dispongan de la información adecuada para que realicen los cuidados necesarios posteriores a la intervención quirúrgica, siempre adaptándonos a cada paciente.

Es importante enfatizar que para brindarle al paciente mayor comodidad y mejores condiciones para su recuperación son esenciales los cuidados postoperatorios de enfermería, por eso la importancia de una entrevista prequirúrgica completa utilizando la valoración por patrones funcionales,

explicar el proceder de la cirugía a la paciente, mantener presencia y apoyo psicológico en todo momento. Esto sirve como guía para llevar un cuidado post operatorio efectivo, y de calidad.⁷

El presente trabajo se realiza con la finalidad de ofrecer un Plan de Cuidados Estandarizado en las mujeres que cursan por un proceso de mastectomía radical, el cual pueda ser una guía para el personal de salud del área quirúrgica en el posoperatorio, a través de la implementación del Proceso Cuidado Enfermero el cual se realizará por medio de patrones funcionales de Marjory Gordon identificando los patrones alterados que se pueden encontrar en estas pacientes a su vez se priorizan las actividades que el personal de enfermería podrá llevar a cabo y que permitan de igual forma la participación conjunta del profesional y paciente para lograr el bienestar físico, psicológico y social.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Desarrollar un Plan de Cuidados Estandarizado para paciente postoperada de mastectomía radical con interacción en las taxonomías NANDA, NIC y NOC para fortalecer el cuidado que brinda el personal de salud en el área quirúrgica.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir la patología de Cáncer de Mama y la mastectomía radical como principal tratamiento.
- Identificar etiquetas diagnósticas prioritarias en postoperatorio de paciente con mastectomía radical.
- Fundamentar las intervenciones y actividades de enfermería para pacientes postoperados de mastectomía radical.

IV. METODOLOGÍA

La Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, dentro de su plan curricular incluye la realización de una Tesina para obtener la titulación de la misma.

Para estructurar este trabajo se identificó la necesidad de contar con un plan de cuidados estandarizado post operatorio en pacientes con mastectomía radical; por medio del Comité de la Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada de la Unidad de Posgrado y con la orientación tutorial de la profesora L.E. Gregoria Patricia Muñiz Carreón MCA se delimitó el tema seleccionado Plan de cuidados estandarizado del postoperatorio a paciente con mastectomía radical.

Se elaboró un cronograma de actividades para la realización del trabajo. Durante la revisión bibliográfica, se analizó y se clasificó la información, posteriormente se desarrolló el esquema general del trabajo, y se formuló la introducción, justificación, objetivos e integración del marco teórico, así como la elaboración del plan estandarizado de enfermería.

El desarrollo consistió en búsqueda, recolección y revisión de diferentes fuentes bibliográficas encontrados bases de datos como: Elsevier 10, Pudmed 8, Scielo 12 y Medigraphic 7, además de 3 libros electrónicos sobre anatomía y páginas web de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), que enriquecieron el abordaje de este tema, de los cuales se obtuvieron ideas que facilitaron la presentación e integración del presente documento, y se plantearon, palabras clave como: “planes de cuidados”, “cáncer de mama”, “mastectomía radical” y “cuidados de enfermería”

Se desarrolló un Plan de Cuidados Estandarizado para la resolución de los principales diagnósticos enfermeros, manejando la clasificación diagnóstica de NANDA, plasmando los resultados esperados (NOC), así como las estrategias e intervenciones realizadas (NIC). La argumentación del marco teórico se basa del conocimiento fisiopatológico del cáncer de mama, su diagnóstico y tratamiento.

Por medio de la investigación de una variedad de medios se articuló el Marco Teórico, apoyado de múltiples asesorías tanto personales como electrónicas con la directora de Tesina, reestructurando y afinando el contenido presentado, destacando así la importancia en la investigación del tema.

Posterior a la investigación de diversos artículos y medios, se conformó el Plan de Cuidados Estandarizado para la paciente durante el posoperatorio de mastectomía radical.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Anatomía y fisiología de la mama

5.1.1. Embriología y anatomía funcional de la mama

Embriología

Dos bandas ventrales de ectodermo engrosado (rebordes mamarios, líneas lácteas) son evidentes en el embrión hacia la quinta o sexta semana del desarrollo fetal. En casi todos los mamíferos se desarrollan pares de mamas a lo largo de estos rebordes, que se extienden desde la base del miembro anterior (futura axila) hasta la región del miembro caudal (área inguinal). Estos rebordes no son prominentes en el embrión humano y desaparecen después de un corto tiempo, excepto las porciones pequeñas que pueden persistir en la región pectoral. Pueden aparecer mamas accesorias (*polimastia*) o pezones accesorios (*politelia*) a lo largo de la línea láctea (figura No. 1) cuando la regresión normal falla. Cada mama se desarrolla cuando una invaginación del ectodermo forma una yema de tejido primario en el mesénquima. La yema primaria, a su vez, inicia el desarrollo de 15 a 20 yemas secundarias. A partir de las yemas secundarias se desarrollan cordones epiteliales que se extienden hacia la mesénquima circundante. Se forman los conductos mayores (*lactíferos*), que se abren en una fosa mamaria superficial. Durante la infancia una proliferación del mesénquima transforma la fosa mamaria en un pezón. El resultado es un pezón invertido si la fosa no se eleva sobre el nivel de la piel. Esta malformación congénita ocurre en un 4% de los lactantes. Las mamas son idénticas en varones y mujeres al nacimiento, y solo muestran la presencia de conductos mayores. El crecimiento de la mama puede ser obvio y es posible que se produzca galactorrea, que se denomina *leche de burbujas*. Estos fenómenos transitorios ocurren en respuesta a hormonas maternas que cruzan la placenta.⁸

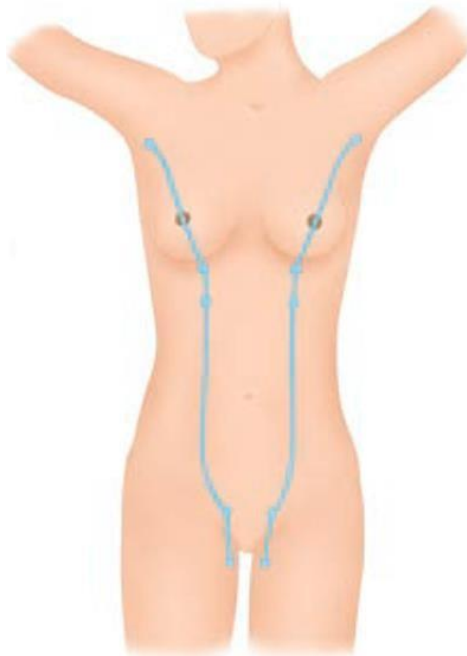


Figura No.1. Línea láctea mamaria (Tomada de Bland et al, p 214).

Las mamas permanecen sin desarrollarse en las mujeres hasta la pubertad, cuando crecen en respuesta al estrógeno y la progesterona ováricos, que indican la proliferación de los elementos de tejido epitelial y conjuntivo.

5.1.2. Anatomía funcional

La mama se compone de 15 a 20 lóbulos (figura No. 2), cada uno constituido por varios lobulillos. Bandas fibrosas de tejido conjuntivo (ligamentos suspensores de Cooper) cruzan la mama, se insertan en forma perpendicular en la dermis y brindan apoyo estructural. La mama femenina madura se extiende desde el nivel de la segunda o tercera costilla hasta el pliegue inframamario en la sexta o séptima costilla. En sentido transversal se extiende del borde externo del esternón hasta la línea axilar anterior. La superficie profunda o posterior de la mama descansa en la fascia de los músculos pectoral mayor, serrato mayor y oblicuo mayor del abdomen, y la extensión superior de la vaina del recto. La bolsa retromamaria puede identificarse en la superficie posterior de la mama entre su fascia de revestimiento y la fascia del

pectoral mayor. La cola axilar de Spence se extiende hacia afuera a través del pliegue axilar anterior. El cuadrante superior externo de la mama contiene mayor volumen de tejido que los otros cuadrantes. La mama tiene forma cónica protuberante. La base del cono es más o menos circular y mide 10 a 12 cm de diámetro.⁸

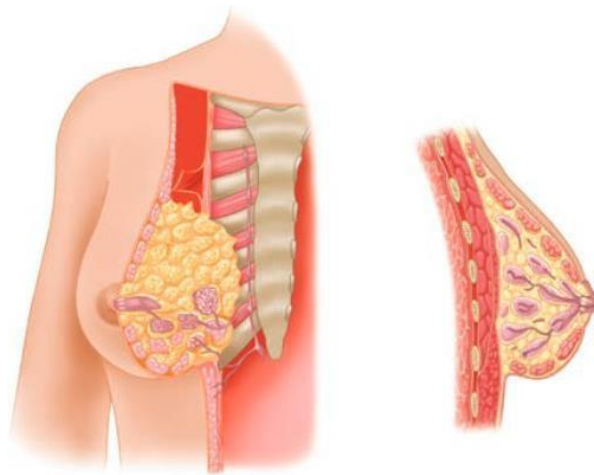


Figura No.2. Anatomía de la mama. Corte transversal (sagital) de la mama y la pared torácica. (Tomada de Bland et al, p 215).

5.2. Antecedentes del Cáncer de mama

El cáncer de mama, con su causa incierta, ha capturado la atención de los cirujanos en todas las épocas. A pesar de siglos de laberintos teóricos y preguntas científicas, el cáncer de mama aún es una de las enfermedades humanas más temibles. La historia de los esfuerzos para afrontar el cáncer de mama es compleja y todavía no existe una conclusión satisfactoria como en las enfermedades en las que la causa y la curación se conocen. Sin embargo, se lograron adelantos para disminuir los horrores que antes devastaron el cuerpo y la psique. En la actualidad 50% de las mujeres consultará a su cirujano por una enfermedad de la mama, en 25% se obtendrá una biopsia de mama y 12% desarrollará alguna variante de cáncer de mama. El Papiro quirúrgico de Smith (3000 a 2500 a. C.) es el primer documento conocido que

se refiere al cáncer de mama. Aunque el cáncer se presentó en un varón, la descripción incluyó la mayor parte de las características clínicas frecuentes. En relación con este cáncer, el autor concluyó: “no hay tratamiento”. Hubo pocas referencias históricas del cáncer de mama hasta el siglo I. En “De Medicina”, Celso comentó el valor de las operaciones para el cáncer de mama temprano: “Ninguno de éstos puede extirparse excepto los cacoethes (cáncer temprano), el resto se irrita con cualquier método de curación. Cuanto más violenta es la operación, con mayor enojo crecen.” En el siglo II, Galeno escribió su observación clínica clásica: “Con frecuencia observamos en la mama un tumor que semeja con exactitud al cangrejo. Así como el cangrejo tiene patas en ambos lados de su cuerpo, también en esta enfermedad las venas que se extienden fuera del crecimiento anormal toman la forma de las patas de ese animal. A menudo hemos curado esta enfermedad en sus etapas tempranas, pero una vez que alcanza un tamaño grande nadie lo ha hecho. En todas las operaciones intentamos extirpar el tumor en el círculo en el que colinda con el tejido sano”. El sistema galénico de la medicina atribuyó los cánceres a un exceso de bilis negra y concluyó que la escisión de un brote corporal local no curaría el desequilibrio sistémico. Las teorías defendidas por Galeno dominaron la medicina hasta el Renacimiento. La mayoría de los cirujanos respetados consideraba que la intervención quirúrgica era un esfuerzo fútil y mal aconsejado. No obstante, a partir de Morgagni se efectuaron con mayor frecuencia resecciones quirúrgicas, incluso algunos intentos iniciales de mastectomía y disección axilar. Le Dran repudió la teoría humoral de Galeno en el siglo XVIII y afirmó que el cáncer de mama es una enfermedad local que se disemina por los vasos linfáticos hacia los ganglios linfáticos axilares. Cuando operaba a una mujer con cáncer de mama, extirpaba de manera rutinaria cualquier ganglio linfático axilar crecido. En el siglo XIX Moore, del Middlesex Hospital, de Londres, enfatizó la resección completa de la mama por cáncer y afirmó que también debían extirparse todos los ganglios linfáticos axilares palpables. En una presentación ante la British

Medical Association realizada en 1877, Banks apoyó los conceptos de Moore y aconsejó la resección de los ganglios linfáticos axilares aun cuando la linfadenopatía palpable no fuera obvia puesto que a menudo había una alteración oculta de los ganglios linfáticos axilares. Halsted y Meyer publicaron sus operaciones para el tratamiento del cáncer de mama en 1894. Al demostrar tasas de control local y regional superiores después de la resección radical establecieron a la mastectomía radical como el tratamiento último para esa era. Tanto Halsted como Meyer recomendaron la disección completa de los ganglios linfáticos axilares de los niveles I a III. Ambos resecaban en forma rutinaria el nervio del serrato anterior y el haz neurovascular toracodorsal con el contenido axilar. En 1943, Haagensen y Stout describieron los signos graves del cáncer de mama, que incluyeron: a) edema de la piel de la mama, b) ulceración de la piel, c) fijación a la pared torácica, d) un ganglio linfático axilar >2.5 cm de diámetro y e) ganglio linfáticos axilares fijos. Las mujeres con dos o más signos tenían una tasa de recurrencia local de 42% y una supervivencia sin enfermedad a cinco años de sólo 2%. Con base en estos hallazgos declararon que las mujeres con signos graves ya no podían curarse mediante una intervención quirúrgica radical. Con base en estos criterios de inoperabilidad se excluyó de la operación a cerca de 25% de las mujeres. En la actualidad, con la detección amplia por mamografía, estos cánceres de mama avanzados se encuentran sólo en 10% de las mujeres. En 1948, Patey y Dyson, del Middlesex Hospital, de Londres, aconsejaron una mastectomía radical modificada para el tratamiento del cáncer de mama operable avanzado y explicaron: “En tanto no se desarrolle un medicamento general eficaz para el tratamiento del carcinoma de la mama, una proporción alta de estos casos está condenada a morir”. Su técnica comprendió la extirpación de la mama y los ganglios linfáticos axilares con preservación del músculo pectoral mayor. Demostraron que la extirpación del músculo pectoral menor permite el acceso y la eliminación de los ganglios linfáticos axilares de los niveles I a III. Más tarde, Madden aconsejó una mastectomía radical modificada que preservaba

los músculos pectorales tanto mayor como menor e incluso este método evitaba la disección completa de los ganglios linfáticos axilares apicales (nivel III). En la década de 1970 se dio una transición de la mastectomía radical de Halsted a la mastectomía radical modificada como el procedimiento quirúrgico que los cirujanos estadounidenses utilizaban con mayor frecuencia para el cáncer de mama. Esta transición reconoció que: a) no era esencial extirpar el músculo pectoral mayor para el control local y regional del cáncer de mama en estadios I y II, y b) ni la mastectomía radical modificada ni la mastectomía radical de Halsted lograban de modo constante el control local y regional del cáncer de mama en estadio III. El estudio National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-04, que condujeron Fisher et al., comparó los tratamientos locales y regionales del cáncer de mama. Se obtuvieron estimaciones de las tablas de mortalidad de las 1 665 mujeres que se incluyeron y siguieron por una media de 120 meses (figura No.3). En este estudio se distribuyó al azar a mujeres con ganglios clínicamente negativos en tres grupos: a) mastectomía radical de Halsted, b) mastectomía total aunada a radioterapia y c) mastectomía total sola (MT). Las mujeres con ganglios positivos en la clínica se trataron con mastectomía radical de Halsted o mastectomía total más radioterapia. Este estudio inscribió pacientes entre 1971 y 1974, una época previa a la disponibilidad amplia de tratamiento sistémico efectivo para cáncer mamario. Por lo tanto, los resultados de ese estudio reflejan la supervivencia relacionada sólo con el tratamiento local y regional. No se observaron diferencias en la supervivencia entre los tres grupos de mujeres con ganglios negativos ni entre los dos grupos de mujeres con ganglios positivos (fig.2A).⁸

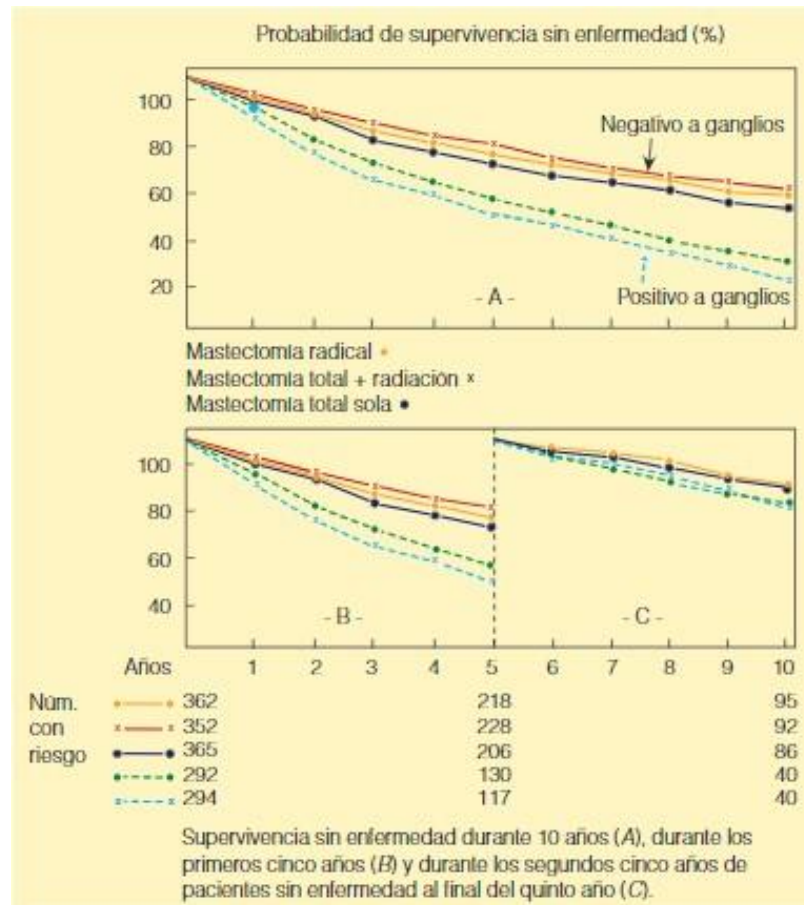


Figura No.3. Resultados del National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-04 (NSABP B-04). Supervivencia sin enfermedad en mujeres tratadas mediante mastectomía radical (círculos naranja), mastectomía total más radiación (x), o mastectomía total sola (círculos azules). (Tomada de Bland et al, p 214).

De manera correspondiente, no se identificaron diferencias en la supervivencia durante el primer y el segundo periodos de vigilancia de cinco años (figura No.3-B y C). Estos patrones de equivalencia general de supervivencia han persistido a los 25 años de seguimiento.⁸

5.3. Factores de riesgo

La causa o causas que producen un cáncer de mama todavía no están aclaradas, sin embargo, sí se han identificado numerosos factores de riesgo asociados al cáncer de mama. La mayor parte de ellos se relaciona con los

antecedentes reproductivos que modulan la exposición hormonal durante la vida.

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), menciona que los principales factores padecer un cáncer de mama son:

1. La edad es el principal factor de riesgo para padecer un cáncer de mama, el riesgo aumenta al aumentar la edad.
2. Historia personal de cáncer de mama invasivo (las mujeres que han tenido un cáncer de mama invasivo tienen más riesgo de padecer un cáncer de mama contralateral), carcinoma ductal in situ o carcinoma lobulillar in situ.
3. Historia personal de enfermedad proliferativa benigna de la mama.
4. Historia familiar de cáncer de mama en un familiar de primer grado (madre, hija, hermana).
5. Portadoras de mutaciones en los genes BRCA 1 y 2 o en otros genes que aumentan el riesgo de padecer un cáncer de mama.
6. Densidad mamaria elevada en las mamografías.
7. Factores reproductivos que aumentan la exposición a los estrógenos endógenos, como la aparición temprana de la primera regla, la menopausia tardía o la nuliparidad (no haber estado embarazada nunca).
8. El uso de terapia hormonal sustitutiva después de la menopausia aumentan el riesgo de cáncer de mama, al igual que lo hace el uso de una combinación de las hormonas estrógeno y progesterona posterior a la menopausia
9. La exposición a radiaciones ionizantes, sobre todo durante la pubertad, y las mutaciones hereditarias relacionadas con el cáncer de mama, aumentan el riesgo.
10. El consumo de alcohol.
11. La obesidad.⁹

Aunado a ellos Brunicardi, 2010, los divide en 2 tipos: hormonales y no hormonales.⁸

Tabla No.1. Factores de riesgo hormonales y no hormonales

<i>Factores hormonales</i>	<i>Factores no hormonales</i>
→ El incremento de la exposición a estrógenos.	→ Sobrevivientes a la bomba atómica durante la Segunda guerra mundial
→ Incremento de ciclos menstruales	→ Exposición a radiación
→ Menarquia temprana	→ Mujeres jóvenes que reciben radioterapia
→ Nuliparidad	→ Cantidad y duración del consumo de alcohol
→ Menopausia tardía	→ Prolongado consumo de alimentos altos en grasas
→ Edad mayor al primer parto	

Fuente: Brunicardi C. Andresen D. Billiar T. et al. 423-469.

5.4. Síntomas

La manifestación más frecuente que ayuda a detectar el cáncer es la aparición de un nódulo palpable que generalmente no causa dolor, las alteraciones de la piel de la mama o la retracción del pezón.⁹

Otros signos y síntomas del cáncer que se presentan más a menudo comprenden:

- 1) crecimiento o asimetría de la mama.
- 2) alteraciones y retracción de pezón o telorrea
- 3) Ulceración o eritema de la piel de la mama
- 4) masa axilar
- 5) molestia musculoesquelética.⁸

Sin embargo, hasta el 50% de mujeres que presentan molestias en la mama no tienen signos físicos de patología mamaria.

5.5. Prevención

La autoexploración y las mamografías son las herramientas más útiles para encontrar bultos sospechosos en las mamas. En general, la técnica de la mamografía facilita la detección de pequeños bultos, difíciles de predecir mediante la palpación del pecho. Este tipo de prueba debe repetirse anualmente a partir de los 50 años, o de los 45 en el caso de que una persona tenga antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado.¹⁰

5.6. Clasificación

No todos los bultos que aparecen en las mamas son un síntoma de cáncer. De hecho, nueve de cada diez bultos son benignos. Estos bultos no cancerosos pueden ser fibrosis o tumores de tejido conectivo y glandular, o bien, quistes o bolsas llenas de líquido.¹¹

En 1993 el Colegio Americano de Radiología (ACR) desarrolló el Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS), un método para clasificar los hallazgos mamográficos. Se considera el idioma universal en el diagnóstico de la patología mamaria. Sus objetivos son: estandarizar la terminología y la sistemática del informe mamográfico, categorizar las lesiones estableciendo el grado de sospecha y asignar la actitud a tomar en cada caso. Además, el sistema BI-RADS permite realizar un control de calidad y una monitorización de los resultados.¹¹

BI-RADS 0: No concluyente por lectura incompleta

Actitud: necesitan realizarse pruebas de imagen adicionales y /o mamografías previas para comparar.¹¹

BI-RADS 1: Mama normal

Se considera mama normal aquella en la que no se identifican hallazgos mamográficos comprendidos entre las categorías 2 y 5 de sospecha.

Dentro de esta categoría se incluyen los siguientes hallazgos mamográficos, siempre que las características sean típicas y no planteen dudas en cuanto a su naturaleza:

- Calcificaciones dérmicas.
- Calcificaciones vasculares.
- Microquistes liponecróticos.
- Ganglios linfáticos axilares con cambios grasos.
- Lesiones cutáneas con correlación exacta con la imagen mamográfica.

Actitud: Mamografía en 2 años. ¹¹

BI-RADS 2: Benigna (probabilidad de cáncer similar a la población general)

Se consideran hallazgos mamográficos o categoría 2 los nódulos y calcificaciones que cumplan los siguientes criterios:

Nódulos

- Quiste simple demostrado en estudio ecográfico.
- Con contenido graso:
 - Ganglio linfático intramamario. Con forma típica reniforme y un centro radiotransparente que corresponde al hilio graso. Tamaño <1cm.
 - Quiste Oleoso: nódulo redondeado, oval o lobulado (R/O/L), de densidad completamente grasa (O) y contorno bien definido, que puede estar calcificada total o parcialmente (calcificación en cáscara de huevo).

- Hematoma: nódulo de cualquier morfología, contorno bien definido (D) con cápsula periférica y densidad mixta (tejido adiposo y parénquima fibroglandular)
- Lipoma/galactocele: características BIRADS R/O/L/D de densidad completamente sana. Las características mamográficas son similares a las del quiste oleoso, pero de mayor tamaño.¹¹

Calcificados:

- Fibroadenoma con calcificación típica: características BIRADS R/O/L/D y calcificaciones en palomita de maíz, groseras múltiples, calcificación completa o casi completa. No requiere más estudios de confirmación ni seguimientos especiales, ya que no existe incremento del riesgo de CM.
- Calcificación periférica en “cáscara de huevo” (E): nódulo de morfología R/O/L, densidad grasa, inferior, similar o superior al parénquima y contorno bien definido (D) con calcificación lineal periférica.
- Calcificación típica de papiloma: Nódulo de morfología R/O de contorno D y densidad inferior, similar o superior al parénquima y calcificaciones típicas “en mora”. Actitud: Mamografía en 2 años.¹¹

BI-RADS 3: Hallazgos probablemente benignos. (< 2% de riesgo de malignidad)

La categoría BI RADS 3 (lesión probablemente benigna) se usa para un grupo de lesiones de mama con criterios no definitivamente benignos de acuerdo a los estándares establecidos. La probabilidad de malignidad en estas lesiones es bajo (<2%). Para estas lesiones se recomienda un control a los 6 y 12 meses para valorar su estabilidad.¹¹

En lectura de mamografía de detección precoz, únicamente se considerarán probablemente benignos los siguientes hallazgos:

- Nódulo solitario: morfología R/O/L, contorno D y densidad similar al parénquima.¹¹

- Microcalcificaciones amorfas agrupadas.
- Densidad asimétrica focal: asimetría de tejido glandular visible en las 2 proyecciones con una morfología similar y sin contornos definidos.
- Asimetría ductal: densidad tubular o conducto solitario dilatado en localización retroareolar.

Dos años de seguimiento se consideran suficientes para establecer diagnóstico de benignidad. ¹¹

BI-RADS 4: Probablemente maligna (valor predictivo positivo para cáncer entre 29-34% hasta 70%)

Existe una división opcional de esta categoría:

- Categoría 4-A: hallazgo mamográfico que requiere biopsia, pero con una baja sospecha de malignidad.
- Categoría 4-B: sospecha intermedia de malignidad.
- Categoría 4-C: preocupación moderada, pero no clásica de malignidad (como en la categoría 5). ¹¹

Nódulos

- Morfología irregular, densidad similar al parénquima y contorno microlobulado o mal definido.
- Morfología O/L con densidad similar o superior al parénquima y contorno mal definido o microlobulado.
- Morfología R, densidad superior a parénquima y contorno definido. ¹¹

Microcalcificaciones

- Morfología heterogénea (pleomórfica) y cualquier distribución. ¹¹

Distorsión arquitectural

- Pérdida de la arquitectura normal de la mama sin masa definida. Incluye espiculaciones irradiadas desde un punto y la retracción focal o distorsión del contorno del parénquima. ¹¹

Adenopatías axilares

- Ganglios aumentados de tamaño y densidad, sin hilio graso identificable. Actitud: Derivación Hospitalaria. ¹¹

BI-RADS 5: Altamente sugerente de malignidad (VPP para cáncer superior al 70%)

Nódulos

- Morfología irregular, densidad superior al parénquima con cualquier contorno.
- Contorno espiculado, densidad igual o superior al parénquima, cualquier morfología.
- Contorno microlobulado o mal definido, densidad superior al parénquima y cualquier morfología. ¹¹

Microcalcificaciones

Morfología lineal o ramificada, con cualquier distribución. Actitud: Derivación hospitalaria. ¹¹

BI-RADS 6- Malignidad confirmada histológicamente, pero antes de iniciarse un tratamiento definitivo

La razón de peso para incluir esta categoría es que los exámenes que merecen esta valoración son excluidos de la auditoría. Las auditorías que no incluyen estos exámenes mostrarán unos resultados falsamente elevados de tasas de detección de cáncer y de Valor Predictivo Positivo. ¹¹

5.7. Diagnóstico

El proceso de diagnóstico del cáncer de mama comienza cuando existe la sospecha por la exploración física o una mamografía de rutina. A partir de ese momento el especialista puede realizar una serie de pruebas que confirmen el cáncer:

5.7.1. Exploración física

- *Inspección:* El especialista inspecciona las mamas de una mujer con los brazos de ésta a los lados (figura No.4-A), extendidos hacia arriba (figura No. 4-B) y con las manos en las caderas (con contracción del músculo pectoral y sin ella). Se registran la simetría, el tamaño y la forma de la mama, así como cualquier evidencia de edema (piel de naranja), retracción del pezón o de la piel y eritema. Con los brazos extendidos hacia adelante y en posición sedente, la mujer se inclina hacia adelante para acentuar cualquier retracción de la piel.⁸

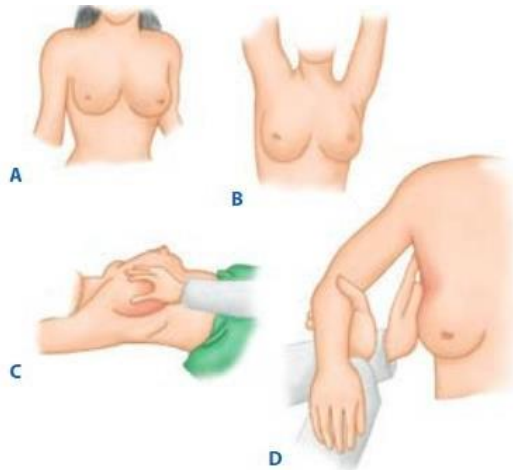


Figura No.4. Examen de la mama. A. Inspección de la mama con los brazos a los lados. B. Inspección de la mama con los brazos elevados. C. Palpación de la mama con la paciente en posición supina. D. Palpación de la axila. (Tomada de Brunicardi C. Andresen D. Billiar T. et al. 423-469).

- **Palpación:** El examen físico comprende la palpación cuidadosa de la mama. El examen de la paciente en posición supina (figura No. 4-C) se realiza mejor con una almohada apoyando el hemitórax del mismo lado. El examinador palpa con suavidad la mama desde su lado ipsolateral y se asegura de examinar todos cuadrantes, desde el esternón hacia fuera hasta el músculo dorsal ancho y desde la clavícula hacia abajo hasta la parte superior de la vaina del recto. El especialista examina con la superficie palmar de los dedos evitando realizar movimientos de aislamiento o pellizco. La mama puede acoplarse o moldearse en la mano del examinador con objeto de comprobar alguna retracción. En seguida se efectúa una búsqueda sistemática de linfadenopatía. La figura No. 4-D muestra la posición de la paciente para examinar la axila. La cintura escapular se estabiliza mediante el apoyo del brazo y del codo. Los tres niveles de posible linfadenopatía axilar se valoran por palpación suave. También se palpan con cuidado los sitios supraclaviculares y para esternales. Un diagrama de tórax y los sitios contiguos de ganglios linfáticos es útil para registrar localización, tamaño, consistencia, forma, movilidad, fijación y otras características de cualquier masa mamaria o linfadenopatía palpable (Figura No.5).⁸

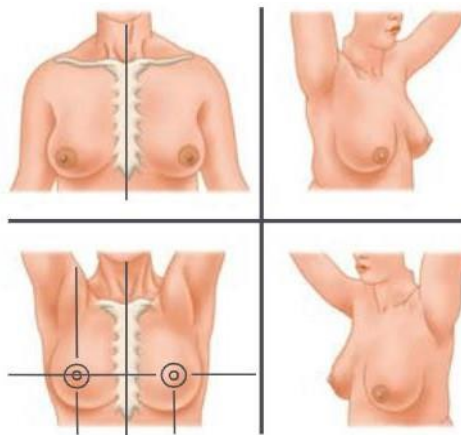


Figura No.5. Registro del examen de la mama.
(Tomada de Brunicardi C. Andresen D. Billiar T. et al. 423-469).

5.7.2. Técnicas de imagen

- Mamografías: Imágenes de rayos X que detectan zonas anómalas de la mama. Estas pruebas no son fiables al cien por cien y pueden ofrecer imágenes sospechosas que al final no son malignas o no detectar un tumor maligno.
- Ecografía: Permite distinguir lesiones quísticas (re llenas de líquido) de lesiones sólidas. Esta técnica suele completar a la mamografía.
- Resonancia magnética nuclear (RMN): Es una exploración radiológica que utiliza la acción de un campo electromagnético para obtener imágenes. La RMN se utiliza como prueba complementaria de las dos anteriores o para analizar el cerebro o la médula espinal.⁹

5.7.3. Anatomía patológica

El diagnóstico definitivo del cáncer lo establece el especialista en anatomía patológica al observar las células malignas obtenidas en la biopsia bajo el microscopio.

A partir de estas células será capaz de definir el tumor, evaluar el pronóstico y los posibles tratamientos. Los factores que evalúa son:

- Tamaño tumoral: Cuanto mayor sea el tumor, mayor riesgo hay de que vuelva a aparecer.
- Tipo histológico: Depende de las células de las que derive el tumor. El carcinoma ductal es el más frecuente (80 por ciento de los casos), seguido del carcinoma lobulillar.
- Grado histológico: Aporta información sobre la maduración (crecimiento) de las células del tumor. Las más diferenciadas son las más maduras, de grado I y menos agresivas; las menos diferenciadas son las de grado III.

- Afectación ganglionar: El pronóstico de la enfermedad lo establece el número de ganglios que se han visto afectados. Cuanto mayor es el número de ganglios, mayor es el riesgo de recaída.⁹

5.8. Tratamientos

El tratamiento del cáncer de mama se basa en múltiples factores y requiere la colaboración de diferentes especialistas: cirujanos, oncólogos, etc.

En los estadios iniciales el tratamiento suele comenzar con cirugía y continuar con radioterapia. En la actualidad, en algunos casos se ofrece la posibilidad de comenzar antes con tratamiento neoadyuvante que puede facilitar la conservación del seno.

La terapia que se aplique depende de muchos factores, entre los que se incluye el estadio o etapa en que se encuentre el tumor, si hay o no metástasis, el tamaño del cáncer y también de cómo sean las células cancerosas. Con la clasificación realizada por los médicos se establecen el tamaño del tumor, los ganglios linfáticos afectados y el grado de metástasis o propagación a otros órganos, si es que hay. La más utilizada es el sistema TNM, creado por el Comité Conjunto Americano del Cáncer. Cada letra alude a una característica que se define con un número:^{9,12}

- T (tamaño): Seguido de un número del 0 al 4. Se refiere al tamaño del tumor, cuanto más grande es el cáncer, mayor es el número.
- N (nódulos): Del 0 al 3. Hace alusión a los ganglios linfáticos que se encuentran afectados por las células cancerosas.
- M (metástasis): Seguida de un 0 o 1. Indica si el cáncer se ha extendido (1) o no (0) a otros órganos.^{9,12}

5.8.1. Radioterapia

La radioterapia se utiliza para impedir que las células tumorales crezcan y/o destruirlas. ^{9,12}

- Terapia adyuvante, los especialistas pueden recomendarla como tratamiento local para eliminar posibles células tumorales que permanecen después de realizar la cirugía.
- Terapia paliativa: Para aliviar los síntomas de la afectación ósea o ganglionar.
- Terapia sistémica: A diferencia de la cirugía o la radioterapia, la terapia sistémica no actúa de forma local, este tratamiento afecta a todo el organismo. Se administra por vía oral o por vía intravenosa y se distribuye a todos los órganos. El objetivo de este tratamiento es reducir el riesgo de recaída en la enfermedad y la muerte. Los tres tipos de terapias sistémicas más utilizadas en la actualidad son la quimioterapia, la hormonoterapia y las terapias dirigidas. La utilización de cada opción depende del tipo de cáncer de mama y del riesgo de recaída del paciente. ^{9,12}

5.8.2. Cirugía

La cirugía se utiliza con la intención de extirpar el tumor y analizar los ganglios de la axila. Existen dos opciones de cirugía:

- Conservadora: El especialista retirará el tumor y una pequeña cantidad del tejido sano que hay alrededor. Tal y como señalan desde SEOM, esta opción permite conservar la mama, aunque por lo general, requiere que tras la operación se administra radioterapia para eliminar las células

tumorales que queden en la mama. Esta opción se puede realizar dependiendo del tamaño del tumor, de la mama y de los deseos del paciente.^{9,12}

- Mastectomía: El especialista extirpará toda la mama. En estas circunstancias, las pacientes pueden reconstruirse la mama. Esta opción se puede hacer al extirpar la mama o después de finalizar todos los tratamientos. El momento adecuado depende de varios factores relacionados con el tratamiento y las preferencias del paciente.^{9,12}

5.8.2.1. Mastectomía

La mastectomía es una manera de tratar el cáncer de seno mediante la extirpación quirúrgica de todo el seno. A menudo se hace cuando una mujer no puede ser tratada con cirugía con conservación del seno (tumorectomía), la cual preserva la mayor parte del seno. Las mujeres con un riesgo muy alto de padecer otro cáncer a veces se someten a una mastectomía doble, la extirpación de ambos senos.¹³

Mastectomía "simple" o "total"

La mastectomía simple o total se concentra en el tejido mamario: El cirujano extirpa la totalidad de la mama. El cirujano no realiza disección de ganglios axilares (extirpación de ganglios linfáticos de la axila). Sin embargo, en algunos casos se extirpan ganglios linfáticos porque se encuentran ubicados dentro del tejido mamario extirpado durante la cirugía. No se extirpan los músculos ubicados bajo la mama.¹³

La mastectomía simple o total es adecuada para mujeres que tienen varias o amplias zonas afectadas por carcinoma ductal in situ (CDIS) y para mujeres que solicitan mastectomía preventiva, es decir, extirpación de la mama para evitar cualquier posibilidad de cáncer de mama.¹³

Mastectomía radical modificada

La mastectomía radical modificada implica la extirpación de tejido mamario y ganglios linfáticos: Se extirpa la totalidad de la mama, se realiza disección de ganglios linfáticos axilares, en la que se extirpan los niveles I y II de ganglios axilares. No se extirpan los músculos ubicados bajo la mama. Se realiza a la mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de mama invasivo para poder examinar los ganglios linfáticos. El examen de ganglios linfáticos ayuda a determinar si las células cancerosas se propagaron fuera de la mama.¹³

Mastectomía radical

La mastectomía radical modificada preserva los músculos pectorales mayor y menor, y permite extirpar los ganglios linfáticos axilares de nivel III (apicales). En esta técnica se permite preservar el nervio pectoral mayor (torácico anterior), que sigue en el haz neurovascular externo de la axila y suele penetrar en el pectoral menor para inervar su borde externo. Los límites anatómicos de la mastectomía radical son el margen anterior del musculo dorsal ancho de la pared externa, la línea media del esternón en la interna, el musculo subclavio por arriba y la extensión caudal de la mama 2 a 3 cm debajo del pliegue inframamario en la parte inferior (Figura No.6). El grosor del colgajo de piel varía con la complexión, pero como ideal es de 7 a 8 mm e incluye la piel y el tejido subcutáneo. Una vez que los colgajos de piel se desarrollan por completo, la fascia del musculo pectoral mayor y el tejido mamario subyacente se desprende de la musculatura subyacente y esto permite extirpar la mama por completo.⁸

La mastectomía radical es el tipo más extenso de mastectomía: Elimina la totalidad de la mama, se extirpan los niveles I, II y III de ganglios linfáticos axilares. El cirujano también retira los músculos de la pared torácica situados bajo la mama. En la actualidad, la mastectomía radical sólo se recomienda

cuando el cáncer de mama se ha propagado a los músculos torácicos situados bajo la mama. [Ver anexo No. 1.](#)¹³

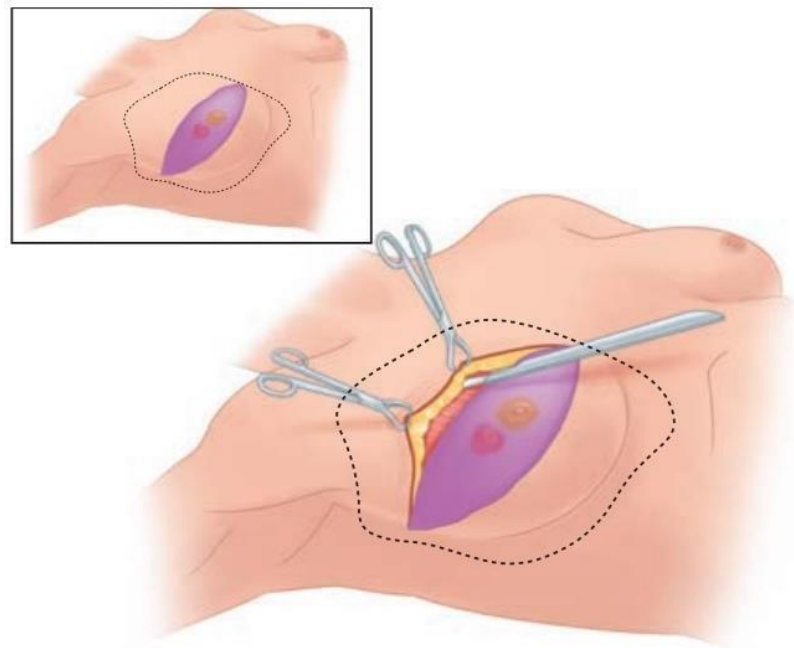


Figura No.6. Mastectomía radical modificada: elevación de los colgajos de piel. Estos últimos tienen 7 a 8 mm de grosor, incluidos la piel y el tejido subcutáneo. El recuadro muestra los límites de la mastectomía radical modificada. (Tomada de Brunicardi C. Andresen D. Billiar T. et al. 462).

Mastectomía parcial

La mastectomía parcial es la extirpación de la parte cancerosa del tejido mamario y de parte del tejido normal circundante.¹³

Mastectomía subcutánea ("con preservación de pezón").

Se extirpa todo el tejido mamario, pero se deja el pezón. La mastectomía subcutánea se lleva a cabo con menor frecuencia que la mastectomía simple o total, debido a que se conserva mayor cantidad de tejido mamario en el que, más adelante, podría formarse cáncer.¹³

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

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

- No se puede recibir radioterapia
- Hubo tratamiento en el seno con radioterapia
- La paciente fue sometida a una cirugía con conservación del seno que no extirpó completamente el cáncer
- Si la paciente tiene dos o más áreas de cáncer en el mismo seno que no están lo suficientemente cercanas para ser extraídas sin cambiar mucho la apariencia del seno
- Tiene un tumor más grande (mide más de 5 centímetros [2 pulgadas] de ancho) o un tumor que es grande en relación con el tamaño del seno
- Está embarazada y necesitaría radioterapia durante el embarazo (con el riesgo de perjudicar al feto)
- Tiene un factor genético, que podría aumentar la probabilidad de un segundo cáncer
- Padece una enfermedad grave del tejido conectivo, como por ejemplo esclerodermia o lupus, que puede causar que sea especialmente sensible a los efectos secundarios de la radioterapia
- Padece cáncer de seno inflamatorio.^{12,13}

Resulta importante que las mujeres que se preocupan por el regreso del cáncer de seno entiendan que someterse a una mastectomía en lugar de la cirugía con conservación del seno más radiación, solo reduce su riesgo de padecer un segundo cáncer de seno en el mismo seno. Esto no reduce la probabilidad de que el cáncer regrese a otras partes del cuerpo. Después de una mastectomía, es posible que una mujer considere rehacer la forma de su seno para restaurar la apariencia del mismo. A esto se le conoce cómo

reconstrucción de seno. Aunque cada caso es distinto, la mayoría de las pacientes que se sometieron a una mastectomía tienen la opción de una reconstrucción. La reconstrucción puede realizarse al mismo tiempo en que se lleva a cabo la mastectomía, o se puede hacer después.¹²

5.8.2.2. Complicaciones de la mastectomía

En cierta medida, los efectos secundarios de la mastectomía pueden depender del tipo de mastectomía (las cirugías más extensas tienden a causar más efectos secundarios). Los efectos secundarios pueden incluir: Dolor o sensibilidad, hinchazón en la zona de la cirugía, acumulación de sangre en la herida (hematoma), acumulación de líquido transparente en la herida (seroma), movimiento limitado del brazo o del hombro, entumecimiento en el pecho o el brazo, dolor de origen nervioso (neuropático) en la pared torácica, la axila y/o el brazo que no desaparece con el pasar del tiempo (se conoce como síndrome de dolor post-mastectomía o PMPS, por sus siglas en inglés). Como en toda operación, también son posibles las infecciones y el sangrado en el lugar de la cirugía. Si también se extirparon los ganglios linfáticos axilares, es posible que se presenten otros efectos secundarios, como linfedema.¹³

En lo que se refiere a las complicaciones perioperatorias más importantes pueden ser:

- Lesiones vasculares: afortunadamente poco frecuentes. La más grave es la lesión iatrogénica de la vena o, mucho menos frecuentemente, de la arteria axilar, que puede producir un sangrado muy importante. Su tratamiento debe ser inmediato, identificando y reparando la lesión con una sutura primaria adecuada.¹⁴
- Lesiones nerviosas: más frecuentes, sus consecuencias dependen de la estructura lesionada y de su carácter transitorio o permanente:

- Nervio intercostobraquial: es la lesión más habitual. Se produce una pérdida/alteración de la sensibilidad de la cara medial del brazo, disfunción de la sudoración axilar y, en muchas ocasiones, dolor neuropático/complejo asociado. ¹⁴
- Nervio torácico largo: su lesión puede producir disestesia y (o dolor en el hombro y un área del hemitórax afecto, con limitación de la abducción superior a 90° de dicha articulación, y una separación del borde medial de la esquina inferior de la escápula (por denervación del músculo serrato anterior), que produce una deformación conocida como escápula alada. ¹⁴
- Nervio toracodorsal: la denervación del dorsal ancho produce una deficiencia de la aducción de la articulación del hombro. ¹⁴
- Linforrea/seroma: es la complicación del postoperatorio inmediato más frecuente. El espacio generado tras la operación, y es rellenado por exudado linfático y líquido inflamatorio derivado de la reacción de reparación postquirúrgica, lo que produce, si no es drenado, la aparición de una tumoración palpable, fluctuante, y generalmente indolora en la fosa axilar. Se previene con la colocación de un drenaje aspirativo durante la intervención, que se puede mantener durante varios días convenientemente y un vendaje compresivo. ¹⁴

Linfedema de la Extremidad Superior afectada por la mastectomía

Se denomina linfedema al acúmulo de líquido rico en proteínas (linfa) en una extremidad como resultado de una sobrecarga del sistema linfático. Es una complicación más importante y requiere de tratamiento rehabilitador postquirúrgico, para prevenirlo; tiende a cronificarse; no se dispone de tratamiento curativo y puede llegar a ser invalidante. ¹⁴

Se caracteriza por producir dureza de la extremidad, engrosamiento y deformación de la misma, inflamación, rigidez o dolor, pérdida de sensibilidad al contacto y movilidad en el brazo después de la extirpación ganglionar; puede

producir graves alteraciones hísticas que conducirían a una fibrosis o a impotencias funcionales de la extremidad afectada. La mujer, una vez operada, deberá evitar coger peso con ese brazo y no realizar ejercicios violentos. El tratamiento a este problema es mediante masajes o vendajes de compresión.¹⁴

Linfedema crónico

Se desarrolla en al menos el 20% de las pacientes que han sido sometidas a linfadenectomía axilar. Es invalidante y de curso crónico. No posee un tratamiento eficaz y con fisioterapia sólo se consiguen mejorías temporales, de ahí la importancia de prevenir esta secuela. Afortunadamente, con la generalización de la técnica del ganglio centinela, el Linfedema será cada vez menos habitual.¹⁴

Seroma

Es la acumulación de grasa líquida, suero y linfa en un área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía y usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente. Es una complicación frecuente, benigna pero muy molesta para el paciente y se manifiesta como una tumefacción en la piel bien circunscrita, molestia a la presión y salida de líquido por la herida.¹⁴

Hematoma

Es una acumulación de sangre, causado por una hemorragia interna; rotura de vasos capilares, sin que la sangre llegue a la superficie corporal, que aparece generalmente como respuesta corporal, adquiere en la zona afectada un color azulado o violáceo. En el periodo posoperatorio inmediato la paciente tendrá un apósito ajustado, pero no apretado o un sostén quirúrgico empacado con gasa sobre el sitio quirúrgico, y uno o más tubos de drenajes colocados. Es importante prevenir que se acumulen líquidos bajo la incisión en la pared

torácica o en la axila manteniendo la permeabilidad de los drenes quirúrgicos. Puede desarrollarse hematoma durante las primeras 12h después de la cirugía; por tanto, vigilar la incisión es una acción importante del posoperatorio. El desarrollo de hematoma puede causar necrosis de los colgajos quirúrgicos, aunque esta complicación es rara en pacientes de cirugía mamaria. ¹⁴

Alteraciones de sensibilidad en el área operada

Se trata de sensaciones desagradables, punzantes, que pueden llegar a ser dolorosas. Su curso es crónico, aunque su aparición es variable. No existe un tratamiento eficaz. ¹⁴

Alteraciones de la movilidad en el brazo operado

Se producen por Linfedema o por defecto neuromuscular postquirúrgico. A veces, el área se amplía al hombro, columna cervical y parrilla costal, siendo frecuentes las contracturas musculares y el dolor de tipo inflamatorio. ¹⁴

Defectos estéticos locales

Derivados de la mastectomía, de la reconstrucción o de radioterapia. La persona sometida a cirugía mamaria puede experimentar efectos físicos y psicológicos. ¹⁴

Complicaciones Psicológicas

- Alteraciones psicológicas comunes: ansiedad, depresión, irritabilidad.
- Fatiga psíquica: con dificultad de concentración y disminución de la memoria.
- Miedo a la recaída y a la muerte.
- Cierta desestructuración socio familiar: aislamiento, soledad, balance de las relaciones familiares es un reto para la mujer no sólo durante el diagnóstico o tratamiento sino durante toda su vida.

- Conyugal: con frecuencia existe una disminución de la satisfacción matrimonial provocada por los problemas de apoyo familiar ya aludidos y por problemas sexuales. La alteración sexual de la mujer con cáncer de mama es muy frecuente y se produce por factores psicológicos (miedo al rechazo, pérdida de autoestima) y físicos (alteraciones anatómicas provocadas por los tratamientos o por la enfermedad).
- Socio laboral: la estigmatización de enferma de cáncer que aún perdura en nuestra sociedad hace que la mujer pierda en parte su rol social y su capacidad de liderazgo. Los problemas psicológicos y físicos pueden ser limitaciones para desempeñar el mismo puesto laboral que tuviera antes, por lo que conlleva aún más depresión y perjuicio económico. Para concluir, podemos establecer que todo este abanico de alteraciones psíquicas, que a su vez interrelacionan entre sí, podrían afectar en mayor o menor medida al esquema de vida de cada mujer, dependiendo de su fortaleza psíquica y del tipo de apoyo con que pueda contar.¹⁴

Teoría de las Transiciones

La Teoría de las Transiciones partió del punto de vista de que los fenómenos de enfermería podrían explicarse como una experiencia de salud / enfermedad durante los cambios de vida. La teoría se ha utilizado con frecuencia para explicar los fenómenos de enfermería en diversas circunstancias relacionadas con cambios en la salud / enfermedad, situaciones de la vida, etapas de desarrollo y organizaciones.¹⁸

Objetivo

El propósito de esta teoría de rango medio es describir, explicar y predecir las experiencias de los seres humanos en varios tipos de transiciones, incluidas

las transiciones de salud / enfermedad, transiciones situacionales, transiciones de desarrollo y transiciones organizacionales.

Conceptos

Tipos de transiciones: El concepto de tipos de transiciones incluye cuatro tipos diferentes: transiciones de desarrollo, transiciones de salud y enfermedad, transiciones situacionales y transiciones organizacionales.¹⁸

- 1) Las transiciones del desarrollo son aquellas debidas a eventos del desarrollo que incluyen el nacimiento, la adolescencia, la menopausia, el envejecimiento (o senescencia) y la muerte.
- 2) Las transiciones de salud y enfermedad son eventos como un proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica.
- 3) Las transiciones situacionales son aquellas debidas a cambios en las circunstancias de la vida, como ingresar a un programa educativo, emigrar de un país a otro y mudarse de un hogar a un hogar de ancianos.
- 4) Las transiciones organizacionales son aquellas relacionadas con condiciones ambientales cambiantes que afectan la vida de clientes y trabajadores.¹⁸

Propiedades de la experiencia de transición: las propiedades de las experiencias de transición incluyen conciencia, compromiso, cambio y diferencia, lapso de tiempo y puntos y eventos críticos. Estas propiedades de la experiencia de transición están interrelacionadas como un proceso complejo.¹⁸

- 1) Conciencia: es percepción, conocimiento y reconocimiento de una experiencia de transición.
- 2) Compromiso: es el grado en que una persona demuestra su participación en el proceso de transición.

- 3) Cambios y diferencias: los cambios en las identidades, roles, relaciones, habilidades y comportamientos de una persona dan como resultado un sentido de movimiento o dirección en los procesos internos y externos.
- 4) Espacio de tiempo: indica que todas las transiciones pueden caracterizarse como fluidas y moviéndose en el tiempo.
- 5) Puntos y eventos críticos: son marcadores como el nacimiento, la muerte, el cese de la menstruación o el diagnóstico de una enfermedad.

18

Condiciones de transición: Las condiciones de transición son aquellas circunstancias que influyen en la forma en que una persona atraviesa una transición y que facilitan u obstaculizan el progreso hacia el logro de una transición saludable. ¹⁸

- 1) Condiciones personales se refieren a significados, creencias y actitudes culturales, estatus socioeconómico, preparación y conocimiento.
- 2) Condiciones de la comunidad y las condiciones sociales podrían facilitar o inhibir las transiciones exitosas. ¹⁸

Patrones de respuesta: indicadores de proceso y resultado

- 1) Los indicadores de proceso llevan a los clientes hacia la salud o la vulnerabilidad y el riesgo. Por lo tanto, los indicadores de proceso ayudan a las enfermeras a evaluar e intervenir para facilitar las transiciones saludables.
- 2) Los indicadores de resultados se pueden utilizar para evaluar si una transición es saludable o no. ¹⁸

5.9. PROCESO CUIDADO ENFERMERO

El proceso del cuidado enfermero (PCE) es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería; se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar.

Las pioneras en la implementación del PCE fueron Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) quienes consideran 3 etapas; Yura y Walsh (1963), consideraron 4 etapas: valoración, planificación, realización y evaluación; y Bolch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales, al añadir la etapa diagnóstica.¹⁹

5.9.1. Valoración

La valoración, primera etapa del PCE, es el proceso organizado y metódico de recoger información procedente de diversas fuentes; verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona o grupos, para facilitar las siguientes etapas.¹⁹

Existen diversos tipos de valoración, Gordon menciona que se puede realizar la valoración de acuerdo con el estado de salud de la persona o con el momento en que entre en contacto con el profesional de enfermería.

- a) Valoración inicial o básica: Se realiza durante la entrevista inicial con la persona para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud, a través de una guía estructurada.
- b) Valoración continuada o focalizada: Se utiliza para reunir información detallada sobre las respuestas a problemas de salud o a procesos vitales de un solo aspecto o patrón, se puede realizar con preguntas cortas y las más relevantes por cada patrón.

c) Valoración de urgencia o rápida: Se realiza para reunir información en el menor tiempo posible, generalmente en personas en estado crítico, con el fin de obtener datos que permitan la intervención rápida de enfermería.¹⁹

Gordon propuso áreas estructurales para la valoración de enfermería, con el fin de definir un lenguaje común, para que las (os) enfermeras (os), independientemente de sus áreas de práctica y modelos conceptuales, pudieran valorar y diagnosticar.

A continuación, se describen cada uno de los patrones funcionales:

1. Percepción-manejo de la salud. Describe cómo el paciente percibe su salud y bienestar; incluye la percepción del estado de salud y la relevancia de ésta, además de los cuidados de salud que realiza la persona, tales como actividades de promoción de la salud, adherencia a las prácticas de salud mental y física, a las prescripciones, tanto médicas como de enfermería, y el seguimiento de los cuidados establecidos. El objetivo de valorar este patrón es obtener datos acerca de las percepciones generales de la persona, manejo de la salud y prácticas preventivas.¹⁹
2. Nutricional-metabólico. Describe el consumo de alimentos y líquidos, horas habituales, tipo y cantidad de alimentos y el uso de suplementos de nutrientes o vitaminas. Se incluye la descripción de la alimentación materna o complementaria, según sea el caso. En este patrón se incluyen aspectos como estado de la piel y sus anexos, lesiones, capacidad de cicatrización, mediciones de temperatura corporal, peso y talla. El objetivo es obtener datos del patrón típico de consumo de alimentos y líquidos, problemas percibidos y las acciones realizadas para resolverlos.¹⁹
3. Eliminación. Describe la función excretora, la cual incluye la intestinal, la vesical y la de la piel. Permite conocer las formas de excreción, calidad o cantidad, la regularidad percibida por el individuo, el uso de rutinas o

laxantes y el uso de dispositivos para el control de la excreción, problemas percibidos por la persona y las acciones para resolverlos.¹⁹

4. Actividad-ejercicio. Describe las actividades, ejercicio, tiempo de ocio y descanso; incluye el gasto de energía para las actividades de la vida diaria, como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar, el mantenimiento del hogar, el tipo, cantidad y calidad del ejercicio (deportes). Contiene factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo, como déficit neuromuscular y compensaciones, disnea, angina, restricciones o esfuerzos musculares y, si procede, clasificación cardiopulmonar.¹⁹
5. Cognitivo-perceptual. Su objetivo es determinar las actividades que requieren gasto de energía y los requerimientos de compensar la falta de ella; entre las actividades se incluyen las de la vida diaria, ejercicio y de tiempo libre. La adecuación de las formas sensoriales, como visión, audición, gusto, tacto, olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para las alteraciones, percepción de dolor y cómo se trata éste, incluye capacidades cognitivas como el lenguaje, la memoria y la toma de decisiones. Dentro de los aspectos que valora se encuentran ayuda para la audición, visión: uso de lentes, última revisión. Diferenciación de olores y sabores. Problemas en la memoria. Formas de aprendizaje: dificultades. Percepción de malestar o dolor. Deterioro en la capacidad de realizar juicios, toma de decisiones. Nivel de conciencia, orientación. Lenguaje hablado.¹⁹
6. Sueño y descanso. Describe los patrones de sueño, periodos de relax y descanso en las 24 h del día; se valora la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso, además de la percepción del nivel de energía y la utilización de medicamentos y/o la rutina empleada a la hora de acostarse. Este patrón incluye la adecuación de los órganos de los sentidos (vista, olfato, oído, gusto, tacto), la compensación o prótesis utilizada para enfrentar los trastornos; la manifestación del dolor y las medidas utilizadas cuando está presente.¹⁹

7. Autopercepción-autoconcepto. Son las actitudes que la persona tiene sobre sí misma, la percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas; la imagen corporal, identidad, autoestima y el patrón emocional en general. Permite describir las creencias de la persona, evaluación relativa a la autovalía general y a los estados de sentimientos; se incluyen los problemas identificados por la persona, las explicaciones o razones que dan al problema, acciones para intentar resolverlos y los efectos de esas acciones.¹⁹
8. Rol-relaciones. Es la percepción de la persona de los roles más importantes y la responsabilidad en la situación actual. Se incluye la satisfacción o alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales, además de las responsabilidades relacionadas con estos roles.¹⁹
9. Sexualidad-reproducción. Incluye la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón de reproducción, la satisfacción percibida o alteraciones en la sexualidad, incluyendo las relaciones sexuales. Además, permite valor el estado reproductor, tanto en el hombre como en la mujer, premenopausia, posmenopausia o andropausia, según el caso, y/o problemas percibidos sobre estos aspectos.¹⁹
10. Adaptación-tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo, familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones familiares u otro tipo de situaciones, como una enfermedad o un evento en el proceso vital, como la muerte de un ser querido o el nacimiento de un hijo no planificado, etc.¹⁹
11. Valores-creencias. Describe el patrón de valores, objetivos o creencias (incluidas las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, calidad d vida y cualquier percepción de conflictos en los valores, las creencias o las expectativas que estén relacionadas con la salud.¹⁹

5.9.2. Diagnóstico

Los Diagnósticos Enfermeros sirven de base para el juicio clínico ante las respuestas del paciente, de la familia y de la comunidad, pues a partir de tal juicio el profesional enfermero puede definir su plan de cuidados. Se trata de identificar las necesidades básicas del ser humano que precisan atención y de determinar el grado de dependencia de esta atención por tipo y extensión. En la propia conceptualización de enfermería se percibe que el diagnóstico incluye dos dimensiones: identificar las necesidades y determinar el grado de dependencia.¹⁹

Según la North American Nursing Diagnosis Association -NANDA- en 2009 se realizó la corrección del concepto de que un Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. El Diagnóstico de Enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería destinadas que a lograr los resultados de los que es responsable la enfermera.²¹

5.9.3. Planeación

Es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.²²

Alfaro señala que la planeación es el momento en que se determina cómo brindar cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a objetivos; Phaneuf la define como el establecimiento de un plan de acción para prever las etapas de su realización y las acciones que se han de llevar a cabo.¹⁹

Etapas

1. Establecimiento de prioridades. Cuando se ha identificado más de un diagnóstico de enfermería, es necesario establecer un orden de prioridad entre ellos, para orientar las intervenciones; a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdida de tiempo.

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

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

Cuando varios diagnósticos presentan un mismo nivel de gravedad se puede recurrir a la jerarquía de necesidades de Maslow (fisiológicas, de protección y seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización).²²

2. Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados. También se denominan objetivos de resultados. Se elaboran una vez que se han priorizado los diagnósticos; de esta manera, un objetivo es la evolución de la persona o una modificación deseada de su comportamiento; es una forma de proyección de la respuesta esperada, observa los comportamientos que manifiestan cambio biológico, afectivo, cognoscitivo, social espiritual.²²

5.9.3.1 Tipos de planes de cuidados

Individualizado: Se realizan para cada persona en particular; se basa en la valoración detallada de la persona; pueden usarse como fuente de información para realizar planes de cuidados estandarizados y para la investigación clínica de enfermería.^{19,23}

Estandarizados: Son un soporte de información que reagrupa los mismos elementos que un plan de cuidados, pero estos datos son preestablecidos con respecto a un diagnóstico de enfermería, un tipo de pacientes y una práctica de cuidados determinada; Charrier señala que se trata de protocolos de cuidados adecuados para las personas que presentan problemas habituales o previsibles, asociados a un diagnóstico enfermero o a un problema de salud. Describen los cuidados de enfermería para un grupo de personas, no para individuos, y se refieren a cuidados alcanzables. Una de sus ventajas es que son realizados por expertos, se apoyan en evidencias y ofrecen garantía de calidad.^{19,23}

Informatizados: Se realizan mediante equipo computarizado, con el diseño de software, por lo que se pueden generar planes individualizados de acuerdo con los programas de cómputo. La enfermera elige el apropiado para la persona, de acuerdo con la situación; lo puede leer en la pantalla de la computadora o imprimir una copia.^{19,23}

5.9.4. Ejecución

Constituye la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, en la cual se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados. Es necesario tomar en cuenta que las acciones deben ser éticas y seguras.²²

1.-Preparación

Kozier señala que son necesarios tres tipos de habilidades para ejecutar satisfactoriamente el plan de cuidados, a saber:

Habilidades cognitivas. Para la solución de problemas, toma de decisiones y para el razonamiento crítico y el pensamiento creativo; el uso de estas habilidades es crucial para proporcionar un cuidado de enfermería seguro.²²

Habilidades interpersonales. Son los recursos que las personas utilizan para comunicarse directamente con otras; incluyen habilidades verbales y no verbales, que son necesarias para todas las intervenciones de enfermería.²²

Habilidades técnicas. Son habilidades psicomotoras o “manuales”, para la manipulación del equipo y material, colocar un vendaje, movilizar un paciente, etc.²²

2.-Intervención

Constituye el conjunto de actividades diseñadas para cubrir las necesidades de salud de las personas, dependiendo de los problemas personales específicos que presenten.

En la ejecución, debe existir el razonamiento crítico. El profesional de enfermería que utiliza este tipo de razonamiento para ejecutar los cuidados constantemente, anticipa problemas, revisa el enfoque de los cuidados, según las respuestas del usuario, y resuelve problemas para superar obstáculos.²²

3.-Documentación

Se realiza en todas las fases anteriores del proceso y adquiere un valor fundamental en la ejecución; “lo no escrito no forma parte de la realidad”; por esa razón, las actividades de las enfermeras deben registrarse en los formatos definidos institucionalmente; además, es un registro legal de los cuidados administrados al paciente. Generalmente, los registros proporcionan la única prueba documental de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros; las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados. Los registros de las intervenciones de enfermería deben hacerse de manera completa y exacta.^{22, 24}

5.9.5. Evaluación

Es la quinta y última etapa; se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, se dan por finalizados.^{19,24}

La evaluación tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. Su repercusión es directamente proporcional a la satisfacción de las personas que han entrado en el sistema de cuidados de salud.¹⁹

La evaluación consiste en medir los cambios de la persona con respecto a los objetivos marcados, como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer correcciones. La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.¹⁹

Una de las características que se debe tener en cuenta en la evaluación es que ésta es continua, así podemos detectar cómo va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. Evaluar un plan de cuidados incluye realizar todos los pasos del proceso enfermero.^{19,24}

5.10. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- *Ansiedad*: r/c cambio en el estado de salud, m/p angustia, preocupación creciente, incertidumbre, inquietud y/o trastornos del sueño.
- *Deterioro de la movilidad física*: r/c malestar y dolor, m/p limitación de la amplitud de movimientos, dificultad para girarse en la cama y/o dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- *Riesgo de infección*: f/r procedimientos invasivos (mastectomía).

- *Dolor agudo*: r/c agentes lesivos: físicos, m/p informe verbal del dolor, conducta expresiva (inquietud, irritabilidad) postura para evitar el dolor, trastorno del sueño.
- *Trastorno de la imagen corporal*: r/c cirugía, m/p ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo, temor a la reacción de otros y preocupación por la pérdida.
- *Duelo*: r/c pérdida de un objeto significativo: procesos corporales (mastectomía), m/p alteración en el patrón de sueños, dolor, conducta de pánico, sufrimiento, distrés psicológico.
- *Baja autoestima situacional*: r/c cambios de la imagen corporal, temor a ser rechazada por la pareja o la sociedad, enfermedad de cáncer, trauma quirúrgico, falta de conocimientos y cambios del rol de vida, m/p expresa ser incapaz de afrontar por sí misma los acontecimientos de alteración de salud actuales, actitud indecisa, expresión de negación o rechazo de su situación y de sí misma, amenaza de su valía personal, impotencia y expresión de inutilidad, fealdad, llanto, etc.

5.10.1. Priorización de Diagnósticos.

Conforme a la valoración se pudieron obtener 4 principales Diagnósticos de Enfermería, los cuales se priorizaron mediante Valores Profesionales de Enfermería, desarrollando los cuatro diagnósticos fundamentando cada uno de ellos y posteriormente desarrollar el plan de atención de enfermería NOC y NIC.

5.11. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

El hecho de que Enfermería forme parte del equipo multidisciplinario supone su participación directa y activa en la atención de estas mujeres para brindarles un cuidado de calidad y que las apoye a retomar sus actividades de manera saludable, derivado de esto el plan estandarizado (PLACE) juega un papel importante para la Enfermera Especialista en Cuidado Quirúrgico, ya que ellas cuentan con el conocimiento necesario para llevar a cabo un cuidado de alta calidad debido al desarrollo de competencias adicionales que adquieren convirtiéndolas en una pieza clave y fundamental dentro del equipo de trabajo y teniendo un vínculo más cercano y completo para brindar el cuidado específico para cada paciente.

En el año 2000 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se volvió pionero en la capacitación y aplicación de esta metodología de PLACE como parte de las estrategias de la Secretaría de Salud, a través de la comisión Permanente de Enfermería.

5.11.1 Etiquetas diagnósticas.

5.11.1.1 Etiqueta diagnóstica: Dolor Agudo.

Dolor Agudo (00132)

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.²⁵

Factores relacionados:

- Agentes lesivos biológicos (infección, isquemia, cáncer).

- Agentes lesivos físicos (absceso, amputación quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobre entrenamiento).
- Agentes lesivos químicos (quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).

Makerkey y Bugduk definen el dolor como una experiencia sensorial y emocional no placentera que se relaciona con daño tisular real o potencial. Se presenta como consecuencia de muchos trastornos, pruebas diagnósticas y tratamientos; incapacita y aflige a gran parte de los pacientes que asisten a consulta.²⁶

El dolor se clasifica de acuerdo con su duración, localización y etiología, en general se reconocen 3 tipos de dolor: dolor agudo, dolor crónico y dolor relacionado con cáncer.

El dolor agudo por lo general es de inicio reciente y con frecuencia relacionado con una lesión específica, indica la ocurrencia de daño o lesión, si el daño no es prolongado y no existe una enfermedad sistémica, el dolor agudo suele disminuir conforme la curación se presenta.²⁰

El dolor relacionado con cáncer, es probablemente el más temido por los pacientes, puede vincularse directamente con el cáncer (infiltración ósea con células tumorales o compresión nerviosa), como resultado del tratamiento del cáncer (cirugía o radiación), o no relacionarse con el cáncer (traumatismo).²⁰

El dolor es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptores por una noxa. Aparece por estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos y es una función de protección biológica.²⁰

En pacientes postoperadas de mastectomía se presenta con frecuencia el Síndrome de dolor postmastectomía (DPM), se caracteriza por una sensación

de constricción que se acompaña de una sensación quemante, punzante o de entumecimiento en la parte posterior del brazo, la axila o la pared torácica, y suele agravarse con el movimiento del hombro, lo que resulta en un hombro congelado por la inmovilización.²⁰

El manejo del dolor es una de las actividades esenciales del actuar enfermero, la *American Pain Society*, 2003 para enfatizar y concientizar al personal de salud sobre la importancia de su manejo refiere el dolor como el “quinto signo vital”.²⁷ El personal de enfermería evalúa al paciente con dolor e identifica el origen y el sitio del dolor, así como los factores que los intensifican como: temor, aprehensión, fatiga, ira y aislamiento social.²⁰

Las escalas visuales analógicas (EVA) [Anexo no.2](#) son útiles para valorar la intensidad del dolor del paciente antes de implementar acciones encaminadas al alivio y así poder evaluar la eficacia de las intervenciones.²⁰

Aunque el uso de una escala escrita para valorar el dolor es el método más común en los servicios de salud, puede no ser posible en personas que están muy enfermas, tienen dolor intenso recién egresaron de una operación. En estos casos, la enfermera puede preguntar a la paciente: “En una escala de 0 a 10, en la que 0 corresponde a la ausencia de dolor y 10 es el dolor más intenso posible, ¿Qué tan intenso es su dolor ahora?”. La calificación numérica establecida por el paciente se documenta y utiliza para evaluar la efectividad de las intervenciones del alivio del dolor.²⁰

La función del personal de enfermería en el manejo del dolor consiste en realizar la valoración del dolor, identificar las metas de su manejo, educar al paciente y a su familia, efectuar los cuidados físicos, ayudar a aliviar el dolor mediante la administración de medidas farmacológicas y no farmacológicas, evaluar la efectividad de las intervenciones, vigilar la presencia de efectos adversos y ser mediador entre las indicaciones médicas cuando estas no sean eficaces para aliviar el dolor.²⁰

5.11.1.2. Etiqueta diagnóstica: Baja autoestima

Baja autoestima situacional (00120)

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.²⁵

Factores de riesgo

- Alteración de la imagen corporal.
- Alteración del rol social.
- Conducta inconsistente con los valores.
- Expectativas poco realistas.
- Patrón de impotencia.
- Reconocimiento inadecuado.

La autoestima es definida por Rosenberg como una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo.²⁸

La extirpación de una parte del cuerpo como lo es en una mastectomía, genera en el paciente un gran número de reacciones psicológicas de fuerte impacto emocional; habitualmente se relaciona con términos como: dolor, sufrimiento, muerte desesperación, claudicación, desfiguración corporal, perdida de la feminidad, entre otros.²⁸

De todos los tratamientos habituales contra el cáncer de mama el más agresivo es la mastectomía radical, ya que ocasiona trauma psíquico importante en las pacientes que cursan por este procedimiento, estas secuelas externas deterioran y modifican la imagen de la paciente, generando una convulsión psicológica que afecta la autoimagen femenina, la autoestima, la percepción de la propia imagen y la sexualidad, aunado al impacto causado por la propia enfermedad (cáncer de mama), ocasionando en la paciente insatisfacción con la imagen corporal y por ende una baja autoestima.²⁹

La paciente postoperada de mastectomía, psicológicamente atraviesa por una etapa de duelo debido a la intervención quirúrgica en donde dicho proceso incluirá el reconocimiento y expresión de su nueva imagen corporal.

5.11.1.3. Etiqueta diagnóstica: Trastorno de la imagen corporal

Trastorno de la imagen corporal (00118)

Confusión en la imagen mental del yo físico.²⁵

Factores relacionados:

- Alteración de la autopercepción
- Incongruencia cultural
- Incongruencia espiritual
- Transición en el desarrollo
- Alteración de la función cognitiva
- Alteración de la función corporal
- Deterioro del funcionamiento psicosocial
- Enfermedad
- Lesión
- Procedimiento quirúrgico
- Régimen terapéutico
- Traumatismos

1. La imagen corporal es definida por Raich (2000), como un constructo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que expresamos.³⁰

Es decir, la imagen corporal es la construcción psicológica que se genera de la autopercepción del cuerpo y su apariencia, la cual genera una representación mental, y es representada como un esquema corporal propioceptivo en el cual se tienen en cuenta también las emociones, pensamientos y conductas asociadas, por ello, se debe tomar en cuenta como siente la paciente su propio cuerpo a través de las sensaciones visuales y táctiles posteriores a una mastectomía.³⁰

2. En el caso específico de las pacientes con mastectomía radical en donde dicha intervención deja secuelas vistosas, dolor, pérdida de la sensibilidad en la piel y tensión muscular es claro que afectará la forma en que la mujer ve su cuerpo. La pérdida corporal es significativa y como resultado la paciente presenta ansiedad, depresión y disminución de la autoestima además de cambios en la sexualidad considerables, en donde el apoyo y tratamiento por parte de un especialista es vital.²⁹

5.11.1.4. Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Infección.

Riesgo de infección (0004)

Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.²⁵

Factores de riesgo:

- Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos.
- Desnutrición
- Enfermedad crónica (cáncer)
- Obesidad
- Procedimientos invasivos

Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos

- Exposición a brotes de enfermedades.

Defensas primarias inadecuadas

- Alteración en el pH de las secreciones
- Alteración de la integridad cutánea
- Alteración en la peristalsis
- Disminución de la acción ciliar
- Retención de líquidos corporales
- Ruptura prematura de las membranas amnióticas
- Ruptura prolongada de las membranas amnióticas
- Tabaquismo

Defensas secundarias inadecuadas

- Disminución en la hemorragia
- Inmunización inadecuada
- Inmunosupresión
- Leucopenia
- Supresión de la respuesta inflamatoria

Actualmente existen grandes avances en las técnicas, materiales quirúrgicos, antibioticoterapia y métodos de esterilización, sin embargo, aun con todas estas actualizaciones, un gran número de procedimientos quirúrgicos desembocan en una infección de la herida quirúrgica.³¹

Entre las causas más comunes existe la gran demanda actual de las intervenciones dentro del quirófano, la creciente resistencia a los antibióticos, la creciente esperanza de vida que da pie a un grupo de pacientes de mayor edad aun considerados aptos para cirugías aun con múltiples patologías, procedimientos cada vez más complejos, etc.³¹

Los *Center for Disease Control (CDC)* definen y clasifican las infecciones de la Herida quirúrgica (IHQ) de la siguiente manera:

IHQ Incisional superficial: aquella que se presenta en los 30 días posteriores a la cirugía, compromete únicamente la piel y los tejidos blandos subcutáneos a la incisión, y al menos la presencia de una de las condiciones: a) drenaje purulento con o sin confirmación microbiológica por la incisión superficial; b) aislamiento del microorganismo en un fluido o tejido; c) mínimo alguno de los signos de infección (dolor, inflamación, eritema, calor) y d) diagnóstico de infección de la herida quirúrgica por el cirujano.³¹

IHQ Incisional profunda: aquella en la que se dan las siguientes condiciones: Infección que ocurre en los 30 días después de la cirugía si no existe un implante y hasta un año después si hay algún implante, la infección envuelve tejidos blandos profundos (fascia y músculo), mínimo una de las siguientes condiciones: drenaje purulento de la zona, dehiscencia de suturas profundas espontáneas o deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor localizado, irritabilidad a la palpación, a menos que el cultivo sea negativo, absceso o evidencia de infección que afecte la incisión profunda al examen directo, diagnóstico de infección Incisional profunda hecha por el cirujano o médico tratante.³¹

IHQ tipo infección de órgano y espacio: aquella que se da en las siguientes condiciones: la infección ocurre en los 30 días posteriores a la cirugía (sin implante), la infección puede relacionarse con la cirugía y compromete cualquier órgano o espacio diferente de la incisión, que fue abierto o manipulado durante el procedimiento quirúrgico, presenta mínimo una de las siguientes condiciones: drenaje purulento que es sacado de un órgano o espacio por la incisión, microorganismos aislados de un cultivo tomada en forma aséptica de un líquido o tejido relacionado con órgano y espacio, un absceso u otra evidencia de infección que envuelva el órgano o el espacio, encontrado en el examen directo durante reintervención, por histopatología o examen radiológico, diagnóstico de infección y espacio por médico cirujano o médico tratante.³¹

5.12. PLACES

Dolor Agudo (00132)

Dominio: 12.- Confort	Clase: 1.- Confort			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u></p> <p>Dolor agudo (00132)</p> <p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible,</p>	<p>Dominio: V.-Salud percibida Clase: V.- Sintomatología</p> <p>2102-Nivel de dolor: Intensidad del dolor referido o manifestado</p>	<p>210201.-Dolor referido 210206.-Expresiones faciales de dolor 210208. -Gestos de protección 210225.-Lágrimas 210227.-Náuseas</p> <p>210210.-Frecuencia respiratoria 210212.-Presión arterial 210214.-Sudoración</p>	<p>1>Grave 2>Sustancial 3>Moderado 4>Leve 5>Ninguno</p> <p>1>Desviación grave sustancial 2>Desviación moderada 3>Desviación leve 4>Sin desviación</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
<p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Agentes lesivos físicos (procedimiento quirúrgico)</p> <p><u>Características definitorias:</u></p> <p>Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas.</p>	<p>Dominio: IV.-Conocimiento y conducta de salud Clase: Q.-Conducta de salud</p> <p>1605.- Control del dolor: Acciones personales para controlar el dolor.</p>	<p>160502.- Reconoce el comienzo del dolor 160501.- Reconoce factores causales 160504.- Utiliza medidas de alivio no analgésicas 160511.- Refiere dolor controlado.</p>	<p>1>Nunca demostrado 2>Raramente demostrado 3>A veces demostrado 4>Frecuentemente demostrado 5>Siempre demostrado.</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>

<p>Cambios en parámetros fisiológicos.</p> <p>Conducta expresiva (inquietud, llanto, vigilancia)</p> <p>Expresión facial de dolor.</p> <p>Postura de evitación del dolor.</p>	<p>Dominio: V.-Salud Percibida Clase: EE.- <i>Satisfacción con los cuidados</i></p> <p>3016.- Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor. Grado de percepción positiva de los cuidados de enfermería para aliviar el dolor.</p>	<p>301601.-Dolor controlado 301603.-Control de los efectos secundarios de la medicación. 301605.- Acciones tomadas para proporcionar comodidad.301612.- Información proporcionada sobre alivio del dolor.</p>	<p>1>No del todo satisfecho 2>Algo satisfecho 3>Moderadamente satisfecho 4>Muy satisfecho 5>Completamente satisfecho</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
<p>Campo: I.-Fisiológico básico Clase: E.- Fomento de la comodidad física</p> <p>INTERVENCIONES (NIC): Manejo del Dolor (1400) <i>Alivio del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</i></p>		<p>Fundamento</p>		
<p>ACTIVIDADES</p>				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. 2. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. 3. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. 4. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). 5. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor. 6. Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de proceder al tratamiento, habrá que realizar la correspondiente valoración, con tres objetivos bien definidos: evaluar el dolor del paciente, considerar el grado de efectividad del tratamiento implantado y tener en cuenta sus efectos adversos.³² 2. Existen procedimientos quirúrgicos que además de producir dolor condicionan reacciones emocionales diversas, ejemplo de ello son las mastectomías en mujeres.³³ 3. Las sobrevivientes de cáncer de mama que participaron en actividades físicas agradables sintieron menor fatiga y dolor, y fueron capaces de ocuparse de las actividades de la vida diaria.³⁴ 4. La meditación es una terapia complementaria que ha demostrado ser útil tanto en el manejo de la FRC, como en otros síntomas relacionados como el dolor, la ansiedad, la depresión o los problemas de sueño.³⁴ 5. Medidas físicas como calor o frío local, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y los masajes son terapias que se emplean en pacientes que se detectan con un trasfondo emocional.³⁵ 6. Es importante el registro de los cambios en el patrón de dolor para así poder evaluar si el tratamiento ya sea farmacológico o no, está cumpliendo con el objetivo.³² 			

<p>7. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.</p>	<p>7. La valoración del dolor además de ayudar en la selección de un tratamiento adecuado, también permite evaluar la efectividad del tratamiento.³²</p>
<p>Campo: II.- Fisiológico complejo Clase H.- Control de fármacos</p> <p>INTERVENCIONES (NIC): Administración de medicamentos analgésicos (2210)</p> <p>Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p>	<p style="text-align: center;">Fundamento</p>
<p>ACTIVIDADES</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, y frecuencia del analgésico prescrito. 2. Comprobar el historial de alergias a medicamentos. 3. Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos, o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor. 4. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales. 5. Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El médico decide, en primero y último término, el qué, cómo y cuándo de la terapia medicamentosa, en colaboración con el equipo de salud. Aproximadamente 39% de todos los errores de medicación son la prescripción médica, y 38% son errores de administración. Los errores de administración de medicamentos son principalmente causados por omisión (30%).³⁶ 2. El personal de enfermería garantiza que la administración de medicamentos cumpla con los siguientes criterios, conocidos como Los Diez Correctos, de acuerdo con la prescripción médica: 1) Identificar la presencia de alergias, 2) Medicamento correcto, 3) Paciente correcto, 4) Dosis correcta, 5) Vía correcta, 6) Hora correcta, 7) Frecuencia correcta, 8) Orientar y educar al paciente y familiar sobre el fármaco que se administra, 9) Detectar reacciones farmacológicas y 10) Realizar registros conforme lo normado.³⁶ 3. OMS en 1986 publicó la «escalera analgésica» de tres escalones. Cada uno propone el empleo secuencial de medicamentos con base en la intensidad del dolor, iniciando con analgésicos no opioides para el dolor leve y con opioides para el moderado a severo.³⁶ 4. La medición de signos vitales es "un proceso que refleja el estado fisiológico de los órganos vitales: cerebro, corazón, pulmones". Sus resultados expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, los cuales deben ser considerados globalmente y basarse en mediciones confiables, objetivas y gráficas.³⁷ 5. El registro de los procedimientos y medicamentos administrados a los pacientes forma parte de los 10 Correctos, además de estar estipulado en el marco del manejo del expediente clínico.³⁶

Baja autoestima situacional (00120)

Dominio: 6. Autopercepción		Clase: Z. Autoestima			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P)</u></p> <p>Baja autoestima situacional.</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Con cambios de la imagen corporal, temor a ser rechazada por la pareja o la sociedad, enfermedad de cáncer, trauma quirúrgico, falta de conocimientos y cambios del rol de vida</p>		<p>Dominio: III. Salud psicosocial. Clase: M. Bienestar psicológico. Resultado: Autoestima.</p>	<p>120501.-Verbalización de autoaceptación</p> <p>120504.-Mantenimiento del contacto visual.</p> <p>120505.- Descripción del yo.</p> <p>120519.- Sentimientos de su propia persona.</p>	<p>1>Nunca positivo. 2>Raramente positivo. 3>A veces positivo. 4>Frecuentemente positivo. 5>Siempre positivo.</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
<p><u>Características definitorias:</u></p> <p>Expresa ser incapaz de afrontar por si misma los acontecimiento de alteración de salud actuales, actitud indecisa, expresión de negación o rechazo de su situación y de sí misma, amenaza de su valía personal, impotencia y expresión de inutilidad, fealdad, llanto, etc.</p>		<p>Dominio: III. Salud psicosocial. Clase: M. Bienestar psicológico Resultado: Equilibrio emocional.</p>	<p>120402.- Muestra un estado de ánimo sereno.</p> <p>120423.- Mantiene el arreglo y la higiene personal.</p> <p>120413.- Refiere apetito normal.</p> <p>120418.- Refiere capacidad para realizar las tareas diarias.</p>	<p>1>Nunca demostrado 2>Raramente demostrado 3>A veces demostrado 4>Frecuentemente demostrado 5>Siempre demostrado.</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>

<p>Campo: III. Conductual Clase: R. Ayuda para el afrontamiento.</p> <p><i>INTERVENCIONES (NIC): Potencialización de la autoestima.</i> <i>Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de autovalía.</i></p>	<p>Fundamento</p>
ACTIVIDADES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. 2. Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. 3. Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. 4. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 5. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. En las sociedades occidentales, la imagen física de las mujeres constituye una parte importante de su valoración social, y es un componente importante de su identidad personal. Para muchas mujeres son los senos lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de la feminidad.⁴⁰ 2. Cuando se tiene un adecuado nivel de autoeficacia, aumenta el sentimiento de control sobre la propia vida, y, por ende, aumenta el bienestar emocional.²⁸ 3. La autoestima presenta dos componentes interrelacionados: la autovalía y el auto-respeto. La autovalía o autoeficacia se describe como la confianza que tiene una persona sobre sí misma en cuanto a su razonamiento y sus habilidades de pensar y comprender la realidad y sus intereses y necesidades.²⁸ 4. El afrontamiento eficaz depende de tener determinados recursos preparados para alimentar el esfuerzo. Estos recursos pueden ser rasgos personales, sistemas sociales o atributos físicos. Entre los rasgos personales más importantes se encuentran la auto eficacia, el optimismo, la percepción de control y la autoestima. Los recursos físicos incluyen una buena salud, adecuada energía física, alojamiento funcional y un mínimo de estabilidad financiera.⁴¹ 5. Una elevada autoestima, constituye uno de los factores que actúan como protectores ante las situaciones traumáticas. En varios programas de tratamiento, y mediante el uso de terapias cognitivas, se ha resaltado la importancia de trabajar la autoestima de los pacientes con el objetivo de desarrollar una mayor capacidad de resiliencia.²⁸

<p>Campo: III. Conductual Clase: R.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <p><i>INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional (5270)</i></p>	<p>Fundamento</p>
<p><i>ACTIVIDADES</i></p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. 2. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. 3. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. 4. Escuchar las expresiones de sentimiento y creencias. 5. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de sentimientos de pena. 6. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El apoyo social puede ser válido y beneficioso en sí mismo, al proporcionar a la gente una sensación de control directo sobre el estrés o asegurar múltiples formas de actuar contra el estrés.⁴¹ 2. Los mecanismos de defensa son estrategias mentales que usamos con el fin de proteger nuestra valoración personal, haciéndonos ver una realidad distorsionada, y negando en mayor parte la realidad. Algunas alternativas positivas que ayudan son: Trabajar la autoestima personal y enfrentarse a los problemas, aceptar que no se puede tener el control de todo, valorarse, reconocerse y aprobarse a sí mismo, no victimizarse. Al trabajar estos mecanismos se suma que no se es perfecto y que tampoco es necesario serlo, así se aumentará el bienestar psicológico.⁴² 3. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. 4. Los grupos religiosos constituyen potentes sistemas de apoyo social. Estos sistemas sirven para proporcionar apoyo emocional, dar información y consejo o ayudar a desarrollar una estrategia de solución de problemas.⁴² 5. La negación puede ser una forma de adaptación para hacerle a la enfermedad en momentos determinados a lo largo del proceso de esta, pero puede llegar a preocupar cuando es prolongada ya que puede interferir con el tratamiento y la adaptación inadecuada para resolver los problemas por parte del paciente.⁴² 6. La necesidad de comunicación radica, en que las pacientes oncológicas, en fases de diagnóstico y tratamiento, tienen necesidades de información, como el conocimiento de esta nueva enfermedad, efectos del tratamiento y solventar las dudas y miedos al respecto. Hay que tener en cuenta, que una adecuada información a las pacientes mejora los resultados psicosociales disminuyendo síntomas de ansiedad, estrés y depresión.⁴³

Trastorno de la imagen corporal (00118)

Dominio: 6.-. Autopercepción		Clase: 3.- Imagen corporal		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u></p> <p>Trastorno de la imagen corporal (00118) Confusión en la imagen mental del yo físico</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Procedimiento quirúrgico (mastectomía)</p> <p><u>Características definitorias:</u></p> <p>Alteración de la estructura corporal Alteración visual del propio cuerpo Ausencia de una parte del cuerpo</p>	<p>Dominio: III. Salud psicosocial.</p> <p>Clase: M. Bienestar psicológico.</p> <p>Resultado: Imagen corporal</p>	<p>120001.- Imagen interna de di mismo</p> <p>120003.- Descripción de la parte corporal afectada.</p> <p>120007.- Adaptación a cambios en el aspecto físico</p> <p>120009.- adaptación a cambios en el estado de salud.</p> <p>120014.- Adaptación a cambios corporales por cirugía.</p>	<p>1>Nunca positivo. 2>Raramente positivo. 3>A veces positivo. 4>Frecuentemente positivo. 5>Siempre positivo.</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
	<p>Dominio: II. Salud fisiológica.</p> <p>Clase: J. Neurocognitivo.</p> <p>Resultado: Atención del lado afectado</p>	<p>091801.- Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo.</p> <p>091803.- Protege el lado afectado cuando se coloca.</p> <p>091805.- Protege el lado afectado durante el reposo o el sueño.</p> <p>0918009.- Utiliza el examen visual como estrategia compensadora.</p>	<p>1>Nunca demostrado 2>Raramente demostrado 3>A veces demostrado 4>Frecuentemente demostrado 5>Siempre demostrado.</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>

<p>Evita mirar el propio cuerpo Evita tocar el propio cuerpo Oculta una parte del cuerpo Preocupación por la pérdida Rechazo a reconocer el cambio.</p>	<p>Dominio: V.-Salud Percibida Clase: EE.- <i>Satisfacción con los cuidados</i></p> <p>3016.- Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor. Grado de percepción positiva de los cuidados de enfermería para aliviar el dolor.</p>	<p>301601.-Dolor controlado 301603.-Control de los efectos secundarios de la medicación. 301605.- Acciones tomadas para proporcionar comodidad.301612.- Información proporcionada sobre alivio del dolor.</p>	<p>1>No del todo satisfecho 2>Algo satisfecho 3>Moderadamente satisfecho 4>Muy satisfecho 5>Completamente satisfecho</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
<p>Campo: III. Conductual Clase: R.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <p>INTERVENCIONES (NIC): Aumenta el afrontamiento (5230</p>		<p>Fundamento</p>		
<p>ACTIVIDADES</p>				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar el ajuste del paciente a los cambios de la imagen corporal. 2. Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad. 3. Disponer de un ambiente de aceptación. 4. Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La ayuda que la enfermera puede ofrecer es imprescindible. Al ser diagnosticado el cáncer de mama, la mayoría de las veces las mujeres no están preparadas para enfrentar el problema. Para ellas, la mama es muy importante, ya que la propia sociedad la considera un símbolo de la feminidad, relacionándolo con la vanidad, belleza y sexualidad.⁴⁴ 2. La enfermedad y la amenaza que representa una enfermedad son acompañadas con frecuencia de ansiedad y tensión. La enfermera puede recurrir a instrucciones y explicaciones simples para mitigar sus ansiedades y motivarse por aprender.⁴⁵ 3. La adaptación a la pérdida y cambios en la autoimagen la podemos considerar como un proceso continuo en el cual el paciente intenta dar significado a lo ocurrido, manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados y obtener el dominio o control de los cambios producidos.⁴⁶ 4. Se considera relevante que las mujeres asistidas por la Enfermería Especializada sean informadas sobre la enfermedad y la peculiaridad de los tratamientos y cuidados que deben ser tomados a partir del momento del diagnóstico. A través de este tipo de asistencia de enfermería, el cuidado se hace individualizado y el cliente podrá involucrarse más en el autocuidado.⁴⁴ 			

<ol style="list-style-type: none"> 5. Alentar el uso de fuentes espirituales. 6. Presentar al paciente personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. 7. Alentar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. 8. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. La espiritualidad se considera como un factor beneficioso en el manejo tanto físico como emocional, resultando ser significativa en el aumento del bienestar general, la disminución en el distrés psicológico y en el temor de la recurrencia del cáncer.⁴⁷ 6. Las actividades en grupo de apoyo pueden producir en las mastectomizadas, cambios que alejan las disfunciones y aproximan la funcionalidad.⁴⁸ 7. Al contar hechos y sentimientos de esa historia a sí mismas y al grupo, pudieron tomar conciencia de su propia existencia.⁴⁹ 8. Usando las palabras como mediadoras entre nuestro consciente y el mundo; las cosas se convierten en presente para nosotros.⁴⁹
<p>Campo: III. Conductual Clase: R.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <p>INTERVENCIONES (NIC): Potenciación de la imagen corporal (5220)</p>	<p style="text-align: center;">Fundamento</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar a la paciente para los cambios de imagen corporal que tendrá después de la cirugía. 2. Ayudar a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía y a adaptar medidas estratégicas para mejorar su imagen. 3. Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo y a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. 4. Determinar las percepciones de la paciente y de la familia sobre la imagen corporal y disminuir el impacto causado por cualquier desfiguración y se observe a través de la ropa. 5. Integrar a la paciente si está de acuerdo a grupos de apoyo que hayan pasado con éxito por la misma experiencia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, –y la amenaza que puede suponer para la vida -, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva.⁴⁰ 2. La disponibilidad y acceso a los recursos necesarios: como el uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada paciente o el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica va a facilitar que la persona pueda superar las limitaciones.²⁸ 3. La valorización de la alteración física está mediada por las creencias que posee el individuo sobre su imagen corporal, sus habilidades de afrontamiento y sus características de personalidad.²⁸ 4. La pérdida del órgano (mama), requiere adaptación psicológica y social de la paciente y sus familiares los cuales influyen en la actitud de esta frente a su problema.⁴¹ 5. El voluntariado se compone de personas que han superado adecuadamente la enfermedad, que conocen por su propia experiencia los problemas a los que habitualmente se tiene que enfrentar un enfermo y que puede proporcionar tanto apoyo emocional como soporte instrumental para que éste se enfrente adecuadamente a los suyos.⁴²

Riesgo de infección (0004)

Dominio: 11. Seguridad/ Protección		Clase: 1. Infección		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P)</u></p> <p>00004 Riesgo de Infección</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Alteración de la integridad de la piel.</p>	<p>Dominio: I. Salud Funcional. Clase: D. Autocuidado. Resultado: 0305 Autocuidados (Higiene).</p>	<p>030501 Se lava las manos. 030514 Mantiene una apariencia pulcra.</p>	<p>1 Gravemente comprometido. 2 Sustancialmente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido. 5 No comprometido.</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
	<p>Dominio: II. Salud Fisiológica. Clase: L. Integridad Tisular. Resultado: 1102 Curación de la herida por primera intención.</p>	<p>110201 Aproximación cutánea 110213 Aproximación de los bordes de la herida 110214 Formación de cicatriz</p>	<p>1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancial 5 Extenso</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
	<p>Dominio: II. Salud Fisiológica. Clase: L. Integridad Tisular. Resultado: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>	<p>110101 Temperatura de la piel 110104 Hidratación 110111 Perfusión tisular</p>	<p>1 Gravemente comprometido. 2 Sustancialmente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido. 5 No comprometido.</p>	<p>Ambos puntajes solo pueden determinarse en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
<p>Campo: 4. Seguridad. Clase: V. Control de riesgos.</p>		Fundamento		
<p>INTERVENCIONES (NIC): Control de infecciones (6545)</p>				

ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24°C. 2. Monitorizar y mantener la humedad relativa entre el 40 y el 60%. 3. Limitar y controlar entradas y salidas de personas en el quirófano. 4. Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos, si procede. 5. Asegurarse de que el personal de cirugía viste el equipo apropiado. 6. Cepillado de manos y uñas, bata y guantes, según normas del centro. 7. Verificar la integridad del embalaje estéril. 8. Verificar los indicadores de esterilización. 9. Abrir los suministros e instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas. 10. Mantener la sala limpia y ordenada para limitar la contaminación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El factor ambiental que más afecta el desarrollo de los microorganismos es la temperatura, a pesar de que los microorganismos existentes son capaces de proliferar a diferentes intervalos. Desde -8° a +90°C (17,6 a 194°F), la temperatura óptima para casi todos los patógenos es 35°C (95°F).⁵⁰ La temperatura del quirófano debe permanecer entre 22 y 27°C según la UNE 100713.⁵¹ 2. Se requieren condiciones óptimas de ventilación, humedad (<68%) y temperatura para la comodidad del personal, pero también para evitar condiciones medioambientales que faciliten el crecimiento y la transmisión de microorganismos. LA humedad relativa debe mantenerse entre el 45 y 55% según la UNE 100713.⁵¹ 3. Con el personal quirúrgico trabajando en el interior del quirófano se producen movimientos de aire diferentes, estancamientos en algunas zonas y una mayor contaminación por entradas y salidas y por aporte de esas personas. Por ello el factor de contaminación más crítico es el número de personas que se encuentran en el interior del quirófano. Debido a ello se debe limitar al máximo el número de personas que se encuentren en el interior del quirófano.⁵¹ 4. La administración del antimicrobiano debe realizarse en quirófano para asegurar niveles adecuados en los tejidos en el periodo de mayor riesgo de contaminación. Revisiones recientes promueven la administración dentro de los 30 minutos previos a la incisión. La finalidad de la profilaxis antibiótica en cirugía es prevenir la posible aparición de infección a nivel del sitio quirúrgico, mediante concentraciones antibióticas en sangre que eviten la proliferación y diseminación bacteriana a partir de la puerta de entrada que representa la herida quirúrgica.⁵² 5. 6. 7. 8. 9. 10. Las normas básicas para mantener la asepsia quirúrgica, recomendadas por la <i>Association of periOperative Registered Nurses (AORN)</i> son un conjunto de medidas que hay que aplicar en el Bloque quirúrgico. Constituye la primera estrategia para un control satisfactorio de las infecciones, al implantar unos principios higiénicos básicos para evitar la transmisión de microorganismos. <ul style="list-style-type: none"> • Vestir correctamente bata, gorro, mascarilla y calzas. Es aconsejable que los pijamas de quirófano sean de distinto color que los del resto del hospital. • Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o su entorno. • Lavado de manos quirúrgico del equipo, cirujanos y enfermera quirúrgica. No deben utilizarse uñas ni pintadas ni postizas. • Todos los materiales que se utilicen en el campo quirúrgico tienen que ser estériles, el contacto con objetos no esterilizados en cualquier momento lo contamina.

	<ul style="list-style-type: none"> • Las batas del equipo quirúrgico, las sábanas y la cobertura de las mesas quirúrgicas tienen que ser estériles. • Los elementos utilizados en un campo estéril deben manipularse mediante métodos que conserven su esterilidad y la integridad del campo estéril. Este tiene que preservarse del contacto con objetos no esterilizados, el empaquetado y las cajas de material estéril hacen posible la circulación de un campo a otro sin romper este principio. • El movimiento alrededor del campo estéril no debe contaminarlo. • Durante la intervención no deben producirse cambios de mobiliario o de equipamiento hasta la colocación del apósito sobre la herida. No hay que retirar las partículas alojadas en las superficies ya que pueden caer en el campo estéril. Todo campo estéril debe vigilarse y preservarse constantemente, los elementos de esterilidad dudosa deben considerarse no estériles.⁵¹
<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo. Clase: I. Control de la piel/ heridas.</p>	<p>Fundamento</p>
<p>INTERVENCIONES (NIC): 3660 Cuidados de las heridas</p> <p>ACTIVIDADES</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. 2. Atender el lugar de incisión, según sea necesario. 3. Mantener la técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. 4. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 5. Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las actuaciones de enfermería se centrarán en el tratamiento, seguimiento y valoración de la herida, así como en las medidas que favorezcan su cicatrización (dieta variada, aporte suplementario de vitaminas y proteínas etc.). Se deberán tener en cuenta unos aspectos relevantes respecto al estado de la herida como: localización, tamaño, aspecto, características del exudado, estado de la piel perilesional, dolor, olor, signos de infección etc.⁵³ 2. Los cuidados de la herida quirúrgica deberán realizarse al menos una vez al día.⁵³ 3. Es muy importante que enfermería tome una serie de precauciones respecto a las medidas de asepsia y antisepsia de la herida, con el objetivo final de mantener una correcta esterilidad y evitar una de las complicaciones más comunes como es la infección de la herida quirúrgica.⁵³ 4. Podríamos definir los registros de enfermería como el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta: valoración, tratamiento recibido y su evolución.⁵⁴ 5. Enseñar al paciente y/o cuidador a: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el procedimiento de la cura, si se va de alta. • Avisar ante la aparición de cualquier alteración (dolor, fiebre, inflamación, calor,

<p>6. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.</p> <p>7. Inspeccionar la herida cada vez que se realizan cambios de vendaje.</p>	<p>enrojecimiento...). • Evitar tomar el sol en la cicatriz durante al menos los 6 meses posteriores y a utilizar filtros solares de alta protección.</p> <p>6. Hacer registros clínicos, garantiza la continuidad de las intervenciones y evalúa el desempeño ajustado a estándares concretos, en esta idea de búsqueda continua de calidad, eficacia y eficiencia.⁵⁵</p> <p>7. Valorar, al menos cada 8 horas, el estado de la herida si está descubierta y del apósito si está ocluida. • Extremar la vigilancia, ante la presencia de dehiscencia de la herida, para prevenir complicaciones. • Vigilar las posibles reacciones a los productos y materiales utilizados. • Valorar el dolor de la herida, para estimar y ajustar cualquier terapia prescrita. • En pacientes con heridas por primera intención, pueden realizar el aseo personal con agua y jabón neutro sobre la herida, a partir de las 48 horas. • Curar la herida siempre que sea necesario, según el estado de la misma o prescripción facultativa.⁵⁶</p>
---	--

5.13. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE POSTMASTECTOMÍA

Un plan de alta constituye una herramienta fundamental en la cual se espera que el enfermo, al salir de la institución de salud, no sólo lo haga con un problema resuelto en la medida de las posibilidades, sino que, además, cuente con nuevos conocimientos y actitudes generadoras que contribuyan a su autocuidado.^{57,58}

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar, pone de relieve el derecho de cada persona a mantener un control individual sobre su propio patrón de vida.

Las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información que requiere la persona enferma y / o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad, para prevenir recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de auto-cuidado, que deriven en una vida más sana, plena y gozosa; estas incluyen “alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridos, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento de prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios del contexto, y prácticas de auto-cuidado en los procesos mórbidos. Cabe mencionar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado.⁵⁷

El personal de enfermería, como agente de cuidado, debe ofrecer una amplia información al enfermo, al cuidador primario y la familia sobre el cuidado que debe llevarse a cabo en el hogar posterior al egreso hospitalario, a través de un plan oportuno y personalizado, que genere confianza y seguridad para la realización correcta y pertinente de cada cuidado en el hogar. Una herramienta

útil y práctica puede ser la nemotecnia CUIDARME, ya que agrupa información suficiente sobre el cuidado integral tras el egreso del paciente a su domicilio, además, resulta de fácil memorización.^{57,58} Este método consiste en los siguientes aspectos:

Comunicación efectiva. Hace referencia a la información y enseñanzas que Enfermería aporta al cuidador primario y enfermo sobre los cuidados a realizar en el hogar tras el egreso hospitalario, esto con la intención de prevenir complicaciones, reingresos hospitalarios, así como mejorar la calidad de vida del afectado. De igual forma, se refiere a la comunicación entre los profesionales de salud, en tanto que puedan compartir la información sobre el tratamiento a seguir, la información relevante y punto de vista de cada profesional.^{57,58}

Urgencias y signos de alarma. En este punto, el profesional de enfermería debe informar sobre los signos y síntomas de alarma que puede presentar el enfermo, estos pueden indicar un deterioro de la salud o recaída, por lo que resulta necesario que el cuidador y enfermo los conozcan, además de las acciones que se deben llevar a cabo si se llegasen a presentar.^{57,58}

Información. El cuidador primario, el enfermo y la familia deben recibir una capacitación suficiente, sobre cómo proporcionar los cuidados específicos y personalizados una vez que el paciente sea dado de alta y se encuentre en su domicilio.^{57,58}

Dieta. Para este punto se encontró que principalmente se debe orientar al enfermo y cuidador acerca de la higiene de los alimentos, el tipo de alimentos que se pueden consumir, así como su preparación acorde a la dieta indicada por el nutriólogo.^{57,58}

Ambiente. Para ofrecer una orientación adecuada, es necesario indagar previamente acerca de las condiciones en las que se encuentra la vivienda y el ambiente laboral (si fuera el caso), para así ofrecer recomendaciones alcanzables, siempre con el objetivo de mantener la seguridad del enfermo, así como su confort.^{57,58}

Recreación y uso de tiempo libre. A través de este punto se sugiere integrar un plan de rehabilitación donde se involucre a la familia para su realización. Esta serie de terapia, además de mejorar la salud del enfermo, ayudará a mejorar su estado de ánimo sin dejar de lado la realización de actividades agradables para él.^{57,58}

Medicamentos y tratamientos farmacológicos. Para este apartado, la información debe ser clara y suficientemente explícita, donde engloben todos los cuidados que deben efectuarse para cada medicamento, así como las sugerencias para que el tratamiento sea más efectivo.^{57,58}

Espiritualidad. Es de gran importancia tomar en cuenta las recomendaciones acerca de la espiritualidad, pues se busca que el enfermo encuentre un significado de vida para su bienestar. La espiritualidad para muchas personas se expresa de acuerdo a sus creencias, experiencias, significados de vida, etc., por lo que la intervención que Enfermería lleve a cabo, además de dirigir al enfermo y familia a una terapia de tanatología, es la de acompañamiento, que incluye el contacto visual, auditivo y físico.^{57,58}

Considerar en nuestro plan de egreso todos estos aspectos, influirá positivamente en la salud del enfermo y la familia, ayudándolos a lograr afrontar y prevenir la enfermedad y/o sus complicaciones, así como disminuir el sufrimiento y dolor causado durante todo el proceso.

VI. CONCLUSIONES

En la cirugía mamaria como lo es una mastectomía radical tiene un gran impacto en la apariencia e imagen corporal de la mujer, por lo que es importante apoyar psicológicamente en este aspecto a todas las pacientes que serán sometidas a mastectomía, independientemente del tipo o grado de cirugía que se les vaya a practicar, mejorando en gran sentido su calidad de vida.

La enfermera quirúrgica es de vital importancia en el cuidado de la paciente ya que ella tiene las habilidades teóricas-prácticas y el conocimiento del procedimiento quirúrgico para así brindar apoyo y confianza a la mujer postoperada y reducir el estrés y ansiedad que produce una intervención de tal magnitud, así como colaborar en mejorar su autoestima canalizando, en caso necesario con otro profesional que coadyuve en la aceptación de su imagen corporal.

Por lo tanto, es de suma importancia conocer mejor los problemas que afectan a las mujeres que sobreviven al cáncer de mama. Las respuestas de adaptación son individuales; pero el apoyo que incluye a un equipo multidisciplinario (médicos tratantes, psicólogos, enfermeras, nutriólogos) sigue siendo decisivo para asegurar la felicidad personal como síntesis de la calidad de vida, incluyendo a la familia.

El plan de cuidados estandarizado es la protocolización de las actuaciones de la enfermería según sus necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [Internet]. México: Gobierno de México; 2016 [Publicado el 02 de Diciembre del 2016] [Consultado el 20 de Agosto del 2020]. Información estadística del cáncer de mama. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama>
2. Organización Mundial de la Salud. (s.f.-a). Cáncer de mama: prevención y control. Control del cáncer de mama. Disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
3. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [Internet]. México: Gobierno de México; 2015 [Publicado el 23 de Junio de 2015] [Consultado el 20 de Agosto del 2020]. Prevención y control del cáncer de la mujer. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/es/acciones-y-programas/prevencion-y-control-del-cancer-de-la-mujer>
4. Ortega-López RM, Tristan-Rodríguez A, Aguilera-Pérez P, Pérez-Vega ME, Fang-Huerta MA. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. Rev Cuid [Internet]. 1 [citado 16 de noviembre de 2020];5(2):842-50. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/126>
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Comunicado de prensa No.462/20 [En línea]. Estadística a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama [Publicado el 15 de Octubre del 2020] [Consultado el 05 de Noviembre del 2020]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/CancerMama20.pdf>
6. Askleprios-Bautista. Atlas de Patologías: Cáncer de Mama. México: Ergon, 2013.

7. Díaz M, Caragol-Urgelles L, Sole M. Desarrollo e implantación de un protocolo perioperatorio de enfermería en cirugía plástica mamaria. Asturias, España. 2014.
8. Brunicardi C. Andresen D. Billiar T. et al. Schwartz principios de Cirugía. 9a ed: McGraw-Hill Interamericana; 2010. Capítulo 17, Mama; 423-469.
9. Santaballa-Bertrán A. Cáncer de mama. Sociedad Española de Oncología Médica. [Publicado el 7 de Febrero del 2020] [Consultado el 20 de Julio del 2020]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>.
10. Ortega-López RM, Tristan-Rodriguez A, Aguilera-Pérez P, Pérez-Vega ME, Fang-Huerta MA. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. Rev Cuid. 2014; 5(2): 842-50. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.126>
11. L. Aibar, A. Santalla, M.S. López- Criado, I. González-Pérez, M.A. Calderón, J.L. Gallo, et al. Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias [Internet]. 2011, Agosto [Citado el 5 septiembre del 2020]; 34(4): pp141-149. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-clasificacion-radiologica-manejo-lesiones-mamarias-S0210573X10001231>)
12. American Cancer Society. Terapia dirigida para el cáncer de seno. EE.UU. 2017 Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/terapia-dirigida-para-el-cancer-de-seno.html>
13. Breastcancer.org. Mastectomía [Internet]. Philadelphia, EE.UU. [Publicado el 17 de Septiembre del 2012][Consultado el 05 de Agosto del 2020] Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia/que_e
[s](http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia/que_e)
14. Fuller J. Instrumentación quirúrgica: principios y prácticas. 5a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2012.

15. Hernández G. Aguayo R. Técnicas quirúrgicas en enfermería. México: Editores de textos mexicanos, 2003.
16. García A, Hernández V, Montero R, Ranz R. Enfermería de quirófano. España: Difusión Avances de Enfermera, 2012.
17. Flores-Funes D. Validación de la Disección Axilar Dirigida por clip y radiotrazador como técnica de estadificación axilar del cáncer de mama tras quimioterapia neoadyuvante [Tesis doctoral] España: Universidad de Murcia, Escuela Internacional de Doctorado; Junio 2020.
18. Jane-Smith M, Liehr P. Middle Range Theory for nursing. 3ª ed. New York:Springer Publishing Company, 2018.
19. Cepeda RMGA. Proceso de atención de enfermería. México: TRILLAS; 2012.
20. Smeltzer S BB, Hinkle J. Brunner y Suddarth. Enfermería médico-quirúrgica. 12a ed. Philadelphia,2013.
21. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2012-2014. Ámsterdam,2012.
22. Kozier B, Berman A. Fundamentos de enfermería. 7a ed: Madrid, 2006.
23. Salud Sdiydds. Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería. Secretaria de salud; 2010
24. Potter A, Stockert A. Fundamentos de Enfermería. 8a ed. Ámsterdam: 2014.
25. Herdman TH. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2018-2020. 11º ed. Barcelona: Elsevier.
26. Merskey H. Bogduk N. Classification of chronic pain. International Association of the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy Seattle; 1999)
27. American Pain Society. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain chronic cáncer pain. Skokie, IL:2003.

28. Pintado Cucarella S. Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama [Tesis doctoral]. España: Universidad de Valencia, Facultad de Psicología; 2013.
29. Guevara-Suarez G. Autoestima e imagen personal en pacientes mastectomizadas que acuden a la sociedad oncológica de lucha contra el cáncer (SOLCA) – Ibarra 2016. [Trabajo de grado previo a la obtención de Licenciatura en Enfermería]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte. Carrera de enfermería; 2002.
30. Raich R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide; 2000
31. Santalla A, López-Criado M, Ruiz M, Fernández-Parra J, Gallo J, Montoya F. Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. Clin Invest Gin Obst [En línea]2007; [citado el 19 de Noviembre del 2020] 34(5) Disponible en: DOI:10.1016/S0210-573X(07)74505-7
32. Torrens M. Atención al paciente oncológico desde la perspectiva de enfermería. Barcelona: Fundación dr Antonio Esteve; 2010.
33. González-Arrieta M, Martínez-Huerta M, Ramírez-Ramírez M. Opciones analgésicas para el dolor posterior a mastectomía radical. Cir Ciruj 2004; 72: 363-368. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc045d.pdf>
34. Capllonch-Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia [En línea] Hospital Universitario de Puerta de Hierro. Madrid; 2015. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1455634601.pdf>
35. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia en México. Mexico, 2017; 29 (1). 77-85. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf>
36. Dominguez-Martinez M, Castro-yVazquez J, Soto-Arreola A. Eficacia de la práctica de enfermería en la administración de medicamentos. Revista

- CONAMED 2015, 20, 535-540. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/cons151f.pdf>
37. Penagos PS, Dary L, Vera F. Control de los signos vitales. Guías para manejo de urgencias. Colombia; 1465-1473. Disponible en: http://www.igm.mex.tl/images/32235/Control_de_signos_vitales.pdf
38. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5° ed. Barcelona: Elsevier.
39. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6° ed. Barcelona: Elsevier.
40. Sebastián Julia, Manos Dimitra, Bueno Ma, Mateos Nuria. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clínica y Salud [Internet]. Madrid [Publicado en Septiembre de 2007] [Consultado el 20 de Noviembre del 2020]; 18(2): 137-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002&lng=es.
41. Alvarez-Ramos O, Guarnizo-Buelvas Y, Kelsy-Parra K. Mujeres mastectomizadas: afrontamiento y autoestima. Universidad Tecnológica de Bolívar, Facultad de Psicología. Cartagena, 2005.
42. Rull A. Mecanismos de defensa: herramientas inconscientes que nos impiden avanzar [Internet] Madrid [Publicado el 17 de Agosto del 2020] [Consultado el 20 de Noviembre del 2020]. Disponible en: <https://www.somospsicologos.es/blog/mecanismos-de-defensa-herramientas-inconscientes/>
43. Cara Rodríguez, R., Avilés Sáez, Z., & López Trinidad, L. Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica. *Revista española de comunicación en salud* [Internet] Madrid [Publicado en Diciembre del 2018] [Consultado el 20 de Noviembre del 2020] 9(2), 221-229. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2018.4500>

44. Pereira Mendes A.B., Da Costa Lindolpho M., Pinto Leite A. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. *Enferm. glob.* [Internet]. [Publicado en Abril del 2012] [Consultado el 20 de Noviembre del 2020]; 11(26): 416-426. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200026>.
45. Brunner L, Suddarth D. *Enfermería Médico Quirúrgica*. 14ªed. México: Interamericana; 2019.
46. González-Aranda M. Propuesta de cuidado: pacientes con afrontamiento ineficaz en el postoperatorio de mastectomía radical [Tesina para grado de especialista]. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de enfermería; 2018.
47. Franco-Salas D, Jirado-Ayola S, Julio-Guardado S, Narvaez Escorcia L, Sequea-Escorcia D. Espiritualidad en mujeres con cáncer de mama en instituciones de salud de Cartagena. Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería. Cartagena, 2016.
48. Silva-Oliveira M, Alves-Souza A, Carvalho-Fernandes A, Sousa-Silva A, Stélio-Sousa F. La rehabilitación para mujeres mastectomizadas en un grupo apoyo/soporte. *Psicol Am Lat.* México, 2014 [Citado el 20 de Noviembre del 2020]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300005
49. Falcão JBIC, Carvalho FAF, Magalhães SR, et al. Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Rev Enferm IMSS*. 2002;10(2):79-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim022d.pdf>
50. Organización Panamericana de la Salud. Peligros biológicos [Internet][Citado el 20de Noviembre del 2020] Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10838:2015-peligros-biologicos&Itemid=41432&lang=es#:~:text=1.-,TEMPERATURA,C%20\(95%C2%B0F\).](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10838:2015-peligros-biologicos&Itemid=41432&lang=es#:~:text=1.-,TEMPERATURA,C%20(95%C2%B0F).)

51. Ministerio de sanidad y política social. Bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones [Internet] Madrid; 2009 [Citado el 201 de Noviembre del 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
52. Clara L, Angeleri P, Blugerman G, Biondi H, Carbone E, Chattas A,, et al. Guía de profilaxis antibiótica quirúrgica [Internet]. Argentina, 2017. [Citado el 20 de Noviembre del 2020]. Disponible en: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/GU%C3%8DA-DE-PROFILAXIS-ANTIBI%C3%93TICA-QUIR%C3%9ARGICA-SADI-2017.pdf>
53. Del Pezo de la Puerta C, Zamora Veloz M. Manejo de enfermería en pacientes mastectomizadas durante el post-operatorio inmediato en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019. [Trabajo para obtención de licenciatura en enfermería]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de ciencias médicas. Guayaquil, Ecuador; 2020. Disponible en: <http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/14949/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-607.pdf>
54. Sans Tarragó T. Guía de enfermería: NIC 3440 Cuidados del sitio de incisión [Internet]. Mayo 2013. [Consultado el 20 de Noviembre del 2020]. Disponible en: <https://salud.asepeyo.es/wp-content/uploads/2015/04/Gu%C3%ADa-de-incisiones.pdf>
55. Secretaria de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la salud. Manual clínico para estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas [Internet]. [Consultado el 20 de Noviembre del 2020]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf
56. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Cuidado de las heridas [Internet]. Madrid, 2012. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=applicatio>

[n/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311009516359&sbinary=true](https://www.academia.edu/37054002/Antolog%C3%ADa_de_n/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311009516359&sbinary=true)

57. Crespo-Ureña. Antología de Proceso Enfermero. Instituto de Ciencias Humanas C.A.[Internet][Consultado el 15 de Enero del 2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/37054002/Antolog%C3%ADa_de
58. Díaz-Avila A., Intriago-Ruíz C.. Guía para un Plan de egreso en personas con secuelas por Enfermedad Vasculat Cerebral. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Feb 26]; 16(4): 452-464. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400452&lng=es. Epub 16-Abr-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.746>

VIII. APÉNDICES Y ANEXOS

Anexo 1. Técnica quirúrgica de mastectomía radical

 <p>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO</p> 	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Mastectomía radical	
Estudiante: L.E. Maritza Nohemí Puente Rangel	
Definición: Extirpación de la mamá patológica.	
Objetivo: Extirpar la glándula mamaria y ganglios adyacentes, realizando un vaciamiento axilar completo.	
Pasos principales: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se inciden la piel y el tejido celular subcutáneo en un patrón elíptico. 2. Se despliegan los colgajos cutáneos en las áreas previamente marcadas y se separa la piel con separadores tipo rastrillo. 3. El borde lateral del colgajo se despliega hasta el borde del músculo dorsal ancho. 4. Se ligan y seccionan los vasos perforantes 5. Se disecan la mama y la fascia profunda y se desprenden del músculo pectoral. 6. Se libera la pieza quirúrgica de la pared torácica y de la axila. 7. Se ligan y seccionan las ramas de las arterias y venas intercostales. 8. Se despliega el colgajo axilar, conservando la vena axilar y los nervios. 9. Se libera el tejido axilar de los músculos y ligamentos que los rodean. 10. Se extirpa la pieza. 11. Se controla la hemostasia. 12. Se dejan en el lecho 2 tubos de drenaje. 13. Se unen los extremos del músculo pectoral menor. 14. Se cierran los colgajos de piel con grapas, una sutura intradérmica o tiras adhesivas estériles. 15. Se coloca una curación compresiva sobre la herida* 	
Indicaciones	Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"> ● Cáncer de mama. 	
Instrumental básico	Instrumental de especialidad
<ul style="list-style-type: none"> ● Equipo de cirugía general 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Complemento de pinzas de piel y campo <input type="checkbox"/> Pinzas de ángulo <input type="checkbox"/> Separadores Richardson

<p>Material adicional Equipo de aseo Riñón metálico Cauterío monopolar Juego de Manivelas Aparataje médico Unidad de Electrocauterio Aspirador de vacío</p>	<p>Material de consumo 1. Hojas de bisturí No 21 (2) 2. Tubo de latex (1) 3. Guantes de látex del No. 6 ½ , 7, 7 ½ y 8. 4. Bolsa de polietileno chica (1) 5. Equipo de Drenovak de ¾. 6. Palillo aplicador. 7. Violeta de genciana 8. Venda elástica 30cm. 9. Hoja de bisturí #10 y #20. 10. Apósito</p>	<p>Suturas y tejido en donde se ocupará</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ácido poliglicólico 3-0 con aguja minitrauma, ahusada MT-26 mm. ● Nylon 3-0, aguja atraumática ¾ de círculo, reverso cortante, RCE-6, 24mm. ● Seda atraumática del 0, aguja atraumática, ahusada, B-10, 37 mm.
<p>Posición en incisión Decúbito dorsal (modificada) con brazo en extensión, ya sea izquierdo o derecho, dependiendo el lado que se realice..</p>	<p>Tipo de anestesia General balanceada</p>	<p>Ropa y textiles Bulto de Cirugía general. Batas extra. Compresas extra. Gasas 10x10 con trama Gasas 10x10 sin trama</p>
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA		
ENFERMERA QUIRÚRGICA		CIRUJANO
<p>Previo lavado mecánico y quirúrgico de manos y secado de las mismas, se procede a vestirse bata estéril y calzarse guantes con técnica cerrada, se preparan las mesas mayo y riñón; acomodando el instrumental de acuerdo a tiempos quirúrgicos, en coordinación con la enfermera circulante se cuenta el material de esponjear, se procede a vestir al equipo médico que participara en el evento quirúrgico.</p>		
<p>1. . Proporciona Sábana de pie, 4 campos sencillos, 4 pinzas erinas, sábana hendida. cable de electrocauterio con pinza erina y se colocan manerales en lámparas.</p>	<p>1. Delimitación del área operatoria Y fija aditamentos</p>	
SE REALIZA EL "TIME OUT" SE LLEVA A CABO LA VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA		
<p>2. Proporciona hoja de bisturi nº 20 montada en 1er. mango de bisturí Bard Parker #4, y electrocauterio.</p>	<p>2. Se realiza incisión (Stewer) en forma de uso desde la línea media esternal hasta la línea media axilar o subcostal de aproximadamente 15 a 20cm.</p>	
<p>3. Proporciona pinzas erinas de 8-10(pinzas)</p>	<p>3. Se inicia tracción de borde del colgajo superior.</p>	

4. Proporciona hoja de bisturí nº 10 montada en 2do. mango de bisturí Bard Parker #3 y pinzas Crille.	4. Continúa disección, se realiza hemostasia de vasos colaterales hasta el borde sub clavicular línea media axilar y línea media esternal.
5. Proporciona compresas.	5. realiza secado, compresión y disección del 1º colgajo superior y se retiran pinzas erinas.
6. proporciona hoja nº 10 montada en 2do. mango de bisturí Bard Parker #3.	6. Realiza incisión realiza secado, compresión y disección del 1º colgajo superior y se retiran pinzas erinas
7. Proporciona pinzas erinas 8-10, compresa limpias.	7. Se inicia tracción de borde de colgajo inferior. Se realiza cambio de compresas.
8. Proporciona pinzas erinas, Hoja #10, mango de bisturí bard Parker #3, pinzas crille	8. Continúa con la disección del colgajo inferior hasta llegar al borde de la décima costal, así como a la línea media esternal y línea media axilar.
9. Proporciona compresas.	9. Se realiza compresión y secado de los dos colgajos, se retira pinzas erinas.
10. Proporciona separadores Richardson.	10. Se separan bordes quirúrgicos
11. Proporciona mango de bisturí bard Parker #3	11. Se tracciona el pezón de la mamá y realiza disección de tejido y glándula mamaria desde la línea media axilar a la línea media esternal y llegando a la aponeurosis del músculo pectoral mayor.
12. Proporciona Pinza crille y electrocauterio	12. Realizando hemostasia durante el procedimiento
13. Proporciona Pinza crille, seda 2-0, tijera de mayo recta	13. Se pinza la vena y arteria mamaria y liga se cortan cabos de sutura.
14. Proporciona Pinzas crille , electrocauterio y compresas	14. Se realiza hemostasia de vasos sangrantes y con compresas se seca área quirúrgica.
15. Proporciona Pinzas de Smith, electrocauterio	15. Se localiza arteria torácica y disecciona y realiza hemostasia de bordes de tejido por abajo del pectoral menor hasta el dorsal ancho.
16. Proporciona Pinzas Smith, seda libre 2-0, pinza crille, tijera de mayo recta.	16. Se pinza y ligadura la arteria torácica y corte de cabos de sutura.
17. Proporciona Separador Richardson.	17. Se separa herida quirúrgica.
18. Proporciona Pinzas Smith, tijera metzenbaum.	18. Se disecciona la vena y arteria axilar por arriba y medialmente hasta el borde del pectoral .

19. Proporciona Pinza Smith, tijera de metzenbaum.	19. Se continúa la disección de cadena ganglionar y linfática axilar.
20. Proporciona Pinza Smith, seda 2-0 tijera de mayo Recta.	20. Realiza hemostasia y ligadura de vasos colaterales axilares ,se realiza corte de cabos de sutura
21. Proporciona Hoja#10, mango de bisturí bard Parker #3	21. Se realiza extracción de glándula mamaria y cadena ganglionar.
22. Proporciona Jeringa de asepto, compresas.	22. Se realiza lavado y secado del lecho mamario
23. Proporciona Campo estéril.	23. Se entrega pieza quirúrgica a enfermera instrumentista
24. Proporciona Pinzas crille, lápiz de electrocauterio y compresa limpia	24. Hemostasia de vasos sangrantes, compresas quirúrgicas se realiza secado
Instrumentista y circulante realizan conteo de material textil e instrumental e informa resultado de cuenta al cirujano.	
25. Con pinzas erinas se afrontan bordes quirúrgicos	25. Se coloca Drenovack 1/8 en herida quirúrgica.
26. Proporciona seda 2-0 atraumática montado Porta aguja de Mayo Hegar y pinza disección sin dientes	26. Se realiza fijación de drenovack y con tijera mayor recta se realizan corte de cabos de sutura
27. Proporciona vicryl 2-0 montado en Porta aguja de Mayo Hegar y pinza disección con dientes	27. Se realiza sutura subdérmica de tejido celular subcutáneo y se realizan corte de sutura.
28. Proporciona nylon 3-0 montado en Porta aguja de Mayo Hegar y pinza de disección con dientes, tijera de mayo	28. Se sutura piel con puntos de subdérmicos ,se cortan cabos de sutura
29. Proporciona gasas húmedas y secas	29. Se realiza lavado y secado de herida quirúrgica y aplicación de apósito quirúrgico así como su vendaje.
Al término del procedimiento quirúrgico se confirma con anestesiólogo para el traslado del paciente a la sala de recuperación, así mismo se retira ropa sucia y material quirúrgico, el cual se lava seca y revisa para prepararlo y entregarlo posteriormente al servicio de CEYE para su esterilización en coordinación con la enfermera circulante se realiza limpieza terminal de sala y se prepara para la siguiente cirugía. ^{14,15,16}	

