



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

86

TESIS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE PROPORCIONA
ENFERMERÍA A LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN ESTADIO
II Y III, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

QUE PARA OPTENER EL TITULO DE:
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :
O A X A C A D E L A C R U Z J A V I E R
No. cta: 97 56 16 4-0

REYES MARTINEZ MARTHA ROSALÍA
No. cta: 92 20 33 0-0

DIRECTORA DE TRABAJO

MAESTRA: MARIA DEL PILAR SOSA ROSAS



MÉXICO D.F. 2002

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

JAVIER:

A DIOS:

Por lo que me diste
por lo que de mi ser hiciste
y por mis sueños logrados.

Por los muchos que me aman,
por los que nada me quieren,
por los que feliz me aclaman,
por los que a veces me hieren.

Por la dicha y la paz
por la verdad y el amor,
por todo cuanto me das.
Te doy gracias señor.

A MI FAMILIA

Por brindarme sabios consejos y palabras de aliento, contando siempre con su apoyo incondicional que sin pedir nada a cambio siempre me lo dan.

A ROSALÍA:

Por ponerme en una situación difícil de superar.

A MARTHA COPCA GARIBAY:

Por su apoyo que siempre me ha brindado.

A MARCELA OLIVA VENEGAS:

Por escucharme cuando lo he necesitado.

A YANET DE LA CRUZ FLORES:

Por sus palabras, consejos, y sobre todo por comprenderme cuando más lo he necesitado.

AGRADECIMIENTOS

JAVIER:

A los maestros (as), por el apoyo, confianza y sabios consejos que siempre me brindaron, en especial a: Maria del Pilar Sosa Rosas, Martha Copca Garybay y Marcela O. Venegas Cortes.

Con mucho cariño para Martha Rosalía Reyes Martínez, la persona que siempre me tolero, respeto y poco me comprendió, para ella y gracias a ella logre arrancarle triunfos y derrotas a la vida, una persona que esta llena de amor, llena de dolor, pero donde quiera que se encuentre siempre estará consiente de que en el serio, enojon que conoció en su vida como universitaria, siempre encontrara una persona sincera, en la cual puede confiar y dispuesto a brindarle confianza y cariño, mucho mas de lo que ella puede imaginarse y no por el simple hecho de que sea mujer, sino por que ha logrado salir adelante a pesar del duro camino que el destino le ha fijado, cuando te fijes una meta y tengas que seguir otra, cuando tengas que huir de una prueba y tengas que afrontarla de aspirar y no poder, de querer y no saber de avanzar y no llegar, a eso de pasar días juntos, radiantes, días felices y días tristes, días de soledad y días de compania, cuando la soledad y la desdicha se empeñen en ser tus solitarios compañeros, cuando tus fuerzas y esperanza de vida, tú ya las creas perdidas sabes que en lo lejos siempre tendrás a una persona que verdaderamente te admira, aquélla que siempre estará contigo en las buenas y en las malas a cambio de nada, porque siempre he de tener el suficiente valor, lealtad y desinterés, además de ser neutral, imparcial, humanitario, aunque siempre aparento todo lo contrario, tal vez algún día llegues a comprenderme.

A mis amigas (os), Sonia V.P. Verónica C. Q. Marco A. Juan D. Sherezada F. G. Julia. M. P. Arminda G.V. Isabel V.A. a todos ellos con mucho aprecio les agradezco el escucharme y brindarme su confianza y respeto.

AGRADECIMIENTO

ROSALÍA:

Yo agradezco a dios
por haberme puesto
en mi camino a una
persona como tú
¡Sabia!

Cuando es necesario
¡Comprensiva!

¡Por saberme escuchar!
¡Con carácter para
enfrentar los problemas!

¡Alegre ante las adversidades
y franca siempre!

Gracias por haber
compartido conmigo
tu presencia durante
cuatro años, apoyándonos
sin esperar, ¡algo a cambio!

DEDICATORIA

ROSALÍA:

A MI PADRE:

Por haberme dado la vida, amor y comprensión cuando vivía, por que me enseñó con sus consejos a ser humilde ante los demás; a defender mis ideales; a forjarme metas y objetivos y a no quedarme parada sin saber a donde ir, por que con él aprendí a ser responsable y a valorar y amar a los demás, por que su imagen sonriendo en mi mente siempre está, y hace que los momentos más difíciles se hagan fáciles, por siempre padre mío, tu **VIVIRAS**.

A MI MADRE:

Que en un momento dado y de dolor y valentía me dio la vida, ella que hasta ahora ha estado junto a mí, y que comparte conmigo las tristezas y alegrías, ella que con su silencio, me ha respetado como persona.

A MI HIJO EMMANUEL:

Por hacerme tan feliz; con su sonrisa y travesuras, por que al mirarlo en vez de ver un camino recorrido, miro otros a escoger, por que él esta conmigo en las tristezas y alegrías y sus palabras son como un resorte que me hace levantarme y seguir adelante. **Por que él es mi vida entera.**

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. - JUSTIFICACIÓN.	4
2. -PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
3. -MARCO TEORICO.	6
3.1. - Evaluación de la calidad de la atención	6
3.2. - Atención de enfermería	25
3.3. - Anatomía y fisiología de la mama	26
3.3.1. - Cáncer	30
3.3.2. - Historia natural y diseminación de la enfermedad.	36
3.3.3. - Métodos de diagnóstico	38
3.3.4. - Diagnóstico diferencial	39
3.3.5. - Clasificación de los estadios	40
3.3.6. - Tratamiento	41
3.3.7. - Complicaciones	56
3.3.8. - Cuidados específicos de enfermería en el servicio de quimioterapia	57
Cuidados específicos de enfermería en el servicio de braquiterapia	59
Cuidados específicos de enfermería en el servicio de cirugía	60
4. -METODOLOGÍA	62
4.1. -Hipótesis de investigación	62
5. - OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN.	62
6. -VARIABLE IDENTIFICADA E INDICADORES.	62
6.1. -Variable	62
7. -INDICADORES DE VARIABLE	62
8. -TIPO DE ESTUDIO	64
8.1. -Transversal	64
8.2. -Descriptivo-Observacional	64
9. -UNIVERSO	64
10. -POBLACIÓN	64
11. -MUESTRA	65

12. -CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	65
13. -CRONOGRAMA	66
14. -RECURSOS	66
14.1. Físicos	66
14.2. Financieros	66
14.3. Humanos.	66
14.4. Materiales.	66
15. -DISEÑO ESTADÍSTICO	67
15.1. -Recolección de datos.	67
15.2. -Método.	67
15.3. - Procedimiento	67
15.4.- Técnica	68
16.- RESULTADOS.	69
16.1. -Presentación de cuadros	70
16.2.- Presentación de gráficas	87
17.- RESULTADOS	101
18. -CONCLUSIONES.	109
19. -SUGERENCIAS	111
20. -BIBLIOGRAFÍA	112
21. -APENDICES	117
21.1. - Lista de cotejo aplicada al personal de enfermería del Servicio de Cirugía	118
21.2. - Lista de cotejo aplicada al personal de enfermería del Servicio de Braquiterapia	121
21.3. - Lista de cotejo aplicada al personal de enfermería del Servicio de Quimioterapia	124
21.4. - Cuestionario aplicado a las pacientes del Servicio de Cirugía	127
21.5. - Cuestionario aplicado a las pacientes del Servicio de Quimioterapia	130
21.6. - Cuestionario aplicado a las pacientes del Servicio de Braquiterapia	132
21.7.- Datos del personal de enfermería	135

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es el resultado de la visualización general del esquema de atención que se proporciona por parte del personal de enfermería a las pacientes con cáncer de mama en los estadios II y III, en la que se pudieron determinar condiciones que confieren al esquema de deficiencias en la prestación del servicio de atención a las pacientes, motivo por el cual se generaron diversas inquietudes en el sentido de evaluar la calidad de la atención que da el personal de enfermería como parte del equipo de salud. Cabe destacar la enorme importancia que tiene para cualquier unidad hospitalaria, la adecuada administración de sus recursos humanos y económicos, la cual debe llevarse a cabo de tal forma que proporcione una elevada calidad en los servicios que se prestan a las pacientes y mantengan sus recursos humanos motivados para lograr este objetivo. Estos puntos de vista son considerados actualmente dentro de lo que es llamado como MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC), concepto de suma importancia sobre todo en pacientes con cáncer, ya que el cáncer es considerado como una de las enfermedades crónico degenerativas más devastadoras del ser humano y que por lo tanto debe tenerse una mayor calidad humana y de prestación de servicios. De forma paralela a lo anterior las actuales políticas de sanción con respecto a la atención médica proporcionados por los prestadores de la salud han obligado a estos, a poner énfasis en la calidad de los servicios proporcionados anteponiendo la calidad a cualquier sanción motivada por negligencia médica, de enfermería u otro integrante del equipo de salud. En este sentido, y aunque en nuestro país esta situación se encuentra poco desarrollada y la actual legislación en proceso de implementación, se debe de tener una visión futurista y comprender que solo a través de proporcionar atención de calidad a los pacientes es como se verá compensado el reconocimiento social y humano de los prestadores de servicios de atención de la salud y consecuentemente de las instituciones. Es por ello que el objetivo de la presente investigación es determinar la calidad del servicio de atención prestado a través de la evaluación de diversos parámetros que determinan la calidad del mismo.

1. JUSTIFICACIÓN

Dada la importancia que tiene la participación del personal multidisciplinario en la atención y tratamiento que se brinda al paciente oncológico, resulta destacable el papel que adquiere el personal de enfermería en la prestación de servicios de atención a las pacientes con cáncer de mama.

Derivado de la determinación de diversas actividades que se llevan a cabo en la prestación de servicios de calidad que proporciona el personal de enfermería a los pacientes con cáncer de mama en los estadios II y III, es justificable y de suma importancia para una institución determinar a través de una investigación la calidad de los servicios de atención a la salud que se están brindando.

2. -PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad es un concepto considerado actualmente como fundamental para el pensamiento y actuar de las enfermeras mientras atiende pacientes. En los sistemas actuales de atención a la salud, existen un renovado énfasis sobre el manejo de atención de la calidad, el papel de la enfermera profesional es sumamente importante en la prestación de servicios de salud.

Es por ello que alcanzar la máxima calidad en la prestación de servicios se traduce en el objetivo primordial en cualquier institución al servicio de la salud, de aquí surge la pregunta: ¿El personal de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología brinda una atención de calidad a las pacientes con cáncer de mama en estadio II y III?

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Evaluación de la calidad de la atención

Por evaluación entendemos, en términos generales, la acción de juzgar, inferir juicios a partir de cierta información desprendida directa o indirectamente de la realidad evaluada, o bien, atribuir o negar cualidades o calidades al objeto evaluado o, finalmente establecer reales valoraciones en relación con lo enjuiciado¹. Hay que aclarar que se entiende por **evaluación del personal**, etimológicamente, los términos **Evaluación** en francés y **Evaluación** en español quedaron acuñados en torno al siglo XIV y XV, provienen ambos del verbo latino (**valere**) que significa “**ser fuerte, vigoroso, potente, robusto, tener fuerza, vigor.**”²La evaluación nos permite medir y comparar los resultados obtenidos en relación con los esperados.

Los propósitos de la evaluación son.

1. Corregir y mejorar los planes iniciales, o ambos casos
2. Medir la eficacia de las actividades
3. Fundamentar la toma de decisiones, en caso necesario y plantear opciones

Al evaluar hay que tener presentes:

- a. Los objetivos
- b. Los logros
- c. Las necesidades
- d. Los recursos

La evaluación debe ser permanente, dinámica, objetiva, oportuna, aplicable, y se enfocará a aspectos realmente significativos. Los instrumentos para evaluar deben comprender criterios que enfoquen de manera directa el aspecto que se desea evaluar, delimitando el área que será objeto de medición.

¹ Carreño, Enfoques y Principios teóricos de la evaluación Pág. 19.

² C. Levy Leboyer, Evaluación del personal, Pág. XI.

La evaluación puede hacerse de forma:

A. Directa

- a. Observación
- b. Entrevistas
- c. Reuniones

B: Indirecta

- a. Informes
- b. Encuestas
- c. Programas
- d. Expedientes y otros

Los métodos de control de la evaluación es por medio de:

- a. Archivo
- b. Auditorias

Las técnicas de control más empleadas son:

- a. Informes
- b. Observación
- c. Control de cantidad
- d. Control de calidad
- e. Control de tiempos
- f. Control de inventarios

Control de cantidad; se relaciona con mayor o menor demanda; en los departamentos de enfermería se considera la cantidad de pacientes atendidos.

Control de calidad; es acorde al tipo de servicio que se preste. En los departamentos de enfermería se relaciona con la calidad de atención que se preste.

En la actualidad con la Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención, se ha ido dejando atrás la ideología de las instituciones, las cuales solamente se fijaban metas de cantidad (producción) y no de calidad, cometiendo un grave error, proporcionando al consumidor (paciente) una deficiente calidad de atención la cual repercute en una lenta recuperación de la salud y complicaciones que en ocasiones son fatales para el paciente.

Se ha dicho y escrito mucho sobre el tema de calidad, entre los diversos autores existe Juran, Ishikawa, Deming y Crosby quienes han dado las bases para los conceptos modernos de calidad, generando aportaciones importantes sobre todo para el área de la salud. Remontándonos a la historia, los fenicios, tenían un control de calidad, ya que estos les amputaban las manos a los artesanos que construían embarcaciones defectuosas debido a que estas se hundían y al hundirse ponían en peligro la vida de las personas que iban a bordo de las embarcaciones. Los primeros datos disponibles sobre control de calidad se remontan a 1924, cuando Walter A. Shewhart, de los laboratorios Bell Telephone, aplicó, por primera vez un gráfico, estadístico de control de calidad a un producto manufacturado. Posteriormente Shewhart escribió un libro titulado *Economic Control of Quality of Manufactured Product* (control económico de calidad de productos manufacturados) publicado en 1931 por D. Van Nostrand Company, Inc; Nueva York, su objetivo central era el control económico. Desgraciadamente muchas, de las últimas aplicaciones de técnicas estadísticas al control de calidad han sido todo menos económicas, desarrollando un cuadro que permitía controlar estadísticamente la calidad de la producción. Durante la segunda guerra mundial y la guerra de Corea, las diversas entidades de inspección del Ministerio de Defensa insistieron en el uso de técnicas y se enfatizó en la promoción del uso de técnicas de control de calidad por parte de los proveedores, a las que se unieron los métodos de garantía utilizados por las entidades inspectoras del Ministerio de Defensa³. Después de la segunda guerra mundial, los estadounidenses, aplicaron las técnicas estadísticas para garantizar un nivel óptimo de calidad de producción de armamento. Existen autores que han difundido sus propuestas acerca de la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad, algunos de ellos son Aclé (1991), Ginebra y Arana (1992) y Oligastri (1988), pero uno de los más destacados y considerado el primer teórico en materia de calidad de la atención es *Avedis Donabedian* en 1978, quien maneja la calidad entendida como: el logro de la satisfacción del paciente a través del establecimiento de su salud, es la principal

³ Bertrand L. Control de calidad Teoría y Aplicaciones, Pág. 4.

preocupación de las ciencias médicas desde sus orígenes. No obstante, no es sino hasta las décadas de 1970 – 1980 que este interés comienza a tomar forma a través de las institucionalizaciones de programas de “Garantía de Calidad” en hospitales de los países bajos, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y España. Las primeras normas de aseguramiento de calidad, comenzaron a surgir en los años 50, en dos áreas de la industria americana militar (aeroespacial) y nuclear. Durante los años 60 y 70 la mayoría de los países industrializados comenzaron a desarrollar normas tomando como base el patrón americano. Desde hace mucho tiempo se ha hablado sobre calidad, la calidad es una forma de administración que enfatiza el diálogo de las personas o sujetos involucrados en la localidad.

En México, recientemente instituciones públicas y privadas han mostrado avances en la aplicación de programas de mejoramiento de calidad, sobresalen los casos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del estado (ISSSTE), así como los hospitales privados, Ángeles, ABC, Medica Sur y la Torre Médica en el Distrito Federal (DF) y en la Clínica Nova de Monterrey, Reyes Meléndez y Vidal(1990), describieron la aplicación de un programa de la garantía de calidad en unidades de primer nivel de atención. La creación de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) en 1985 y de la Sociedad Mexicana para la Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA) en 1992 ha dado más realce y difusión de las experiencias orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud. El 1991, la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C (MEXFAM) inicia actividades encaminadas a aplicar un sistema de calidad total en la administración de servicios de salud comunitarios.⁴

⁴ Programa de Mejoría Continua de la Calidad de los Servicios de Salud en el Distrito Federal, Secretaría de Salud México DF, agosto de 1995 Pág. 14.

Con frecuencia se habla acerca de la buena o mala calidad de un producto, y cada individuo da una opinión al respecto, que puede o no coincidir con los demás. Sin embargo, cuando el consenso de una comunidad de consumidores establece un criterio acerca del beneficio que se pretende obtener por el uso de un bien o un servicio, se define la primera parte del concepto de *calidad*. La segunda parte es relativa al costo. Si bien, un producto satisface las necesidades del consumidor, su precio, por un lado, debe adecuarse a las posibilidades económicas del comprador, y por el otro, ser competitivo con otros productos.⁵ Si unimos estas dos partes, la calidad significa cumplir con los requisitos que el comprador demanda de un bien o un servicio, a un costo competitivo posible que pague el consumidor.⁶

CALIDAD

Calidad es un conjunto de atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios lo que permiten clasificarlos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los usuarios. Es una función que se desarrolla a través de cuatro procesos: Planificación, Organización, Control y Mejora. La garantía de calidad es una revolución del pensamiento gerencial y una necesidad social, el objetivo principal es diseñar sistemas amables, con la participación de toda la organización.

Principios de calidad

- La voluntad, la implicación y la ejemplaridad de la dirección.
- La adhesión de todo el personal, todos participaran en el movimiento y asociarse voluntariamente a el.
- La mejora de la calidad para prevenir los errores.
- Evaluación continua de la calidad.

⁵ Marroquín, La Gestión en los Sistemas de Control de Calidad, Pág. 15.

⁶ *Ibid.* Pág. 15.

CONTROL Y MEJORA DE LA CALIDAD

El control y la mejora de calidad se realizan con el objetivo de que la planificación de la calidad sea eficaz y alcance sus objetivos, se utiliza un proceso de control, ejecutado y coordinado por la organización para la calidad. Aunque escasamente implantado en el sector servicios, el método estadístico de control de procesos puede aplicarse a diversos aspectos de la atención sanitaria. El control en términos generales, es un proceso de carácter permanente dirigido a medir y valorar cualquier actividad o prestación, sobre la base de criterios y puntos de referencia fijados y a corregir las posibles desviaciones que se produzcan respecto a aquellos. Los elementos esenciales presentes en el control son:

- Un criterio predeterminado (objetivo, estándar) de valoración constante de la actividad y los resultados.
- Una medida de la actividad en curso y de los resultados.
- Una comparación entre los resultados obtenidos y los criterios establecidos.
- Una acción dirigida a corregir las desviaciones descubiertas en la comparación.

El control de calidad comprende las técnicas y actividades de carácter operativo destinadas a satisfacer los requisitos relativos a la calidad. Se acompaña de un sistema de garantía de calidad.

Características del control de calidad en los servicios:

Las características derivadas de la simultaneidad de la producción-consumo de los servicios (la estrecha relación entre los factores técnicos y humanos, la implicación del factor humano en la prestación y la intervención del cliente en el proceso de elaboración, la complejidad y la flexibilidad de los servicios y la imposibilidad de rectificación) el proceso del diseño de un servicio deben cubrir tres áreas; El servicio en sí, sus aplicaciones y la participación del consumidor; factor, este último que incide también en la calidad del servicio. La unión de estos tres elementos, diseño, ejecución y participación del usuario, va a conseguir satisfacer al cliente en los momentos de recibir estas prestaciones del servicio.

Los principios básicos de la medida de la calidad

El control de la calidad consiste en medir la calidad real, compararla con la diseñada y establecer las acciones correctoras, requiere una unidad de medida: la cantidad precisa de una característica de calidad que permita evaluarla con números, y un dispositivo metodológico, instrumental o biológico que posibilite evaluarla y definirla numéricamente en función de la unidad de medida. Si se requiere implantar un sistema de control de calidad, hay unos principios básicos que deben respetarse:

1. La calidad no puede garantizarse si previamente no se determina cómo se va a medir, y si tanto el método de medida como las variables no son conocidos por todos.
2. El sistema de medida de la calidad de un producto o servicio estriba en seleccionar una serie de criterios, atributos o características que en conjunto la representen y compararlos mediante un sistema objetivo.
3. Cuando la calidad solo puede evaluarse mediante un sistema subjetivo es necesario asegurar la fiabilidad de éste.
4. Los criterios, atributos o características representativos de la calidad de un proceso, producto o servicio, deben ser fáciles de identificar, obtener y controlar de tal manera que permitan tanto el autocontrol como el control externo.
5. El control de calidad debe confiarse a expertos, circunstancia que condiciona la necesidad de formar personas en esta disciplina. No obstante, si bien es cierto que los hospitales necesitan especialistas en control de calidad, una formación básica de esta materia debe recibirla el mayor número de trabajadores posible.
6. El establecimiento de los criterios y métodos de medida de la calidad deben realizarse mediante el concurso de los distintos profesionales con el asesoramiento de los expertos en calidad.
7. Los métodos de medición deben tender a la fiabilidad y a la validez. Un método es fiable en la medida que obtiene siempre los mismos resultados,

independientemente de quien ejecute la medición; es valido en la medida que el resultado representa aquello que se quiere medir.

8. La medida de la calidad de un proceso, producto o servicio debe tener en cuenta siempre la satisfacción del cliente, sea interno o externo.⁷

Los sistemas metodológicos de control de calidad, utilizables en la asistencia sanitaria, son cuatro:

- Método orientado hacia los problemas.
- Método orientado hacia los procedimientos.
- Método orientado hacia los objetivos.
- Método sistémico o cibernético.

Los tres últimos métodos tienen en común que todos ellos miden desviaciones con respecto a unos criterios, de diversa índole, previamente establecidos. Los objetivos del control de la calidad son: Participación profesional, Eficacia, Disminuir el riesgo de daño y la Satisfacción del paciente.

Las acciones del control de la calidad son:

- Identificar los problemas reales y potenciales y las actividades relacionadas con la atención al paciente.
- Valorar objetivamente las causas y alcance de los problemas y su jerarquización, tanto para investigarlos como para resolverlos. Establecer el orden de prevalencia de acuerdo con la gravedad de la repercusión del problema sobre el paciente.
- Implementar las correcciones para eliminar los problemas detectados.
- Aplicar el control sobre las acciones correctas con objeto de asegurarse de que se obtienen los resultados deseados.
- Documentar las acciones del programa con el fin de mejorar la atención del paciente y garantizar o asegurar unas prestaciones clínicas de calidad.

⁷ Jaime V. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios un modelo de gestión hospitalaria. Pág 249

EL CONTROL DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

El control de la calidad de la asistencia sanitaria se realiza siguiendo los enfoques clásicos de Estructura, Proceso y Resultado, el control de la calidad básicamente consta de un proceso cíclico que comienza con la definición del grado de calidad que se desea alcanzar, seguido de un proceso de seguimiento y registro continuo de los datos relevantes de la asistencia (monitorización), la medida y la valoración de los mismos y la propuesta e implantación de medidas correctoras. Como ya se sabe el término *quality assurance* (aseguramiento o garantía de la calidad) ha sustituido el término *quality control* (control de calidad), las actividades de gestión y garantía de calidad integran las acciones de control de calidad, por otra parte el uso del término evaluación de la calidad como sinónimo de control de calidad no parece idóneo, Evaluar significa medir o valorar, y la Evaluación es una actividad de control.

MÉTODOS DE GARANTÍA DE CALIDAD

Como las demandas por un control de los costos y de la calidad por parte de los organismos legislativos, la población y las compañías de seguros implicadas han hecho una exigencia de los programas de garantía de calidad, los líderes de enfermería deben organizar y proporcionar estos programas mediante estrategias de gestión.⁸El objetivo primordial de un programa de garantía de calidad de enfermería deberá ser la mejora de la atención a los pacientes mas que la sanción de los profesionales de enfermería incompetentes. La finalidad de un programa de garantía de calidad de enfermería deberá ser doble: 1) medir y 2) mejorarla calidad de la atención de enfermería que se proporcionan en la Institución. Para conseguir estos objetivos, se han empleado diversos métodos de garantía de calidad de los cuales las auditorias simultáneas y retrospectivas de la asistencia a los pacientes, el análisis de las características de la atención prestada a los enfermos, el método de revisión entre colegas y los círculos de calidad son los más habituales.⁹

⁸ Gillies A. Gestión de enfermería, una aproximación a los sistemas. Pág. 524

⁹ Ibid. . Pág. 525

Metodológicamente, las auditorías asistenciales de los pacientes son de dos tipos:

- Una auditoría simultánea, es aquella en la que se observa y evalúa la asistencia a los pacientes mientras se les está prestando.
- Una auditoría retrospectiva, es aquella en la que la asistencia a los pacientes se evalúa después del alta hospitalaria.

En las auditorías retrospectivas, las historias clínicas de los pacientes son la única fuente de información relacionada con la atención que se les proporciona éstos, durante su tratamiento en el centro. Debido a que las auditorías retrospectivas requieren menos tiempo, resultan más económicas, es importante destacar que la fiabilidad de las auditorías retrospectivas dependen de la precisión y del cumplimiento global de los registros por parte de todos los profesionales. En todos estos métodos, el objetivo de los investigadores deberá estar dirigido a descubrir qué la atención de enfermería producen los mejores resultados en cada tipo de pacientes atendidos en la Institución, de manera que las acciones poco eficaces puedan ser sustituidas por métodos más apropiados.

FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Puesto que la evaluación de la calidad implica una medición, con los diseñadores de programas de evaluación de la calidad deberán interesarse por la fiabilidad y la validez de las mediciones de la calidad de enfermería.

Fiabilidad Se refiere a la coherencia con la que un determinado instrumento mide aquello que tiene que medir, y esta puede determinarse comprobando si dos individuos que utilizan el mismo instrumento para medir aspectos o manifestaciones similares llegan a idénticas conclusiones en cuanto a la cantidad y calidad. Cuanto mayor sea el grado de concordancia entre las dos mediciones (puntuaciones obtenidas por dos investigadores al mismo tiempo, o puntuaciones obtenidas por el mismo investigador en dos ocasiones diferentes), mayor fiabilidad tendrá el instrumento.

Validez hace referencia al grado con que el instrumento mide lo que pretende medir. Un instrumento denominado "auditoria sobre la calidad asistencial de los pacientes" tiene mayor validez si concede puntuaciones más elevadas a los casos en que las actuaciones de enfermería y / o los resultados de los pacientes se aproximan a la calidad de óptimos y puntuaciones más bajas cuando las actuaciones de enfermería y los resultados de los pacientes son, sin lugar a dudas, inadecuadas. Por otra parte, este mismo instrumento tendrá una escasa validez si atribuyera puntuaciones elevadas cuando las actividades de enfermería y / o los resultados de los pacientes fueran incorrectos, pero las capacidades de relación verbal y escrita de las enfermeras fueran excepcionales. Para garantizar la fiabilidad y validez de una medición, la formulación de los criterios debe ser objetiva: esto es, los distintos pacientes a los que se les aplique un criterio deben tener una posibilidad similar de conseguir una (buena) puntuación.

AUDITORIAS DE CALIDAD

La ASQC Standard Q1-1986 Generic Guidelines for Auditing of Quality Systems (Directrices Generales para la Auditoría de los Sistemas de Calidad), define la Auditoría de Calidad como: un examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad, con objetivo de verificar o evaluar de manera independiente e informar del cumplimiento de los requisitos operativos del programa de calidad o de la especificación o de los requisitos del contrato del producto o servicio.

La auditoría de calidad es una inspección independiente, cuyo objetivo es cotejar algunos aspectos de la calidad con la norma. Con el término independiente quiere decirse que el auditor no es el responsable de la calidad del producto o servicio ni el jefe inmediato de la unidad productora. Esta autonomía, necesaria para poder efectuar una auditoría correctamente, justifica, por sí sola, el planteamiento que hacemos de una Dirección o Coordinación de Calidad vinculada directamente de la Gerencia Hospitalaria.¹⁰

¹⁰ Jaime V. Op. Cit. Pág. 355

La auditoría puede ser utilizada:

- Por el hospital para evaluar su propia calidad.
- Por el hospital para evaluar la calidad de los proveedores de bienes y Servicios.
- Por la Administración Sanitaria para evaluar la calidad de los centros Sanitarios sobre los que ejerce dicho control.

AUDITORIAS DE CALIDAD

Aunque la auditoría de calidad abarca todas las actividades de la función calidad, se centra fundamentalmente en un conjunto de aspectos que se puede clasificar en dos niveles: las auditorías en los niveles directivos y las auditorías en los niveles técnicos.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS AUDITORÍAS

Todas las auditorías tienen un conjunto de propiedades comunes.

- Las auditorías están autorizadas.
- Las auditorías estudian las circunstancias reales referidas a un patrón preestablecido y conocido.
- Los auditores no son los responsables de la actividad sujeta a evaluación, son independientes y expertos.
- La auditoría se programa y ejecuta con el conocimiento y participación de aquellos cuya actividad es objeto de evaluación.
- Los datos de la auditoría se discuten antes de elevar el informe al nivel superior de la jerarquía.
- Los resultados y recomendaciones son examinados por los niveles superiores de la línea jerárquica, que establece normas a fin de asegurar el cumplimiento de las medidas adoptadas.

LAS AUDITORIAS HOSPITALARIAS

La propuesta de evaluar la calidad asistencial mediante el análisis de la estructura, del proceso y del resultado ha dado lugar a tres clases de auditorías hospitalarias: la acreditación hospitalaria, la auditoría médica y de enfermería y la auditoría de resultados.

REVISIÓN ENTRE PROFESIONALES (COLEGAS)

Como respuesta a las demandas públicas que exigen una mayor calidad en la asistencia sanitaria, muchas organizaciones de enfermería han puesto en práctica algún tipo de revisión entre profesionales, con la intención de incrementar la responsabilidad de las enfermeras en cuanto al proceso de la toma de decisiones profesionales y de una atención de enfermería eficaz. La revisión entre profesionales es un proceso mediante el cual las empleadas de una misma profesión, categoría laboral y lugar de trabajo, evalúan unas a otras su práctica profesional en relación con unos estándares previamente reconocidos. Aunque los pormenores de los sistemas de revisión entre colegas pueden variar en diferentes instituciones, las características que se exponen a continuación son habituales en este tipo de procesos. Los representantes del grupo en el que se va a llevar a cabo el proceso de revisión entre profesionales definen los criterios para la evaluación de la práctica profesional. Estos criterios se deducen de la lista de actividades incluidas en la descripción oficial del puesto de trabajo (como enfermera asistencial, enfermera clínica especialista o jefe de equipo de enfermería), junto con los estándares de la práctica profesional que han sido establecidos para una especialidad, por la Nurses Association, o por las organizaciones profesionales que representan la especialidad de las enfermeras implicadas. Los representantes del grupo deben decidir cuales son los aspectos de las actividades de cada enfermera que deben ser evaluados por sus compañeras para llevar a cabo la evaluación. Por ejemplo, en una Institución un grupo de especialistas clínicas decidió que sus compañeras deberían valorar la realización de su trabajo mediante la observación directa de la atención que se prestaba a determinados pacientes, la revisión de documentación de los pacientes seleccionados a los que atendían, la asistencia a determinadas clases y sesiones

clínicas que presentaban a sus compañeras de trabajo y la revisión de alguna de las partes de sus cuadernos de trabajo de consultas, actividades profesionales y proyectos especiales. (Blanton y cols, 1985).

CIRCULOS DECALIDAD

En los últimos años, en las Instituciones sanitarias, el énfasis se ha trasladado

Controlar la calidad de la asistencia sanitaria a *garantizar* una asistencia sanitaria de gran calidad. Como consecuencia de esta modificación de conceptos, los centros sanitarios han establecido los círculos de calidad como un sistema para motivar a los profesionales en cuanto a la mejora de la calidad de la atención de enfermería que se presta a los pacientes. Los círculos de calidad se utilizaron por primera vez en Japón, durante la década de los 60, para mejorar la calidad y la productividad en diversas industrias. Un círculo de calidad consiste en un pequeño grupo de personas que realizan trabajos similares y que se reúnen una hora a la semana para tratar de solucionar los problemas relacionados con su trabajo (Marks, 1986). Las actividades del grupo incluyen la identificación de problemas relacionados con sus tareas habituales: centrándose después sólo en uno de estos problemas cada vez, para determinar las causas del problema, encontrar una solución y proponérsela a la dirección mediante una exposición formal. Para identificar y analizar los problemas laborales, los *círculos de calidad* utilizan técnicas como el *brainstorming* (lluvia de ideas), diagramas de causa-efecto, (fishbone), y el análisis de Pareto. Si la dirección aprueba la propuesta de grupo, él círculo lleva a la practica su plan para solucionar el problema y evalúa su eficacia. Si se resuelve este problema, el grupo pasa a analizar el siguiente problema que hayan decidido tratar y el círculo comienza de nuevo.

Además de las auditorías de asistencias a los pacientes, la revisión entre colegas y los círculos de calidad, las organizaciones médicas han elaborado las siguientes medidas de garantías de calidad, que pueden ser adaptadas para que las utilicen las enfermeras: análisis de perfiles, protocolos y mapas de criterios. El

análisis de perfiles, que consiste en el análisis longitudinal o transversal de los datos recopilados a cerca de los pacientes que presentan un diagnóstico problema concreto, es eficaz en la identificación de factores asociados con complicaciones y defunciones de estos pacientes, con lo cual se pone de manifiesto los grupos que tienen un riesgo más elevado de presentar problemas relacionados con la enfermedad o tratamiento, y determinan medidas asistenciales que son eficaces en la prevención o tratamiento de estas complicaciones.

PROBLEMAS ASOCIADOS CON LA GARANTIA DE CALIDAD

Las gestoras de enfermería han tropezado con dificultades al poner en practica los programas de garantía de calidad. El principal problema asociado con el control de calidad de enfermería es el riesgo de concentrarse tanto en los procedimientos de evaluación de la calidad que se pierdan de vista el objetivo del programa. Los problemas de garantía de calidad provienen de la imposibilidad de medir cada una de las variables que influyen sobre la calidad de los cuidados de enfermería prestados a un paciente determinado.

LA MEJORA DE LA CALIDAD

Según Juran "la mejora de la calidad" es < la creación organizada de un cambio ventajoso > que supone el paso de un nivel inferior de calidad a uno superior la meta de mejorar la calidad es conducir los comportamientos de los productos o servicios hacia la perfección, hacia el objetivo <cero defectos>, de tal forma que la zona de control de calidad quede definida de nuevo y que las lecciones aprendidas durante este proceso se incorporen al proceso de planificación de la calidad, cerrándose así el círculo de la gestión de la calidad¹¹. La mejora de la calidad, tanto en las características de los productos y servicios y sus procesos como en la reducción de los defectos, precisa una estructura organizada.

¹¹ Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios un modelo de gestión hospitalaria. Pág. 273.

Hablar de **CALIDAD DE LA ATENCIÓN** es sinónimo de **EXCELENCIA** " La calidad de la atención se refiere al grado en el que los servicios de atención a la salud han aumentando la posibilidad de alcanzar los resultados deseados en materia de salud y que estén basados en el conocimiento profesional actual.¹² La calidad de la atención a la salud es brindar al paciente el máximo beneficio al menor riesgo y con un costo adecuado.¹³ Por ejemplo una atención de enfermería pudo haberse proporcionado de manera impecable desde el punto de vista técnico, pero si el usuario sintió desconfianza o la enfermera no le dio la atención con un trato cordial, la calidad de dicha atención no fue buena. También cuando la atención satisface al usuario pero técnicamente presenta limitaciones, que tal vez el usuario no pueda identificar, la calidad también se ve afectada. Por lo tanto cuando la calidad no cumple los requisitos técnicos y tampoco satisface al usuario, la calidad se deteriora.¹⁴ El énfasis puesto en la Atención y Satisfacción del cliente se puede denominar *servicio*, este debe de darle seguridad y asistencia, al más bajo costo. La calidad tanto individual como en grupo es un modo de hacer bien las cosas desde la primera vez. La calidad con los servicios de salud incorpora tres atributos especiales.

1. La primera se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos más apropiados para resolver los problemas de salud de los clientes.
2. La segunda atiende a la intervención entre el equipo humano proveedor de servicio y los clientes del sistema de salud (calidad).
3. La última que el hombre es inseparable de su ambiente físico y social.

¹² [www. Insp.mx](http://www.Insp.mx).

¹³ Beltrane, Esther. Modelo administrativo para lograr la excelencia en enfermería, volumen V, No 10, Noviembre / Diciembre 1997. Antología de gerencia de los servicios de enfermería pp. 339.

¹⁴ Programa de mejoría continua de calidad de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, Secretaría de Salud México, DF. Agosto de 1995. Pág. 14.

En la calidad de la atención intervienen los siguientes factores

- Conocimiento científico
- Oportunidad
- Satisfacción

En el conocimiento científico encontramos la tríada de factores que participan en la atención médica, se completa con la Institución donde se prestan los servicios, la cual a través de la evaluación debe constatar la calidad de la prestación de los mismos, la eficiencia en la utilización de los recursos humanos y la satisfacción de los usuarios.

En la oportunidad se entiende como el otorgamiento de los servicios en el momento en que se requieran y comprenden la accesibilidad, difiriendo para obtener la cita, recibiendo la atención y el tiempo que se tiene que esperar en las instalaciones médicas.

La satisfacción del usuario es el grado de concordancia entre las expectativas del usuario y su apreciación médica.¹⁵ Se refiere a la relación que existe entre las expectativas y las necesidades del paciente sus necesidades con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida, ésta se evalúa mediante las encuestas, investigando, accesibilidad a los servicios, trato personalizado, oportunidad en la atención conforme a lo esperado, trato amable, ambiente confortable, información, orientación suficiente y sus resultados congruentes con los aspectos. Cuando no se logra la satisfacción del usuario con frecuencia se presentan quejas que se traducen a inconformidad e insatisfacción, se investiga si la queja es procedente o no, el personal o área involucrada y los motivos de la queja, se pretenden a través de la evaluación prevenir las causas que le dieron el origen.¹⁶

La oportunidad de la atención se considera a la secuencia de las actividades de calidad de la atención que se relaciona al prestador de los servicios con el

¹³ Sistema Nacional de Evaluación, Manual de Evaluación De la Calidad de la Atención Médica, México 1992.

¹⁶ Martínez, Calidad de la atención, Pág. 7.

usuario con la accesibilidad, a la unidad, el tiempo de espera, así como de los resultados.¹⁷

Una asistencia sanitaria de calidad es la aplicación correcta en la asistencia a los pacientes de los principios esenciales de las ciencias médicas, al mismo tiempo que se equipan para los riesgos inherentes a cada actividad asistencial realizada y los beneficios que se esperan de ella (Donabedian, 1980).¹⁸

La garantía de calidad es el proceso de establecer un grado indicativo de excelencia en relación con las actividades de enfermería y la puesta en práctica de estrategias que garanticen que los pacientes reciben el nivel de cuidados convenido.¹⁹

La eficacia de una actividad de enfermería específica puede determinarse por el grado en que los objetivos previstos se van logrando mediante el cumplimiento de esa actividad.²⁰

La eficiencia de una actividad de enfermería concreta puede determinarse por el cálculo de su rentabilidad financiera, o sea, la relación entre el valor económico de los recursos empleados y el valor económicos de los resultados obtenidos.²¹

El control de la calidad de la atención médica, formulado por DONABEDIAN, en función de los componentes de la asistencia sanitaria que el mismo identifica, analiza LA ESTRUCTURA, EL PROCESO Y EL RESULTADO.

La *Estructura* comprende las características relativamente estables de los proveedores de atención sanitaria, de los instrumentos y recursos que tiene a su alcance y de los lugares físicos de donde trabajan, incluyen también los recursos humanos y financieros, la distribución y calificación profesional, así como el número, tamaño equipos y localización geográfica de los hospitales y de otras clases de centros sanatorios, el origen del financiamiento, la organización formal e

¹⁷ Norma Oficial Mexicana, Secretaría de Salud 1994, Pág. 22.

¹⁸ Gillies, *Gestión de Enfermería Una aproximación a los Sistemas*, Pág. 520.

¹⁹ *Ibid.* . Pág., 520.

²⁰ *Ibid.* . Pág., 521.

²¹ *Ibid.* . Pág., 521.

informal de la prestación de los servicios, el proceso de producción, el sistema retributivo de los profesionales y la organización formal del personal médico y de enfermería.

Proceso son las interacciones entre los profesionales y sus clientes acerca de las cuales se puede emitir un juicio de su bondad, tanto como la observación directa, como mediante el análisis de la información registrada. Contempla también aquello que el paciente hace para cuidarse así mismo: <el mérito> tiempo y esfuerzo dedicado por el individuo a la promoción y mantenimiento de su estado de salud.

Resultado es el cambio, atribuible a la actuación médica, que se produce en el estado actual y futuro de salud del paciente, se incluye en él la mejora de la función social y psicológica. Las nuevas actitudes del paciente, el conocimiento adquirido sobre la salud y la modificación de los hábitos de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el resultado de la atención médica es bueno cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los servicios terapéuticos le conducen al estado de salud óptimo alcanzable para este paciente a la luz de los conocimientos actuales de la ciencia médica y según los factores biológicos del paciente; se sigue con el costo mínimo de recurso y el menor riesgo posible de daño adicional, y deja plenamente satisfecho al paciente con respecto al proceso asistencial, la interacción con el sistema sanitario y los resultados obtenidos²².

Entre los tres componentes de la atención médica **ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO**, **Donabedian, (1980)**, establece una relación funcional: considera que una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y que un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado. Se considera que la única medida directa de la calidad de atención es el análisis de los resultados, aunque en ellos influyan factores anteriores y posteriores que están fuera de control de la atención médica. Donabedian basa la evaluación de

²² Varo J, Op.Cit. Pág. 282

la calidad en el análisis de la estructura el proceso y el resultado. Donabedian propone que los enfoques para evaluar la calidad sean:

1. Estructura, factores de producción y organización.
2. Proceso, contenido, configuración, y punto final del procedimiento.
3. Resultado, punto final del procedimiento e impacto.

3.2. - Atención de enfermería.

Por Atención entiende la acción y facultad de atender, demostrando respeto, cortesía o cariño, aplicando voluntariamente los sentidos y la mente a lo que sucede, se habla o se hace, preocuparse por alguna persona o cosa y cuidar de ella y de sus intereses.²³

La **enfermería** es una profesión asistencial consiste en percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar según el comportamiento de los individuos que requieren cuidados de enfermería, ayuda a los individuos a conseguir, conservar y recuperar la salud. Si esto no es posible, las enfermeras ayudan a los enfermos a morir dignamente.. Los cuidados de enfermería son la realidad elemental, espacial y temporal inmediata en donde la enfermera y el cliente entablan una relación para afrontar los cambios de salud y ajustarse a los cambios de actividad de la vida diaria si la situación requiere ese ajuste. Es un proceso interpersonal de acción, reacción interacción y transacción donde la enfermera y el cliente comparten la información sobre sus impresiones en el ámbito de la enfermería.²⁴

La atención de enfermería; Kozier B²⁵ dice que son todas las intervenciones generales y específicas que se le brinda al individuo sano o enfermo con la finalidad de recuperar o mantener un buen estado de salud, o para un bien morir, por medio de un método racional y sistemático, mediante el cual se valora, diagnostica, planifica, ejecuta, y se evalúan, todas las actividades que realiza el personal de enfermería.

²³ Diccionario kapelusz de la lengua española, Pág. 186.

²⁴ Kozier B. Fundamentos de Enfermería, Concepto, Procesos y Práctica, Pág.53.

²⁵ Ibíd. Pág. 91.

Paciente: Es un todo unificado que tiene integridad y que manifiesta unas características que son más que la suma de sus partes y diferentes de ella; un campo de energía, que sigue un modelo organizado y que intercambia continuamente materia y energía con el campo de energía ambiental, lo que resulta en una remodelación continua. El ser humano tiene la capacidad para la abstracción y la imaginación, el lenguaje y el pensamiento, y la sensación y la emoción.²⁶

3.3.- Anatomía y fisiología de la mama

Desarrollo de la mama; es de origen ectodérmico, cerca de la sexta o séptima semana de vida intrauterina aparece un engrosamiento de 4 a 6 capas de células en la región torácica de la banda galáctica que se extiende desde la axila hasta el pliegue inguinal, a las 8 semanas esta capa se condensa invadiendo el mesenquima subyacente, a las 15 semanas aparecen brotes con 16 a 25 bandas epiteliales que penetran en forma radial en la dermis para transformarse en futuros conductos galactoforos, entre la semana 20 y 26 de vida intrauterina se presentan brotes secundarios y terciarios hasta el noveno mes, existe un incremento de vascularización y de depósito de grasa, por último tiene una proliferación de mesodermo por debajo del pezón, lo que da como resultado su eversión. Durante el nacimiento, las glándulas mamarias de hombres y mujeres se encuentran sin desarrollar y se observan como ligeras elevaciones en el pecho. Con la aparición de la pubertad, se empiezan a desarrollar las mamas femeninas, esto es, cuando el sistema de conductos madura, se presentan depósitos de grasa y la areola y pezón crece y se pigmentan, estos cambios se correlacionan con un aumento en la producción de estrógenos en el ovario. Existe un desarrollo mamario adicional durante la madurez sexual, que se presenta con la aparición de la ovulación y la formación del cuerpo lúteo. Durante la adolescencia, el aumento en las concentraciones de progesterona origina que el alveolo proliferare, crezca y se

²⁶Ibid. , Pág., 55.

vuelva secretor; continuado el depósito de grasa y aumentando el tamaño de las glándulas. Aunque los cambios en el desarrollo de la glándula mamaria se asocian con la secreción de estrógenos y progesterona por los ovarios, la secreción ovárica se controla en realidad mediante la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante, que se secreta en respuesta a la hormona liberadora de gonadotropinas en el hipotálamo.

Estructura de la mama; las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas modificadas (tubuloalveolares ramificadas) y son las encargadas de segregar la leche. Existen en ambos sexos y normalmente son dos, una del lado derecho y una del lado izquierdo, situadas en la parte anterior y superior del tórax, por delante de los músculos pectorales.

Forma volumen y consistencia; la mama en la mujer descansa sobre el tórax, tiene forma semiesférica y presenta en el centro de su convexidad una papila que es el pezón. La mama puede ser cónica o piriforme y aún aplanada, en la múltipara puede adquirir forma más o menos cilíndrica, en general la forma varía con las razas, con la abundancia de grasa, con el estado de salud y con las costumbres de la mujer.

Configuración exterior y relaciones; la mama ocupa la región mamaria, situada en la parte lateral y superior de la pared anterior del tórax. Se considera en ella una cara posterior, una cara anterior y una circunferencia. La cara posterior, más o menos plana esta en relación con el gran pectoral y el gran dentado por intermedio de la fascia superficial y el tejido celular de consistencia variable según las mujeres, que permiten a la mama movimientos de amplitud variable. La cara anterior, convexa en toda su extensión, presenta algunos pelos cerca de su vértice o parte media, donde se encuentra la areola y el pezón. La areola o aureola es una superficie circular situada en la parte más saliente de la mama, de una extensión de dos a tres centímetros de diámetro, de una coloración más oscura que el resto de la mama. En la areola se observan salientes (tubérculos de Morgagni) estos son glándulas sebáceas que levantan el tegumento y están provistas cada una de un pelo de corta dimensión. El pezón es una papila situada en el centro de la areola, de forma cilíndrica o cónica, a veces

semiesférica y aun discoidea, las dimensiones del pezón varían a menudo con el desarrollo de la glándula, pero pueden observarse pequeños pezones en mamas grandes y grandes pezones, en mamas pequeñas, el pezón es más o menos rugoso debido a que los surcos y las papilas se presentan en su superficie, en su vértice se observan de 10 a 20 orificios por donde desembocan los conductos galactóforos.

Constitución anatómica; anatómicamente la glándula está formada por acinos secretores, conductos excretores y tejido conjuntivo intersticial, siendo en total una glándula tuboacinososa. Desde el punto de vista interno cada glándula está formada de 15 a 20 lóbulos o compartimentos separados por tejido adiposo, la cantidad de tejido adiposo determina el tamaño de la mama, sin embargo el tamaño de la mama no tiene relación con la cantidad de leche que se produce, en cada lóbulo hay varios compartimentos más pequeños que se llaman lobulillos, que están formados de tejido conectivo en donde se encuentran las glándulas secretoras de leche que se conocen como alvéolos, estos están dispuestos en forma de racimo de uvas, estos expulsan la leche hacia una serie de túbulos secundarios, desde aquí la leche pasa a los conductos secundarios. Conforme los conductos mamarios se acercan al pezón crecen para formar sinusoides que reciben el nombre de sinusoides galactóforos, en donde se almacena la leche. Los sinusoides continúan como conductos galactóforos que terminan en el pezón. Cada conducto galactóforo conduce la leche desde uno de los lóbulos hasta el exterior, aunque algunos no se pueden unir antes de alcanzar la superficie. Entre la piel y la fascia profunda corren bandas de tejido conectivo que se denominan ligamentos suspensorios de la mama (ligamentos de Cooper) y que sostienen la mama.

Vasos y nervios; la glándula mamaria se haya irrigada por las arterias procedentes de la mamaria interna, de las torácicas y de las intercostales. Antes de llegar a las glándulas, por su cara profunda se anastomosan en el panículo subcutáneo y originan una red superficial, de donde parten ramos cutáneos muy delgados para la piel, y ramas glandulares que caminan por los tabiques interlobulares hasta abordar los lóbulos glandulares; aquí forman las redes

perniciosas, los conductos galactoforos son irrigados por las arterias satelitales, y el pezón recibe ramas de la red superficial, que se anastomosan con la red areolar.

Las venas; que nacen de las redes capilares forman también una red subcutánea que al nivel de la areola; se dispone en forma circular y origina un círculo venoso de Haller. Las redes venosas superficiales se anastomosan por debajo con la red abdominal superficial, y por arriba con la red superficial del cuello y los troncos que nacen de las redes superficial y profunda. Acompañan a las arterias correspondientes y van a desembocar a las venas satelitales de las arterias de origen.

Los ganglios linfáticos; tienen su origen en redes cutáneas, redes glandulares y en los linfáticos de los conductos galactóforos. Las redes cutáneas inician en el pezón y en la areola por una red dérmica constituida por conductos voluminosos que proceden de las glándulas areolares y de las papilas de la dermis. De ella parten conductos eferentes que van a constituir el plexo subareolar en la capa celular. Las redes glandulares se originan en los acinos glandulares y en los espacios interacinosos por sacos linfáticos que se aplican contra los lóbulos. De ellos emanan conductos linfáticos ínter lobulares que se dirigen hacia la areola para comunicarse con la red subareolar. Otros corren hacia la cara profunda de la glándula para formar los *linfáticos submamarios* que caminan sobre la fascia pectoral, la rodean para llegar a la axila, o la perforan para ir a los ganglios subclavios. Los ganglios linfáticos de los conductos galactóforos son satélites y se dirigen hacia la red subareolar. Se anastomosan con los linfáticos glandulares, de donde parten linfáticos externos que se dirigen hacia la axila, bordean el gran pectoral y desembocan en los ganglios anteriores de la axila. Los linfáticos internos caminan hacia la parte interna de los espacios intercostales, a los cuales perforan para desembocar en los ganglios mamarios internos.

Los nervios; de la glándula mamaria proceden de los cinco intercostales correspondientes, del subclavicular y el plexo cervical superficial. Se distribuyen

por la piel y los músculos areolares, así como por los vasos sanguíneos y por la misma glándula.²⁷

La función; esencial de las glándulas mamarias es la secreción y expulsión de leche, lo que se llama lactación. La secreción de la leche se debe en su mayor parte a la hormona prolactina (PRL), con ayuda de la progesterona y los estrógenos. La expulsión de leche se presenta en presencia de oxitocina (OT), que se libera en la glándula hipófisis posterior (neurohipófisis) en respuesta a la succión.²⁸

3.3.1. - Cáncer

La *oncología* (oncos=tumor) es el estudio de los tumores o, más exactamente, el estudio de las neoplasias. *Cáncer es el nombre común para todos los tumores malignos.* La palabra cáncer tiene origen muy antiguo, que depende de comparar al cangrejo con estas masas neoplásicas que se sujetan tercamente; "algunos dicen que se llama así porque se adhieren a cualquier parte de la que hace presa de manera obstinada como un cangrejo."²⁹ Deben aclararse las palabras tumor y cáncer. En realidad, tumor denota sencillamente la tumefacción que es, de hecho, uno de los signos cardinales de la inflamación. Si bien una neoplasia cerca de la superficie de la economía produce una tumefacción tumoral, hablando de manera estricta, no todos los tumores son neoplásicos y puede ser producidos por hemorragia o edema. Sin embargo, la larga historia ha hecho sinónimos tumor y neoplasia, Los calificativos benigno y maligno, según se aplican a neoplasias, tienen deducciones clínicas. La designación benigno significa que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento comparativamente lento, no se diseminará por el cuerpo (no dará metástasis) y es susceptible de extirpación, con cura del paciente. Es rara que una neoplasia benigna cause la muerte, y en este caso es por virtud de su sitio estratégico o su función. Por ejemplo; la neoplasia benigna que obstruye el colédoco o elabora suficiente insulina para causar hipoglucemia

²⁷ Quirós G, *Tratado de anatomía humana*. Pág.

²⁸ Tortora J, *Principios de anatomía y fisiología*. Pág.

²⁹ Robbins, *Patología Estructural y Funcional*, Pág., 106.

mortal pudiera no ser benigna. En cambio, casi todas las neoplasias malignas tienen las potencialidades desagradables de crecimiento rápido, invasión y destrucción de tejidos adyacentes y diseminación en todo el cuerpo, que origina la muerte.³⁰

La mayor parte de los tumores benignos se designan histológicamente agregando el sufijo OMA al tipo celular que forma la neoplasia.

La nomenclatura para los tumores malignos sigue, en esencia, el sistema utilizado para las neoplasias benignas, con algunas agregaciones, de la terminación SARCOMA.

En sentido literal, neoplasia significa "nuevo crecimiento" o "neoformación" y la masa de células que forma el nuevo crecimiento es una neoplasia. Neoformación no define adecuadamente una neoplasia. Willis en 1952 define a la neoplasia, como "Una neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede de los tejidos normales y que no está coordinado con estos mismos, y que persiste en la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio." Considerando que estas masas puede florecer en un paciente que está agotándose, en cierta medida son autónomas. Más adelante se tornara patente que esta autonomía no es completa. Todas las neoplasias dependen en última instancia del huésped en cuanto a nutrición, la respiración y, en realidad el riego sanguíneo; muchas formas de neoplasias necesitan incluso sostén endocrino.

El cáncer es un padecimiento complejo y multifactorial, cuya magnitud y gravedad han sido reveladas por diversos estudios que lo han ubicado, además como uno de los principales problemas de salud en el mundo. En la actualidad en México, las enfermedades crónico degenerativas ocupan el segundo lugar de causa de mortalidad, las enfermedades neoplásicas son las responsables del 12.1% del total de las defunciones que se presentan por año, se ha comprobado que la mayoría de las muertes se presentan en la edad reproductiva, de la misma forma se ha demostrado que las muertes por sexo tienen un 52.2%, siendo las mujeres quienes mueren más en la etapa reproductiva en comparación con los

³⁰ *Ibíd.*, Pág. 106.

hombres, que son estos quienes mueren con una mayor frecuencia en la infancia.³¹ El Registro Histopatológico de Neoplasia en México (RHHM) representa actualmente el más completo registro, y el único de cobertura nacional, de casos comprobados de cáncer en el país y es el punto de partida para numerosos estudios epidemiológicos descriptivos y analíticos. Es importante mencionar que en 1997 en México fueron notificados un total de 87,547 casos nuevos de neoplasias malignas; predominando en el sexo femenino con un 65%, los grupos de edad más afectados fueron el de 75 años o más, que representan un 11.8%. En cuanto el grupo de edad por sexo las mujeres ocuparon el 2° lugar que fue de 45 a 49 años con un 11.6% seguido por el grupo de 40 a 44 años con un 10.7% y el de 50 a 54 años con un 10.2%.

El cáncer de mama es un crecimiento de células anaplásicas caracterizadas por el crecimiento incontrolado de células de la glándula mamaria, que tienden a invadir el tejido circundante y metastatizar a puntos distantes del organismo como resultado de los procesos proliferativos que no responden a los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento.³² Constituyendo un importante problema de salud a nivel internacional, aunque su incidencia y mortalidad varían regionalmente, se considera que el cáncer de mama es una de las neoplasias malignas más comunes en la mujer. El cáncer de mama ocupa el segundo lugar de morbilidad en las mujeres, según estudios topográficos, la región norte del país es la más afectada encontrándose en los estados de Jalisco, Coahuila, Durango, Sonora, Chihuahua. En el sexo femenino se reportó un 15.5% de cáncer de mama, en países como: Japón, México, y Venezuela cuya incidencia es de 2 a 5 casos por cada 100, 000 habitantes, en la mayoría de los países el lento pero constante incremento de la mortalidad por cáncer de mama parece que en parte es debido a un aumento en la esperanza de vida de la población. El cáncer de mama es raro por debajo de los 25 años y aumenta su frecuencia de forma continua con la edad alcanzando su mayor incidencia en las edades avanzadas, el cáncer de mama también puede afectar a los varones pero su incidencia es

³¹ Compendio de Mortalidad y Morbilidad de la Dirección General de Epidemiología/SSA,

³² Diccionario de Medicina, Océano Mosby, pp195.

alrededor del 1% en comparación con las mujeres. En cuanto a entidad federativa, el mayor número de neoplasias malignas fue reportado por el Distrito Federal con un (23.9%).³³ El cáncer de mama es una de las patologías que por su frecuencia impacto social y posibilidades terapéuticas podría ser considerada la entidad más importante en la oncología actual.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo del huésped son las características endógenas que parecen predisponer al huésped a padecer cáncer, la edad, el sexo, y la raza aumenta con cada década de vida. Los factores de riesgo; están bien establecidos y han sido asociados con un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer de la mama: historia familiar, nuliparidad, menarquia prematura, edad avanzada y antecedentes personales de cáncer de mama personales (in situ o invasor), la raza, factores hormonales y reproductivos. Se han identificado numerosos factores que se asocian a un riesgo mayor de adquirir cáncer de mama; estos se agrupan en factores genéticos, familiares, hormonales, dietéticos, ambientales, y enfermedad benigna de la mama, sin embargo a pesar del reconocimiento de estos factores de riesgo, alrededor del 50% de las mujeres que desarrollan cáncer de mama no tienen factores de riesgo identificables, aparte del hecho de ser mujeres y envejecer.³⁴ Ciertos factores son capaces de provocar un cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos, entre éstos se encuentran la herencia, las infecciones, las radiaciones ionizantes, los productos químicos y las alteraciones del sistema inmunológico. Se ha estudiado como estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. Probablemente una serie de mutaciones secuenciales conduce a la malignización de una única célula que se multiplica como un solo clon. En un principio se consideró que un clon maligno

³³ Registro Histopatológico de Neoplasias en México, DGE/SSA 1999, Pág. 15.

³⁴ Devita, Cáncer Principios y Practica de Oncología, Pág.3125.

era completamente anormal, y que la única curación posible era la eliminación de todas las células anormales del organismo. En la actualidad, se sabe que el problema reside en la incapacidad de la célula de diferenciarse en su estado adulto y funcional, quizás por la ausencia de algún factor necesario para esa diferenciación.

Factores hereditarios se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. Genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

Desde hace tiempo se ha reconocido a la historia familiar de cáncer de mama como factor de riesgo, la identificación del gen BRCA-1 que cuando experimenta una mutación se asocia a un riesgo elevadísimo de desarrollo de cáncer de mama. La historia familiar de cáncer de mama es importante. Los familiares en primer grado (p. ej. Madre, hijas y hermanas) de las enfermas con cáncer de mama están sometidos a un riesgo mayor que la población general, el mayor riesgo ocurre en las mujeres cuyas madres tuvieron cáncer de mama bilateral antes de la menopausia, estas mujeres tienen un riesgo 9 veces mayor.

La paridad es un factor de riesgo importante. Las nulíparas son más susceptibles que las mujeres que han tenido hijos, y cuanto mayor sea el número de hijos menor es el riesgo de presentar cáncer de mama. Las mujeres que retrasan su primer embarazo hasta después de los 35 años tienen un mayor riesgo. Las monjas tienen mayor incidencia de cáncer de mama, además el riesgo de una mujer soltera es el doble que el de una mujer casada, y las mujeres no fértiles tienen un mayor riesgo que las fértiles. El inicio precoz de la menstruación y el retraso de la menopausia incrementa el riesgo a padecer cáncer de mama. El riesgo de padecer cáncer en la otra mama en las mujeres que han sido curadas en su primer cáncer es alrededor de 1% por año durante los primeros años, después del diagnóstico de su primer cáncer.

La exposición a radiación, especialmente en mastitis púerperales, incrementa considerablemente el riesgo a padecer cáncer de mama considerablemente. Las mujeres que han sufrido ooforectomía en edad inferior de los 35 años tienen un riesgo bajo de contraer cáncer de mama.

Factores ambientales, se calcula que los factores ambientales son la causa del 80% de los cánceres. La relación causa efecto más demostrada es la del humo del tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer.

Los factores alimentarios, pueden ser responsables de un 40%, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables.

- **La obesidad:** Es un factor de riesgo para algunos cánceres como los de mama, colon, útero y próstata. La obesidad en las personas posmenopáusicas aumenta el riesgo de 2 a 3 veces.
- **El alcohol:** Algunos estudios lo han relacionado con el aumento del riesgo de padecer cáncer de mama, sobre todo en relación con la dosis.
- **Retinol:** Existen evidencias experimentales del efecto del retinol (pro vitamina A), en la inhibición de la carcinogénesis.
- **Vitamina C:** Ha sido uno de los elementos más relacionados como protector en el cáncer de mama (riesgo relativo: 0.69).
- **Selenio:** Es una enzima que protege a las células contra el daño por agentes químicos oxidantes. Algunos estudios han encontrado tasas de selenio en sangre, menores en mujeres con cáncer de mama que en los controles. Otros procesos malignos, son el cáncer de ovario, colorectal y endometrio se asocian con una incidencia más alta de cáncer de mama.

La incidencia de cáncer de mama se incrementa con la edad y es muy raro antes de los 25 años; la frecuencia por edad es la siguiente:

De 25 a 39 años	5%
De 40 a 49 años	19%
De 50 a 59 años	15.6%
De 60 a 69 años	23%

3.3.2. Historia natural y diseminación de la enfermedad

Al igual que en otros pocos tumores como en el de tiroides, la historia natural del cáncer de mama es normalmente muy larga, se ha calculado que comenzado por una sola célula maligna, la masa tumoral crece por sucesivos doblamientos, necesitando de siete a ocho años y treinta doblamientos para alcanzar la esfera de un centímetro de diámetro. El cáncer de mama se disemina por vía linfática, por vía sanguínea y por extensión directa. Los ganglios linfáticos pueden actuar como el filtro más importante para las células que han escapado del tumor primario. Una vez que pasan el filtro ganglionar, las células tumorales invaden los ganglios supraclaviculares y posteriormente entran en la circulación venosa. Además de metastatizar hacia la axila las células tumorales pueden diseminar a los ganglios de la mama interna habitualmente en el segundo y tercer espacio intercostal, en especial desde los tumores de los cuadrantes internos y áreas subareolares. De aquí, pueden diseminar a los ganglios mediastínicos. La diseminación hematógena, que es frecuente, tiene una preferencia por ciertos órganos o sistemas: hueso, pulmón, hígado y cerebro. Para explicar la frecuente diseminación en el esqueleto (sobre todo en vértebras y pelvis) en ausencia de metástasis pulmonares, se ha sugerido que las células tumorales pueden diseminarse por vía del plexo venoso paravertebral, que tiene una conexión directa con la mama a través de los vasos intercostales. Las metástasis de un carcinoma de mama en el esqueleto puede causar lesiones osteolíticas, osteoblásticas o lesiones mixtas líticoblásticas. Algunas veces la diseminación ocurre por permeación de los canalículos linfáticos que se prolongan más allá del

tejido mamario: La afectación de los linfáticos cutáneos lleva a la invasión extensiva de la pared torácica y subsecuente a la pleura y los pulmones. Desde hace tiempo se conoce que el cáncer de mama esta diseminado fuera del área locorregional en el momento del diagnostico, aunque tal diseminación no sea detectable, este hecho es la base en la que se fundamenta la indicación de quimioterapia adyuvante. El grado de riesgo a que exista diseminación microscópica a distancia puede estimarse por varios factores, como el tamaño del tumor, el número de ganglios axilares afectados y otras características biológicas.

Por lo general el cáncer de mama es:

- a) En el lado izquierdo.
- b) En los cuadrantes externos.
- c) En mujeres sin hijos.
- d) Mujeres que no han amamantado.
- e) Bilateral.
- f) Sucesivo en el 4% o más de los casos.

La mayor parte de los cánceres se presentan en el cuadrante superior externo (51%). El siguiente sitio más frecuente es el cuadrante superior interno (cerca del 15%), seguido por el cuadrante inferior externo (cerca del 11%) y el cuadrante inferior interno (cerca del 5%)³⁵ La relación hombre mujer es de 1 a 100.

³⁵ Barber, Manual de Oncología Ginecológica, Pág.339.

3.3.3.- Métodos de diagnóstico

1.- Historia clínica

2.- Exploración física incluyendo examen de orofaringe

Componentes de la evaluación clínica del cáncer de mama mediante exploración física

MASA EN LA MAMA

Tamaño (medio)

Localización (posición según las manecillas del reloj y la distancia de la areola)

Consistencia

Fijación a la piel, al músculo pectoral, a la pared del tórax

CAMBIOS DE LA PIEL

Eritema

Edema

Umbilicación

Nódulos satélites

Ulceración

CAMBIOS DEL PEZÓN

Retracción

Cambios de color

Erosión

Secreción: color, localización

GANGLIOS

Axilares: Tamaño, número, fijación

Supraclaviculares

Infraclaviculares³⁶

3.- Papanicolau.

4.- Estudio radiológico: Radiología convencional, ecografía tomografía axial computarizada. Angiografía y linfagografía, medicina nuclear, resonancia magnética.

5.- Pruebas de laboratorio: Estudio hematológico completo, pruebas químicas de función de órganos internos como pruebas de funcionamiento hepáticas, marcadores tumorales.

6.- Estudio anatomopatológico del tejido.

7.- Citogenética y genética molecular.

³⁶ Devita, Cáncer Principios y Practica de Oncología, Pág. 1568.

En algunas sociedades, gracias a la educación sanitaria y a los programas de screening, los médicos encuentran hoy un mayor número de tumores pequeños, en algunas ocasiones de un tamaño menor de 5mm.

Las técnicas para la detección del cáncer de mama son:

1. Autoexamen de mama.
2. Examen físico
3. Mamografías

4.3.4. -Diagnostico diferencial

El diagnóstico diferencial de una tumefacción mamaria es el problema clínico más importante en relación con este órgano. Se presenta con mucha frecuencia en clínica, y también muy a menudo se maneja inadecuadamente. La regla general aceptada por casi todos los autores es que las áreas sospechosas en la glándula mamaria deben considerarse como cáncer mientras no se demuestre lo contrario. Por ello, la opinión se inclinaría por la investigación inmediata valiéndose de biopsia en todas estas lesiones. Si bien esta actitud alarmista puede originar cierto número de intervenciones quirúrgicas "innecesarias", a la larga el beneficio máximo será para las pacientes. Aunque se acepten las dificultades que entraña el diagnóstico clínico diferencial de las tumefacciones mamarias, conviene considerar las distintas lesiones que pueden presentarse según las diversas edades. Esta consideración brinda una base para el enfoque clínico del problema y ayuda a hacer el diagnóstico preoperatorio exacto.

3.3.5. -CLASIFICACIÓN EN LOS ESTADIOS DE CÁNCER DE MAMA (AJCC, 1992)

DEFINICIONES DEL TNM

TUMOR PRIMARIO

TX	No se puede valorar el tumor primario
T0	Ausencia de indicios de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ: carcinoma intraductal, carcinoma lobulillar in situ o enfermedad de paget del pezón sin tumor
T1	Tumor de 2 cm o menos en su mayor dimensión
T1a	0,5 cm o menos
T1b	Más de 0,5 cm pero con un máximo de 1 cm en su mayor dimensión
T1c	Más de 1 cm, pero con un máximo de 2 cm en su mayor dimensión
T2	Tumor mayor de 2 cm pero no superior a 5 cm en su mayor dimensión
T3	Tumor mayor de 5 cm en su mayor dimensión
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared del tórax o piel
T4a	Extensión a la pared del tórax
T4b	Edema (incluida la piel de naranja), ulceración de la piel de la mama o nódulos cutáneos satélites limitados a la misma mama
T4c	Ambos (T4a y T4b)
T4d	Carcinoma inflamatorio

AFECTACIÓN GANGLIONAR REGIONAL

Clínica

Nx	No es posible valorar los ganglios linfáticos regionales (p.ej. extirpados anteriormente)
N0	Ausencia de metástasis ganglionares regionales
N1	Metástasis a ganglios axilares ipsilaterales desplazables
N2	Metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsilaterales fijados entre ellos a otras estructuras
N3	Metástasis a ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales

ANATOMOPATOLOGÍA

pNx	No hay posibilidad de valorar las metástasis a los ganglios linfáticos regionales
pN0	Ausencia de metástasis a ganglios linfáticos regionales
pN1	Metástasis a ganglios axilares ipsilaterales desplazables
pN1a	Solo micrometástasis (ninguna de más de 0,2 cm)
pN1b	Metástasis a ganglios linfáticos, alguna de más de 0,2 cm
pN1bi	Metástasis en uno de los tres ganglios linfáticos, algunos de más de 0,2 cm en su mayor dimensión
pN1bii	Metástasis en cuatro o más ganglios linfáticos, alguno de más de 0,2 cm y todos menores de 2 cm en su mayor dimensión
pN1biii	Extensión del tumor más allá de la cápsula de una metástasis ganglionar inferior a 2 cm en su mayor dimensión
pN1biv	Metástasis a algún ganglio linfático de 2 cm o más en su mayor dimensión
pN2	Metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsilaterales fijados unos a otros o a otras estructuras
pN3	Metástasis a ganglios linfáticos mamarios ipsilaterales

METÁSTASIS A DISTANCIA

Mx	No se puede valorar la metástasis a distancia
M0	Ausencia de metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia (incluyendo metástasis a ganglios supraclaviculares ipsilaterales)

AGRUPAMIENTO EN ESTADIOS

Estadio 0	Tis, N0, M0
Estadio I	T1, N0, M0
Estadio IIA	T0, N1, M0
	T1, N1, M0
	T2, N0, M0
Estadio IIB	T2, N1, M0
	T3, N0, M0
Estadio IIIA	T0, N2, M0
	T1, N2, M0
	T2, N2, M0
	T3, N1, M0
	T3, N2, M0
Estadio IIIB	T4, cualquier N, M0
	Cualquier T, N3, M0
Estadio IV	Cualquier T, cualquier N, M1 ³⁷

³⁷ Devita Jr. *Cáncer principios y practica de oncología*. Pág 1570

4.3.6. -Tratamiento

El tratamiento deberá ser planificado de acuerdo con el estadio de la enfermedad: habitualmente se utilizan combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.

Terapia primaria

Tratamiento locoregional: El cáncer de mama en etapas I, II, III, suele exigir un tratamiento multimodal, después de que se ha confirmado la presencia de la malignidad y se ha determinado la histología, deben explicarse las opciones de tratamiento a la paciente antes de recomendar un procedimiento terapéutico definitivo. Las opciones quirúrgicas para tratar el tumor primario incluye la cirugía preservadora del seno más radioterapia, la mastectomía con reconstrucción y la mastectomía sola, se debe efectuar una disección de ganglio linfático axilar para fines de clasificación. La presencia de enfermedad multifocal en el seno o antecedentes de la enfermedad vascular colagénica son contraindicaciones relativas a la terapia preservadora del seno. Todos los tipos histológicos de cáncer invasor del seno pueden tratarse bien con cirugía preservadora más radioterapia, la tasa de recurrencia local en el seno es baja y varía ligeramente según la técnica quirúrgica usada (tílectomía, cuadrantectomía, mastectomía segmental y otras).

Cirugía: La piedra angular para la curación del cáncer de mama operable es la cirugía, que debe ser lo suficientemente cuidadosa y adecuada para que se den las mínimas posibilidades de una recurrencia local, cercanas al 0% en estadios I, y menos del 5-6% en estadios II. La mastectomía radical de tipo Halsted era la cirugía estándar hace años, en la actualidad esta indicada sólo en tumores adheridos al músculo pectoral o para tumores localmente avanzados. Las mastectomías extendidas no están indicadas por que estas operaciones no han demostrado una ventaja significativa en el control local, en la diseminación a distancia o en la supervivencia a largo plazo. Actualmente, la cirugía estándar para el cáncer de mama operable (p.ej; estadios I, II), es la denominada

mastectomía radical modificada, consiste en una mastectomía total con una disección axilar en continuidad preservando al menos el músculo pectoral mayor. Independientemente de que se haga una mastectomía o se lleve a cabo una cirugía limitada, la disección axilar es el tratamiento quirúrgico estándar por razones de diagnóstico, pronóstico y terapéuticas. Para las pacientes que optan por una mastectomía total, se puede usar la cirugía reconstructiva. Se puede hacer al momento de la cirugía (reconstrucción inmediata) o algún tiempo después (reconstrucción retardada) el control del seno puede restaurarse ya sea por la inserción submuscular de un implante artificial (lleno de solución salina) o por un injerto del músculo recto u otro colgajo, para el implante salino, se puede insertar un expansor de tejido por debajo del músculo pectoral. Se inyecta una solución salina en el expansor para estirar los tejidos durante un periodo de semanas o meses hasta que se obtenga el volumen deseado. El expansor de tejido se reemplaza entonces por un implante permanente. Aunque no existe prueba firme de que un implante de silicona provoque cáncer o enfermedad auto inmunitaria, los implantes de silicón solo se pueden hacer a través de ensayos clínicos restringidos y aprobados por la administración de alimentos y fármacos (FDA).

Prótesis y cirugía reconstructiva: Hay una amplia variedad de prótesis especiales que son satisfactorias para la mayoría de las mujeres. Sin embargo, muchas mujeres (especialmente jóvenes) solicitan reconstrucción quirúrgica. Si hay enfermedad limitada, los implantes pueden ser colocadas en el momento de la mastectomía, pero la mayoría de los cirujanos prefieren esperar unos meses por si apareciesen recurrencias locales, puede ser necesaria la movilización de colgajos músculo cutáneo, si la piel sobre la zona de mastectomía esta tirante.

Linfedema: Es el trastorno primario o secundario caracterizado por él acumuló de linfa en los tejidos blandos, con hinchazón de los mismos. Se debe a la inflamación, obstrucción o extirpación de los canales linfáticos. El linfaedema secundario puede aparecer tras la extirpación quirúrgica de los conductos linfáticos en una mastectomía, la obstrucción del drenaje linfático por un tumor maligno o la infestación de los vasos linfáticos en la filariasis.

RADIOTERAPIA

El empleo de las radiaciones ionizantes en la terapéutica médica se inicia pocos años después del descubrimiento por Roentgen en 1895 de los rayos X y del radio por M. Curie en 1896.³⁸No obstante, el campo en el que las radiaciones ya demostraron de forma temprana una alta efectividad fue en el de las neoplasias malignas (cáncer). También en estos años iniciales el desconocimiento del riesgo de la exposición a dosis crónicas de radiación considerables y la falta lógica de medidas de protección causaron numerosos fallecimientos entre los pioneros de la radiología y la radioterapia.³⁹El desarrollo de máquinas productoras de haces de radiación de alta energía y poder de penetración (bombas de cobalto, betatrones y aceleradores lineales de partículas con protección adecuada de la piel y estructuras superficiales, ha significado un avance extraordinario, de forma simultánea la introducción de nuevas técnicas de isótopos (cesio-137, iridio 192) en braquiterapia ha permitido una actitud mucho más conservadora, teniendo un control locoregional logrando sustituir las mastectomías, amputaciones de extremidades, exéresis demoledoras cervicofaciales por intervenciones menos agresivas gracias a la asociación de la radioterapia. La radioterapia es el uso de radiación ionizante, que se emplea en el tratamiento de las dos terceras partes de todas las neoplasias malignas. Las radiaciones ionizantes son ondas electromagnéticas generadas por radioisótopos (cobalto y cesio), y en dispositivos electromecánicos (acelerador lineal y Betatrón).

BASES FÍSICAS Y RADIOBIOLÓGICAS

La radioterapia (RTP) se basa en el empleo de las radiaciones ionizantes y su interacción con la materia viva, por su naturaleza distinguimos dos tipos principales: *corpúsculares* (electrones, protones, neutrones, piones, etc.) y *electromagnéticas* (rayos X y gamma), estas radiaciones son producidas por generadores que aceleran las partículas (generalmente electrones) a altísimas velocidades mediante campos electromagnéticos de alta frecuencia. La dosis de radiación absorbida en el tejido se mide mediante una unidad que se denomina

³⁸ Estepe, Enfermería y Cáncer, Pág. 87.

³⁹ Ibíd., Pág. 87.

rad, abreviatura de radiación *radiation absorbed dose*, descrita en 1953. Decimos que un volumen ha recibido una dosis de 1 rad cuando el total de energía absorbido a sido de 100 erg/g. Actualmente con el cambio del Sistema Radiológico al Sistema Internacional, la unidad empleada es el **gray**, cuya equivalencia es de 100, o sea 1 Gy = 100rad. La energía de la radiación se mide en *electrón-volts (eV)*.⁴⁰La interacción de la radiación con la materia viva produce ionizaciones en átomos y formación de radicales libres, que se caracterizan por su alta reactividad química. Estos efectos tienen como consecuencia la rotura de moléculas biológicas importantes, como puede ser el DNA o el RNA. Algunos daños producidos en el DNA son reparables (daño subletal) pero otros, como las roturas dobles parecen ser definitivos. La consecuencia última de estos efectos a nivel molecular, mal conocidos todavía, es la muerte de la célula o la pérdida de la capacidad de entrar en mitosis. No todas las células responden igual ante una misma dosis de radiación. Algunas son dañadas irreversiblemente con dosis bajas, otras, en cambio, sobreviven a dosis muy superiores. Por lo tanto existe una *radiosensibilidad* intrínseca que es propia y característica de cada estirpe celular. Diversos factores extrínsecos pueden modificar dicha radiosensibilidad. El fraccionamiento favorece la reparación del daño producido en los tejidos sanos peritumorales. Los tumores pueden clasificarse en radiosensibles, de sensibilidad moderada y radiorresistentes. Los primeros son destruidos con dosis inferiores a 50 Gy, los segundos ya precisan dosis mas elevadas, de 60 a70 Gy y los últimos son difícilmente controlados por la radioterapia (melanomas, sarcomas, etc.) Los tratamientos con radioterapia no deben realizarse con fraccionamiento excesivamente prolongados en el tiempo ya que se favorece la repoblación tumoral.⁴¹

MODALIDADES DEL TRATAMIENTO

La radioterapia puede administrarse en forma de irradiación externa o braquiterapia. La primera se realiza a distancia y el organismo se expone a un haz de radiación producido por una generador. En la braquiterapia, la fuente de

⁴⁰ Estape, *Enfermería y Cáncer*, Pág. 89.

⁴¹ Estape, *Enfermería y Cáncer*, Pág. 91.

radiación se halla en el intersticio del tumor (radioterapia intersticial) o en cavidades naturales en su proximidad (radioterapia endocavitaria). Por ejemplo los cánceres de labio, lengua, o cuello uterino. La braquiterapia no se realiza mediante fracciones, como la irradiación externa, sino que las fuentes radioactivas (iridio 192, cesio 137, etc.) permanecen implantadas durante un cierto número de horas (48-96 h) pasadas las cuales se retiran.

Modalidades de la radioterapia:

- Radioterapia externa
 - Superficial
 - Alta energía
- Braquiterapia: intersticial/endocavitaria
- Radioterapia metabólica y radioinmunoterapia
- Radioterapia intracavitaria (peritoneal, pleural)

SEGÚN SU FINALIDAD SE CLASIFICA EN:

- Radical o Curativa
- Complementaria a cirugía y / o quimioterapia
- Paliativa

Objetivo

- Disminuir la capacidad de proliferación de células malignas tanto local como regionalmente

FINES DE LA RADIOTERAPIA (RTP)

La radioterapia como tratamiento, tiene los siguientes propósitos:

- A. **PROFILÁCTICA:** Consiste en la radiación de zonas macroscópicas de zonas no invadidas por el tumor, pero que se consideran afectadas por lesiones ocultas. Ha de practicarse con criterio de radicalidad la dosis puede reducirse considerándose el volumen de las metástasis, por ejemplo, radioterapia de las cadenas linfáticas, vaso y encéfalo. En ausencia de lesiones clínicamente evidentemente en los linfomas malignos, Radioterapia de mama posteriormente a intervenciones tipo conservador (cuadrantectomía).

B. CURATIVA: Se utiliza, en forma única o combinada o quimioterapia y cirugía

C. ÚNICA: Se emplea en lesiones radiocurables (carcinoma de piel, laringe, cuello de útero, etc.).

D. COMBINADA:

- Cirugía + Quimioterapia.

E. PREOPERATORIA: En lesiones infiltrantes o que toman varias estructuras cuando hay adenopatías con extirpe histológico sarcomatoso o adenomatoso.

Contraindicación de la radiación preoperatoria:

- Dificulta la cicatrización
- Es un retraso a la cirugía curativa
- Al disminuir el volumen tumoral tiende a que la Cirugía sea más conservadora y no se emplea a veces el margen de seguridad necesario

F. POSTOPERATORIA: Depende de dos factores

- Hallazgos operatorios
- Hallazgos anatomopatológicos

Se emplea por lo tanto en:

- Indiferenciados
- Con gran diseminación linfática (melanomas)
- De estirpe glandular (glándulas salivales)

El resurgimiento actual de la braquiterapia (radioterapia intersticial y endocavitaria) se ha debido, a una serie de hechos como lo son: a) nuevas fuentes de radiación óptimas: iridio-192, cesio-137, yodo-125; b) fuentes adaptables a la morfología y dimensiones del tumor; c) versatilidad técnica: horquillas, vástagos, hilos plásticos, agujas de bola de teflón, moldes, etc.; d) técnica de carga diferenciada y adecuada de radioprotección, y e) dosimetría fiable y precisa.

La braquiterapia es la terapia que más frecuentemente se usa en los tumores pequeños como son: tumores de mama, lengua, amígdala, labio, suelo de boca, piel, útero, vagina, sarcomas de partes blandas, etc.

La radioterapia postoperatoria en la pared torácica y ganglios linfáticos regionales no han logrado alterar la supervivencia a largo plazo, aunque disminuye la recurrencia local. La radioterapia postoperatoria de rutina ha sido suplantada por quimioterapia adyuvante en pacientes con riesgo de recidivancia. La radioterapia postoperatoria es esencial como complemento a una cirugía limitada para tumores pequeños. Por otra parte, cuando el examen histológico tras la cirugía muestra que es tan extensa que la recurrencia local es probable que ocurra, esta indicada la radioterapia en las siguientes modalidades:

- a) Tratamiento conservador: En estadios iniciales: Cirugía limitada (tumorectomía) seguida de irradiación externa sobre la mama o mamas y áreas ganglionares. Braquiterapia con iridio-192 en el lecho tumoral en los casos de mayor riesgo.
- b) Radioterapia posmastectomía: En los casos de riesgo de recidiva local o ganglionar (ganglios axilares positivos, tumores de más de 5cm, etc.
- c) Radioterapia preoperatoria o radical: En el cáncer localmente avanzado.
- d) Radioterapia como tratamiento en las recidivas locoregionales posmastectomía.
- e) Castración radioterápica como maniobra hormonal ovariosupresiva.

La radioterapia (como parte de la terapia local para la preservación del seno) consiste en radiación postoperatoria de haz externo a todo el seno con dosis de 45 Gy a 50 Gy. Se suele administrar un refuerzo al lecho del tumor.

RADIOTERAPIA ADYUVANTE

Se administra radioterapia adyuvante a la pared torácica y a los ganglios linfáticos regionales a aquellas mujeres que se piensa que corren alto riesgo de desarrollar recurrencia locoregional después de la mastectomía. La radioterapia puede disminuir la recurrencia local regional en este grupo aun en aquellas pacientes que reciben quimioterapia adyuvante.

EFFECTOS TOXICOS TARDIOS DE LA RADIOTERAPIA ADYUVANTE

Los efectos tardíos de la radioterapia, aunque poco comunes, pueden comprender neumonitis de radiación, eventos cardíacos, edema del brazo, plexopatía braquial y riesgo de malignidades secundarias, estas se pueden

minimizar con la técnica imperante utilizada para administrar la radiación y con una cuidadosa delimitación del volumen que será irradiado.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Consiste en el cuidado que debe de tener el personal ocupacionalmente expuesto para protegerse contra los riesgos que implican el trabajar con radiación ionizante.

PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Tiempo: Se refiere al tratamiento que permanece el individuo en el campo de radiación, a mayor tiempo de permanencia en el campo de radiación, mayor es la exposición y la dosis recibida, a menor tiempo de permanencia en el campo de radiación, menor es la exposición y la dosis recibida. Se recomienda hacer lo más rápido posible el trabajo, sin que este se haga de mala calidad o descuido.

Distancia: Se refiere a la distancia que debe de haber de por medio entre el individuo y la fuente radioactiva. Se sabe que la intensidad de un campo de radiación decrece al aumentar la distancia de la fuente. Para protegerse de la radiación hay que alejarse de la fuente, pues con solo aumentar la distancia al doble, se disminuye la dosis en una cuarta parte.

Blindaje: Consiste en interponer entre la fuente de radiación y el individuo un material con ciertas características (plomo), con el propósito de atenuar la radiación, para determinar el blindaje apropiado, se debe de considerar el peso del blindaje, espacio disponible, costo, toxicidad del material y la seguridad personal, en este caso se puede utilizar la mampara, que es un aparato fabricado con material de plomo, con un grosor aproximado de 5 a 10 cm. Para proteger los órganos pélvicos del individuo que las utilice.

LAS RECOMENDACIONES QUE DEBE APLICAR EL PERSONAL SON:

- Las exposiciones innecesarias deben evitarse.
- Las exposiciones necesarias deben aportar beneficios que de otro modo no se habrían recibido.
- Las dosis administradas efectivamente deben limitarse a la mínima cantidad que ofrezca beneficio médico al paciente.

APLICACIÓN CLINICA

Terapia Externa: La radiación externa, también llamada haz externo o **teleterapia**, implica el tratamiento con una fuente exterior al organismo. Los pacientes seleccionados para esta modalidad primero son sometidos a un proceso de planeamiento en el que las zonas de tratamiento se identifican, se demarcan cuidadosamente y se desarrollan planes de tratamiento específicos. En este momento, el paciente puede sufrir un proceso de simulación y se marca con un marcador temporario o con tatuajes permanentes (constituidos por puntos diminutos). Las zonas anatómicas que pueden ser protegidas o bloqueadas del haz de radiación también pueden identificarse en otro momento. Se construyen entonces bloqueos de plomo de modo que el haz llegue sólo a las estructuras corporales específicas. El tratamiento puede ser administrado por el acelerador lineal o por una variable de otras máquinas que contienen varios tipos de isótopos (fuentes radioactivas). El tipo de máquina y el isótopo usado depende del tipo de tumor, el estadio de la enfermedad, los aceleradores lineales se usan ahora para la mayoría de los tumores porque pasan a través de la superficie externa de la piel y son capaces de penetrar profundamente en el organismo. La dosificación terapéutica se expresa en unidades llamadas Grays (también llamadas Rads) que se refiere a la dosis de radiación absorbida por el tejido, un Gray es equivalente a la absorción de 1 joule/Kg. La radiación se administra en dosis fraccionadas, lo cual significa que se dan pequeñas dosis durante un periodo prolongado. El fraccionamiento permite la destrucción óptima de la célula cancerosa y así las células normales se recuperan entre los tratamientos y los efectos colaterales son tolerables. Sin embargo, las células tumorales no pueden recuperarse y así cada tratamiento tiene un efecto acumulativo sobre el cáncer.

Terapia Interna: La terapia por radiación interna o **braquiterapia** es el uso de materiales radioactivos de alta energía localizados en el organismo o directamente sobre él para tratar la enfermedad. Se emplean tres tipos: **intracavitaria**, **intersticial** y **metabolizante**. Los implantes intracavitarios implican una inserción de una fuente radioactiva en una cavidad corporal. Muchos cánceres ginecológicos se tratan de esta forma. La inserción de una fuente radiactiva

directamente en el tejido por medio de semillas, agujas o cápsulas se llama **terapia intersticial**. Las lesiones de cabeza y cuello y los tumores intraabdominales e intratorácicos pueden responder a esta modalidad de tratamiento. La **terapia metabolizable** se refiere a ingestión, incluye la ingestión oral de yodo-131 para el cáncer de tiroides, inyección intravenosa de fósforo-32 intrapleurales para el mesotelioma.

QUIMIOTERAPIA CITOTÓXICA

La quimioterapia es la utilización de diversos fármacos o drogas que interfieren con el ciclo celular, originando la destrucción de las células malignas por diversos mecanismos de acción, la quimioterapia es una arma esencial para curar y paliar muchas enfermedades, es una alternativa de administración sistémica en la que las células sanas también se ven afectadas, desencadenando efectos tóxicos. Tanto la cirugía como la terapia con radiación representan métodos de tratamiento para la enfermedad local o regional. Sin embargo, Rosenberg señala que cuando los pacientes con tumores sólidos son recibidos por primera vez por los médicos, alrededor de 70% ya tiene micrometástasis más allá del sitio primario. Así se hace necesaria una aproximación más sistémica para efectuar una cura verdadera en muchos casos. Además, algunas neoplasias como la leucemia y el linfoma, que por naturaleza son cánceres diseminados, que requieren un tratamiento sistémico.

EFFECTOS CELULARES

La quimioterapia basa su acción sobre la ruptura del ciclo de vida celular. El agente quimioterapéutico es de naturaleza **citotóxica**, o sea, discapacita a la célula, lo cual da como resultado la muerte celular. La mayor parte de los agentes actúan modificando la síntesis de DNA o bien interfiriendo con ella. Típicamente, las células que son más vulnerables a la quimioterapia son aquellas que están dividiéndose en forma activa o preparándose para dividirse. Como resultado de ello, tanto las células malignas como las normales que se están dividiendo con mayor rapidez son las más afectadas por la quimioterapia. Los agentes pueden clasificarse de acuerdo con dos factores: 1) los mecanismos específicos por los

cuales se rompen las funciones bioquímicas celulares y 2) el punto en el ciclo de vida celular donde ejercen sus efectos. Algunos fármacos son más citotóxicos durante una fase específica del ciclo; éstos se llaman fármacos **específicos del ciclo celular**. Estos agentes son más efectivos en las neoplasias con un gran número de células en división activa. En general se administran durante un periodo prolongado para permitir que las células alcancen la fase en la cual actúa la droga. Los fármacos que discapacitan a las células en reposo o a las células en división se llaman agentes **no específicos del ciclo celular**. Estos fármacos dañan la célula en cierto momento del ciclo: sin embargo, la muerte de la célula no ocurre hasta que está intenta dividirse. Los fármacos no específicos del ciclo celular tienden a ser más dependientes de las dosis. El ciclo celular se compone de cinco fases de crecimiento y desarrollo en todas las células, tanto normales como neoplásicas.

G0- Fase de reposo todas las actividades celulares continúan excepto la reproductiva.

G1- Fase de síntesis de RNA y proteínas.

S - Fase de síntesis de DNA.

G2- Fase de síntesis de RNA y proteínas.

M - Fase de mitosis, división celular.

EFICACIA DE AGENTES QUIMIOTERAPEUTICOS DE ACUERDO A FASES DEL CICLO CELULAR			
FASE	AGENTES		
G1	AGENTES ALQUILANTES ACTINOMICINA D ASPARGINASA		
S	METOTREXATE ARABINOSIDO DE CITOSINA 6-TIOGUANINA	HIDROXIUREA CISPLATINO PROCARBAZINA	ADRIAMICINA MITOCINA
G2	BLEOMICINA		
M	ALCALOIDES DE LA VINCA		

CLASIFICACIÓN FARMACOLÓGICA

Aunque las drogas quimioterapéuticas, pueden ser subdivididas de acuerdo con la especificidad del ciclo, con más frecuencia se clasifican de acuerdo con su acción antineoplásica. En la actualidad existen cinco categorías principales junto con una sexta categoría "miscelánea" para los agentes que no se adecuan a las cinco.⁴²

- ALQUILANTES
- LOS ANTIBIOTICOS
- LOS ANTIMETABOLITOS
- LOS ALCALOIDES DE LA VINCA O INHIBIDORES MITOTICOS
- LOS AGENTES HORMONALES
- LOS MISCELÁNEOS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Como ocurre con la cirugía y la radiación, la quimioterapia puede ser usada para curar, controlar o paliar la enfermedad. Con frecuencia se usa como adjunto de la cirugía y la radiación para erradicar las micrometástasis potenciales. Ocasionalmente, el tamaño de los tumores reduce con la quimioterapia y lo hace más susceptible de remodelación quirúrgica. La quimioterapia puede estar indicada para controlar la enfermedad una vez que se vuelve irreal la posibilidad de cura. La capacidad de prolongar la vida durante años después del diagnóstico hoy día es una realidad. La paliación del tumor inducida por una quimioterapia.

QUIMIOTERAPIA DE COMBINACIÓN

En el pasado, las drogas se administraban como agentes únicos, lo cual daban como resultado las respuestas deficientes. La mayoría de tumores responden mejor cuando se tratan con una combinación de drogas. Típicamente, los tratamientos de combinación se desarrollan con los siguientes principios en mente:

- Se seleccionarán drogas que se sabe que son parcialmente afectivas cuando se usan solas.

⁴² Myers, Enfermería y Practica, Pág. 278.

- Las drogas con efectos tóxicos distintos se seleccionan para disminuir un efecto letal potencial que podría dar como resultado agresiones múltiples a un órgano.
- Se usan las dosificaciones y los patrones de administración óptimos.
- Las combinaciones de drogas se dan en forma tan conveniente y frecuente como sea posible mientras se permite que el tejido normal se recupere entre los ciclos.
 - Desde el punto de vista clínico, la asociación de varios fármacos antineoplásicos persigue como objetivo:
 - Aumentar el sinergismo terapéutico, aprovechando sus distintos mecanismos de acción, con la consiguiente potenciación de la actividad curativa.
 - Retrasar la aparición de los fenómenos de resistencia celular.
 - Aumentar la tolerancia del paciente a la acción tóxica de los fármacos empleados.

QUIMIOTERAPIA CITOTÓXICA

Las pacientes cuyos tumores han progresado mientras reciben hormonoterapia deben recibir quimioterapia citotóxica. Las que tienen tumores con receptores hormonales negativos y aquellas con metástasis viscerales también deben recibir agentes citotóxicos. Muchos agentes han demostrado actividad en el cáncer metastático de la mama como lo son:

Antraciclínas	Taxanos	Agentes alquilantes	Antimetabolitos	Alcaloides Vinca	Platino	Otros
Doxorrubicina	Paclitaxel	Ciclofosfamida	Antimetabolitos	Vinorelbina	Carboplatino	Gemcitabina
Epirubicina	Docetaxel	Fluoropirimidinas	Methotrexato	Vinblastina	Cisplatino	Mitomicina C
Doxorrubicina liposomal		Capecitabina		Vincristina		
Mitoxantrona		5Fluoracilo				

Terapias empleadas generalmente en regímenes combinados:

CA: Ciclofosfamida y Doxorubicina

AT: Docetaxel y Doxorubicina

CAF: Ciclofosfamida, Doxorubicina, 5 Fluoracilo

CMF: Ciclofosfamida, Metotrexato, 5 Fluoracilo⁴³

FACTORES PSICOLÓGICOS: Algunas mujeres están muy preocupadas con aspectos psicológicos y psicosexuales y necesitan no sólo reconstrucción sino otro tipo de soporte psicológico, otras mujeres están más preocupadas por el miedo al cáncer y a la posible recurrencia, algunas mujeres piden una cirugía mínima para salvar la mama, otras quieren cualquier cosa que sea necesaria para curar.

SEGUIMIENTO: Los exámenes periódicos, incluyendo mamografías, son esenciales para el diagnóstico temprano de 15 a 20% de enfermas que eventualmente desarrollan cáncer en la otra mama. En algunas enfermas que han sido tratadas con cirugía conservadora (tumorectomía) las recurrencias locales pueden ser tratables con cirugía curativa, y estas enfermas deben seguirse con especial cuidado.

TRATAMIENTO ADYUVANTE SISTÉMICO: La observación de que más de la mitad de las enfermas con cáncer de mama aparentemente localizado y operable mueren por enfermedad a distancia, constituye la base racional para la indicación de tratamiento sistémico adicional (adyuvante) tras mastectomía, el

⁴³ <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/100013.html>.

propósito es erradicar las micrometástasis que al parecer están presentes en apariencia en el momento del diagnóstico. Con la intención de destruir las micrometástasis subclínicas se han estudiado desde hace tres décadas el tratamiento hormonal y la quimioterapia. La ovariectomía demostró un retraso en la tasa de recurrencia, pero no pudo demostrarse un aumento significativo de la supervivencia a largo plazo. La quimioterapia a corto plazo con thiotepa o ciclofosfamida fue superior a la ovariectomía. En pacientes premenopáusicas con afección de los ganglios axilares, la quimioterapia adyuvante prolonga la supervivencia libre de enfermedad y mejora las tasas de supervivencia.

HORMONOTERAPIA: La hormonoterapia debe tomarse en cuenta, por lo general, en el caso de un paciente con enfermedad recién diagnosticada o metastática. Cuando no se ha utilizado un antiestrógeno anteriormente o si la paciente ha dejado de recibir terapia antiestrogénica durante más de 1 año, si el tumor es ER positivo, PR positivo o se desconoce el estado de los receptores, si tiene solamente enfermedad de los tejidos óseos y los tejidos blandos, debe considerarse como tratamiento inicial la administración de un antiestrógeno como el tamoxifeno o la toremifena, la ooforectomía o la castración química con un antagonista de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHR). Las pacientes cuyos tumores tienen receptores de estrógeno positivos o de estado desconocido con metástasis óseas o de tejido blando solamente y que han recibido un antiestrógeno durante el último año deben de recibir hormonoterapia de segunda línea.

Los efectos secundarios de la quimioterapia se dividen en inmediatos precoces, retardada, y tardía.

TIPO	EJEMPLOS (FÁRMACOS CAUSANTES)
INMEDIATA (horas a días)	Emesis (Cisplatino, DTI, otros) Flebitis (fluoracilo, otros) Necrosis local por extravasación (adriamicina, otros) Falla renal aguda (Cisplatino, otros) Cistitis hemorrágica (ciclofosfamida, ifosfamida) Fiebre (bleomicina)
PRECOZ (días a semanas)	Leucopenia y trombocitopenia (alcaloides de la vinca) Alopecia (adriamicina, varios fármacos) Mucositis (5 fluoracilo, varios fármacos) Hipomagnesemia (cisplatino) Hiperglucemia (corticoides)
RETARDADA (semanas a meses)	Neutropenia periférica (alcaloides de la vinca, cisplatino) Ataxia cerebelar (5 fluoracilo) Miocardiopatía (antraciclinas) Pigmentación cutánea y ungueal (ciclofosfamida, adriamicina, bleomicina, otras) Fibrosis pulmonar (busulfán, metotrexate, otros) Síndrome urémico-hemolítico (mitomicina-c) Ototoxicidad (cisplatino)
TARDIA (meses a años)	Hipoadismo-esterilidad (alquilantes, otros) Carcinogénesis (alquilantes) Cataratas (busulfán) Fibrosis hepática (metotrexate)

3.3.7.- Complicaciones

Metástasis: La diseminación de un tumor maligno fuera del tumor primario a sitios distantes es llamada metástasis. La enfermedad metastásica permanece como la causa primaria de dificultades en el tratamiento y de muerte.

3.3.8.- Cuidados específicos de enfermería en quimioterapia, radioterapia y cirugía.

QUIMIOTERAPIA

- Toma de signos vitales, presión arterial, pulso, temperatura, respiración.
- Instalación de venoclisis (permeabilizar una vena), con técnica aséptica.
- Permeabilización de catéter mediante técnica estéril.
- Hidratar al paciente con 1000cc de solución salina + Cloruro de potasio + sulfato de magnesio y 250 cc de Solución Hipertónica.
- Aplicación de calor para provocar vaso dilatación (por razón necesaria).
- En caso de presentar dolor aplicación tópica de gel frío en el sitio de la venopunción, o diluir más la quimioterapia.
- Ministración de premedicación (dexametasona, metoclopramida, ondacetron, clorotrimetron, ranitidina) según prescripción médica.
- Vigilar el posible riesgo de presentar extravasación de quimioterapia relacionada a una infiltración venosa (flebitis).
- Llevar un control de líquidos, ingreso y egreso.
- Indicar al paciente en que debe de consumir abundantes líquidos de 2000 a 3000cc por día.
- Estar en constante vigilancia para detectar posible cistitis hemorrágica.
- Revisar los resultados de los estudios de laboratorios más recientes, en caso de plaquetopenia, neutropenia no se ministran la quimioterapia.
- Orientar y explicar a los pacientes los efectos de los medicamentos a corto, mediano y largo plazo, así como orientar al paciente sobre el uso de pelucas, turbantes o gorras en caso de presentar alopecia.
- Indicar al paciente que no debe consumir los alimentos muy calientes y con muchos condimentos, su alimentación debe ser blanda mecánica, hiperproteica.
- Indicar a la paciente que evite consumir alimentos preparados en la calle
- Indicar que solo se debe de realizar enjuagues bucales con bicarbonato y no debe usar cepillo dental.
- Utilizar nistatina en caso necesario.

- **Recomendar al paciente que no consumo alimentos irritantes.**
- **En caso necesario utilizar suplementos alimenticios.**
- **En caso de extravasación de quimioterapia suspenderla y aspirar el medicamento con una jeringa en sentido de las manecillas del reloj, así mismo avisar al medico, y brindar atención inmediata así como dar tratamiento de acuerdo al tipo de medicamento que se halla extravasado.**
- **Al termino de la ministración de la quimioterapia lavar la vena con solución salina o glucosada.**
- **En caso de flebitis suspender y retirar el punzocat de la vena y ministrar dexametasona, así como la aplicación de crema de hidrocortisona al 1% en el área afectada, y aplicar compresas húmedas frías, notificar al médico.**
- **Informar al paciente sobre las posibles reacciones cutáneas, prurito, eritema, estrías y fotosensibilidad.**
- **Recomendar al paciente que evite la exposición directa al sol ya que puede favorecer la aparición de prurito, eritema, estrías y fotosensibilidad.**
- **Indicar que no deben de fumar o estar cerca de los fumadores activos.**
- **Valoración neurológica en caso de neurotoxicidad.**

BRAQUITERAPIA

Preimplante

- a) Informar a la paciente, las características y circunstancias del aislamiento.
- b) Se le informa sobre el tipo de dieta que debe consumir.
- c) La paciente se tiene que internar 24 hrs. antes del tratamiento.
- d) Iniciar ayuno a partir de las 22 hrs.
- e) Darle apoyo emocional.
- f) Explicarle en que consiste el tratamiento.
- g) Proporcionar baño de regadera a las 6:00 AM.
- h) Proporcionar una pulsera con todos sus datos.
- i) Proporcionar una bata limpia.
- j) Vendaje de miembros inferiores.
- k) Canalizar con solución Hartman o Mixta de 1000 pmv.
- l) Enema en caso necesario.
- m) Toma de laboratorios.

Durante la aplicación

- a) Apoyo emocional.
- b) Recoger las radiografías para: La localización de las fuentes, medidas exactas de las mismas, número de fuentes implantadas, la separación entre ellas.
- c) Anotar la hora de implante.
- d) Descripción de la técnica utilizada.

Postimplante

- a) Suben del quirófano y se les colocan los alambres de iridio 192.
- b) Se les ministra sus analgésicos y soluciones de acuerdo a indicaciones medicas.
- c) Tomar signos vitales por turno, contar él número de fuentes por turno.
- d) Retirar los alambres de iridio 192, aplicación de pasta lazar.
- e) Canalizarlas a psicooncología.
- f) Realizar colutorios con nistatina en caso necesario.
- g) Apoyo psicológico al paciente y educarla para el autocuidado.

CIRUGÍA

- ✓ **Buscar signos de infección.**
- ✓ **En caso de reconstrucción inmediata buscar signos de infección, rechazo el colgajo, como lo es necrosis, rubor o calor local.**
- ✓ **Inspeccionar la probable fuga de los drenajes Hemoback, Bioback, Portoback.**
- ✓ **Buscar posibles complicaciones como linfaedema.**
- ✓ **Informar a la paciente y su familia sobre las practicas hospitalarias y quirúrgicas usuales.**
- ✓ **Describe la actividad postoperatoria (posición y cuidado del brazo en el lado operado, drenajes, venoclisis, deambulación) antes de la cirugía de manera que la paciente este preparada para participar.**
- ✓ **Colocar el brazo afectado ligeramente elevado sobre una almohada plana o una toalla enrollada por debajo de la parte superior del brazo hasta que la paciente este completamente despierta y pueda deambular, mantener esta posición mientras este acostada.**
- ✓ **Refuerce la importancia de la deambulación precoz, la tos y la respiración profunda.**
- ✓ **Todos los lugares de acceso intravenosos o venopunciones deberán de realizarse en el lado no operado.**
- ✓ **Vigilar la herida para detectar inflamación, dolor, tumefacción o secreción purulenta. Cambie los vendajes según indicaciones médicas con técnica aséptica.**
- ✓ **Vigilar los drenajes e instruir a la paciente a la vez, deben estar intactos y asegurados a la piel o las ropas para que no se muevan, observar el color y la cantidad de liquido que drena.**
- ✓ **Valorar a la paciente y administrar analgésicos y antibióticos según indicación medica.**
- ✓ **Brindar información sobre las sensaciones normales que experimentara la paciente después de la operación como parestesia en la región superior interna del brazo y aumento de la sensibilidad de la piel.**

- ✓ Valorar si la paciente esta preparada para mirar la incisión y ofrecer apoyo emocional en caso necesario.
- ✓ Enseñar a la paciente los cuidados del brazo y los ejercicios postquirúrgicos instruir para que evite las labores arduas del hogar, como barrer, aspirar mover y reorganizar muebles o levantar objetos de más de 5 Kg de peso, hasta que la herida quirúrgica haya cicatrizado por completo y mejorado el rango de movimiento.
- ✓ Enseñarle a usar la prótesis temporal y el sostén, comentarle sobre las opciones posibles después de la mastectomía para lograr un sentido de simetría y balance antes de que se le adapte la prótesis permanente antes de la cirugía reconstructiva.
- ✓ Evitar tomar la presión arterial en el brazo que corresponde al seno mastectomizado.

4.-METODOLOGÍA

4.1.- Hipótesis de investigación

- Las pacientes con cáncer de mama en estadio II y III reciben una atención de enfermería de calidad y esta se refleja en la percepción del usuario en los servicios de quimioterapia, cirugía y braquiterapia.

5.- OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

- Evaluar a través de la percepción del usuario la calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería a las pacientes con cáncer de mama en estadio II y III del Instituto Nacional de Cancerología, en los servicios de quimioterapia, radioterapia y cirugía.

6.- VARIABLE IDENTIFICADA E INDICADORES

3.1 .- Variable:

Percepción de la calidad de la atención de enfermería.

7.- INDICADORES:

- Presentación de la enfermera hacia la paciente.
- Forma en que se dirige la enfermera hacia la paciente.
- Amabilidad de la enfermera hacia la paciente.
- La enfermera acude cada que la paciente la solicita.
- Aclaración de dudas y preguntas de las pacientes.
- Se le explica a la paciente el motivo por el cual debe internarse 24 hrs. antes del tratamiento.
- Se le explica a las pacientes cuales son los procedimientos que se tienen que realizar antes y después del tratamiento de acuerdo al servicio en el que se encuentren, cirugía, braquiterapia y quimioterapia, como lo es estar

- en ayuno, internarse 12 o 24 hrs. antes del tratamiento, bañarse, portar un brazalete con los datos personales y una bata del hospital.
- Se le explica cuales son algunas de las molestias que puede llegar a sentir después del tratamiento tanto de radioterapia, quimioterapia o cirugía.
 - Curación de la herida sondas, heridas o drenajes diario.
 - Medición de líquido o sangre de los drenajes y revisión de los mismos por turno.
 - En el caso del servicio de cirugía se le explica la importancia de caminar, así como la posición en la que debe tener el brazo operado.
 - Cambio de vendajes conforme a lo indicado o por razón necesaria.
 - Revisión de fuentes radiactivas por turno en el caso del servicio de braquiterapia.
 - Ministración de medicamentos en el horario indicado y de manera amable.
 - Se educa a la paciente acerca de cuales son los cuidados que debe tener después del tratamiento tanto de quimioterapia, braquiterapia y cirugía durante su estancia en el hospital así como en su domicilio, como lo son: como lavarse la boca, tipo de dieta que debe ingerir, tipo de ropa que debe usar en el caso de braquiterapia y lubricación de la piel.
 - Se le explica que en caso de presentar sangrados o vómitos excesivo u algún otro síntoma debe acudir al hospital al servicio de urgencias.
 - Se educa a las pacientes para que utilicen una silla o bastón en caso de cansancio excesivo.
 - Se le orienta a las pacientes mastectomizadas para que hagan uso de prótesis (sostén).
 - Satisfacción de la atención de enfermería que recibieron las pacientes.
 - Interés del personal de enfermería hacia la patología de las pacientes.
 - La atención de enfermería que se brinda es con respeto humanismo y esmero.
 - Confianza de las pacientes hacia el personal de enfermería.
 - Recomendación del Instituto Nacional de Cancerología otras personas para que se atiendan.

8. -TIPO DE ESTUDIO

Este tipo de estudio es: Transversal, Descriptivo observacional.

8.1. -Transversal

Porque la recolección de datos se hace en un periodo específico de tiempo; Marzo a Noviembre del 2001, haciendo una sola medición.

8.2. –Descriptivo observacional

Por que no se manipula la variable; sino que se hace una identificación de su comportamiento en un momento particular.

9. -UNIVERSO

- Todos los pacientes que tienen diagnóstico de cáncer y que son atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Todo el personal de enfermería que trabaja en el Instituto Nacional de Cancerología.

10. -Población

- Todas las pacientes mujeres que tienen cáncer de mama y que son atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología
- Todas las enfermeras de nivel técnico, auxiliares de enfermería, enfermeras generales y licenciados en enfermería y obstetricia

11. -MUESTRA

La muestra fue de tipo convencional, tomándose una muestra de 100 pacientes y 50 enfermeras.

- Pacientes mujeres que tienen cáncer de mama en estadios II y III que son atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, 40 pacientes del servicio de quimioterapia, 40 pacientes del servicio de cirugía y 20 pacientes del servicio de braquiterapia.
- 20 enfermeras del servicio de hospitalización, 20 enfermeras del servicio de Quimioterapia Ambulatoria, y 10 enfermeras del servicio de Radioterapia.

12. -CRITERIOS DE SELECCIÓN (PACIENTES Y ENFERMERAS)

12.1.- Criterios de inclusión

- Pacientes con cáncer de mama en estadio II y III, que se encuentren en (hospitalización) 1er, 2do, y 3er piso con tratamiento de Braquiterapia y Quimioterapia o Cirugía.
- Todas aquellas enfermeras que se encuentran en el área de (hospitalización), 1er, 2do, 3er piso, Braquiterapia y Quimioterapia y que brindan atención a pacientes con cáncer de mama en estadio II y III.

12.2. -Criterios de Exclusión

- Pacientes que tengan cáncer en algún otro sistema u órgano distinto de cáncer de mama
- Enfermeras que se encuentran de vacaciones, incapacidad, permiso, licencia, capacitación (curso), enfermeras que no tengan mas de 1 año de experiencia con pacientes oncológicos y enfermeras que no esten atendiendo a pacientes con cáncer de mama en estadio II y III.

13. -CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES								
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
PROTOCOLO	■	■							
MARCO TEORICO			■	■	■				
METODOLOGÍA					■	■			
INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA						■	■		
INFORME							■	■	■
PRESENTACIÓN DEL INFORME								■	■

14.- RECURSOS

14.1.- Físicos

Instituto Nacional de Cancerología.

14.2.- Financieros

7,500.00 pesos.

14.3.- Humanos

2. - Licenciados (as) en Enfermería y Obstetricia.

50. - Enfermeras.

100. - Pacientes.

14.4.- Materiales

MATERIALES	UNIDADES	MATERIALES	UNIDADES
Lápiz	10	Diskette	4
Libreta para anotaciones	1	Copias	1100
Plumas	6	Sacapuntas	2
Tinta p/impresoras	4	Calculadoras	2
Hojas blancas	1000	Tablas pisa papel	2
Juego de geometría	1	Carpetas de argolla	2
Goma p/borrar	2		

15. - DISEÑO ESTADÍSTICO

15.1. - Recolección de datos

15.2. - Método

Se llevo a cabo la aplicación de 100 encuestas a pacientes con cáncer de mama en estadio II y III, 40 pacientes de Cirugía, 40 pacientes de Quimioterapia y 20 pacientes de Braquiterapia, que fueron atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología.

15.3. - Procedimiento

Se elaboró un cuestionario tipo likert auto aplicable (para las pacientes), con 24 preguntas para el servicio de braquiterapia, 22 preguntas para el servicio de cirugía y 15 preguntas para el servicio de quimioterapia, cuyas opciones de respuesta fueron totalmente de acuerdo (TA), acuerdo(A, inseguro (?), en desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (TD). Estos fueron aplicados en los servicios de cirugía, quimioterapia y braquiterapia, que comprendió del 6 al 30 de noviembre del 2001, que se proporciono como una cédula a cada uno de los pacientes para que estas las llenen de acuerdo al tipo de atención que recibió. Además se realiza una observación directa apoyada en una lista de cotejo como un estudio observacional a 50 enfermeras, 20 enfermeras del servicio de quimioterapia, 20 enfermeras del servicio de cirugía, 10 enfermeras del servicio de braquiterapia, al momento de brindar atención de enfermería a las pacientes con cáncer de mama en estadio II y III con la intención de evaluar o medir la segunda fase de la calidad que de acuerdo a A. Donabedian es el PROCESO. Para esta observación directa se consideraron los aspectos de edad, sexo, estado civil, grado de estudios, categoría dentro del Instituto, años de experiencia como enfermera, tiempo de experiencia con pacientes oncológicos de las enfermeras que fueron observadas, (ver apéndice).

15.4.- Técnica

Se realizó una prueba piloto a 25 enfermeras del servicio de oncología del Hospital General de México, observándolas y entrevistándolas durante el mes de septiembre del 2001 y también a 30 pacientes con cáncer de mama en estadio II y III con tratamiento de quimioterapia, cirugía y braquiterapia del mismo hospital.

La tabulación de la información se llevó a cabo a través de la técnica de paloteo, presentándose posteriormente en gráficas de barras y describiéndose la información en proporciones.

16.- RESULTADOS

CUADRO No 1

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE LAS RESPUESTAS SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA	RESPUESTAS						TOTAL PROPORCIONAL
	TA 5	A 4	? 3	D 2	TD 1	TOTAL	
1. ¿La enfermera se presenta con usted diciéndole como se llama?	.35	.43	.5	.17	0	40	1
2. ¿La enfermera se dirige hacia usted por su nombre?	.30	.53	.7	.10	0	40	1
3. ¿La enfermera es amable con usted?	.23	.52	.15	.10	0	40	1
4. ¿La enfermera acude a usted cuando lo solicita, y esta acude de manera amable?	.23	.45	.23	.7	.2	40	1
5. ¿La enfermera le aclara sus dudas con amabilidad?	.20	.38	.32	.10	0	40	1
6. ¿La enfermera le realiza la curación de su herida diario?	.25	.53	.12	.10	0	40	1
7. ¿La enfermera le ayuda a bañarse cuando usted no puede bañarse sola, y esta lo hace con amabilidad y respeto?	.33	.47	.15	.5	0	40	1
8. ¿La enfermera mide todo el líquido o sangre que sale por las mangueras que le dejan en su herida, mínimo una vez por turno?	.17	.42	.35	.3	.3	40	1
9. ¿La enfermera le revisa todas sus mangueras por lo menos tres veces al día?	.13	.25	.50	.12	0	40	1
10. ¿La enfermera le explica que debe tener el brazo operado apoyado sobre una toalla, almohada o sabana que le permita tener elevado un poco el brazo, durante el tiempo en que esta costada?	.5	.23	.12	.30	.30	40	1
11. ¿La enfermera le explica la importancia de caminar?	.13	.30	.2	.35	.20	40	1
12. ¿En caso de que se ensucien los vendajes la enfermera se los cambia inmediatamente y lo hace con respeto y amabilidad?	.8	.65	.17	.10	0	40	1
13. ¿La enfermera le da sus medicamentos a tiempo y de manera amable?	.15	.42	.28	.13	.2	40	1
14. ¿La enfermera le explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir después de la operación?	.10	.63	.15	.12	0	40	1
15. ¿La enfermera le enseña cuales son los cuidados que debe tener después de que la hayan operado?	.15	.53	.15	.17	0	40	1
16. ¿La enfermera le menciona y le explica la posibilidad de usar una prótesis (sostén)?	.10	.15	.13	.50	.12	40	1
17. ¿Queda usted satisfecha con la atención que le brindo el personal de enfermería?	.20	.68	.7	.5	0	40	1
18. ¿La enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en que estuvo en el servicio?	.10	.30	.48	.12	0	40	1
19. ¿Usted considera que la enfermera lo atendió con humanismo, esmero y respeto?	.13	.50	.30	.7	0	40	1
20. ¿La enfermera le explica cuales son los cuidados que deben de tener en su casa después de la operación?	.10	.55	.7	.20	.8	40	1
21. ¿Siente confianza y seguridad cuando la enfermera lo atiende?	.15	.55	.23	.7	0	40	1
22. ¿Recomendaría al Instituto Nacional de Cancerología para que otras personas se atiendan?	.18	.60	.20	.2	0	40	1

FUENTE: 40 cuestionarios aplicados a las pacientes del servicio de cirugía del Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo del 6 al 30 de noviembre del 2001

CUADRO No 2

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE LAS RESPUESTAS SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA	RESPUESTAS						TOTAL PROPORCIONAL
	TA 5	A 4	? 3	D 2	TA 1	TOTAL	
1. ¿La enfermera se presenta con usted diciéndole como se llama?	.38	.25	.2	.30	.5	40	1
2. ¿La enfermera se dirige a usted por su nombre?	.15	.60	.2	.23	.0	40	1
3. ¿La enfermera es amable con usted?	.13	.62	.18	.7	.0	40	1
4. ¿La enfermera acude a usted cada que lo solicitan?	.15	.50	.7	.28	.0	40	1
5. ¿La enfermera cuando le recibe sus medicamentos lo hace con agrado?	.15	.63	.5	.17	.0	40	1
6. ¿La enfermera le explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir cuando se aplica la quimioterapia?	.18	.40	.7	.33	.2	40	1
7. ¿La enfermera le explica que es lo que puede llegar a comer y de que manera?	.25	.25	.0	.43	.7	40	1
8. ¿La enfermera le explica como debe lavarse la boca?	.5	.33	.5	.50	.7	40	1
9. ¿La enfermera le explica que en caso de tener vomito por más de un día, debe acudir al hospital?	.15	.68	.5	.12	.0	40	1
10. ¿La enfermera le aclara sus dudas con amabilidad?	.13	.52	.15	.20	.0	40	1
11. ¿Queda usted satisfecha con la atención que le brinda el personal de enfermería?	.13	.65	.12	.10	.0	40	1
12. ¿La enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en el que estuvo en el servicio?	.13	.45	.25	.17	.0	40	1
13. ¿Usted considera que la enfermera lo atendió con humanismo, esmero y respeto?	.10	.70	.15	.5	.0	40	1
14. ¿Siente confianza cuando la enfermera lo atiende?	.18	.70	.5	.7	.0	40	1
15. ¿Recomendaría al Instituto Nacional de cancerología, para que otras personas se atiendan?	.10	.80	.10	.0	.0	40	1

FUENTE: 40 cuestionarios aplicados a las pacientes del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo del 6 al 30 de noviembre del 2001

CUADRO No 3

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE LAS RESPUESTAS SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE BRAQUITERAPIA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE BRAQUITERAPIA	RESPUESTAS						TOTAL PROPORCIONAL
	TA 5	A 4	? 3	D 2	TD 1	TOTAL	
1. ¿La enfermera se presenta con usted, diciéndole como se llama?	.60	.30	.5	.5	0	20	1
2. ¿La enfermera se dirige hacia usted por su nombre?	.20	.70	.10	0	0	20	1
3. ¿La enfermera es amable con usted?	.30	.45	.20	.5	0	20	1
4. ¿La enfermera acude a usted cuando la solicita, y esta acude de manera amable?	.30	.55	.15	0	0	20	1
5. ¿La enfermera le aclara sus dudas con amabilidad?	.20	.60	.10	.5	.5	20	1
6. ¿La enfermera le explica que debía internarse 24 hrs. antes del tratamiento?	.35	.45	.20	0	0	20	1
7. ¿La enfermera le explico el motivo por el cual tenia que estar en ayuno?	.15	.55	.25	.5	0	20	1
8. ¿La enfermera le explico el motivo por el cual le tenia que poner un suero antes de recibir su tratamiento?	.15	.55	.5	.20	.5	20	1
9. ¿La enfermera le explico el motivo por el cual se tiene que bañar y el portar una bata del hospital, así como portar un brazalete con todos sus datos personales?	.25	.45	.15	.15	0	20	1
10. ¿La enfermera le realiza la curación de su herida diario?	.50	.40	.5	0	.5	20	1
11. ¿La enfermera le revisa todas sus agujas por lo menos tres veces al día?	.25	.40	.25	.5	.5	20	1
12. ¿La enfermera le da sus medicamentos a tiempo y de manera amable?	.20	.60	.15	.5	0	20	1
13. ¿La enfermera le explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir después del tratamiento?	.20	.50	.30	0	0	20	1
14. ¿La enfermera le enseña cuales son los cuidados que debe de tener después del tratamiento?	.25	.40	.25	.10	0	20	1
15. ¿La enfermera le explica que tipo de alimento puede comer y de que manera?	.30	.30	.20	.15	.5	20	1
16. ¿La enfermera le explico de que manera debe lavarse la boca?	.30	.45	.5	.10	.10	20	1
17. ¿La enfermera le explica que tipo de ropa puede usar así como de que forma puede cuidar su piel?	.35	.40	.10	.10	.5	20	1
18. ¿La enfermera le menciona y le explica la posibilidad de usar un bastón o silla de ruedas en caso de que lo necesite?	.25	.40	.15	.10	.10	20	1
19. ¿Queda usted satisfecha con la atención que le brinda el personal de enfermería?	.40	.40	.15	.5	0	20	1
20. ¿La enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en que estuvo en el servicio?	.30	.30	.30	.5	.5	20	1
21. ¿Usted considera que la enfermera lo atendió con humanitarismo, esmero y respeto?	.25	.30	.35	.10	0	20	1
22. ¿La enfermera le explica cuales son los cuidados que deben de tener en su casa después del tratamiento?	.30	.50	0	.20	0	20	1
23. ¿Siente confianza y seguridad cuando la enfermera lo atiende?	.35	.45	.15	.5	0	20	1
24. ¿Recomendaría al Instituto Nacional de Cancerología para que otras personas se atiendan?	.45	.45	.5	0	.5	20	1

FUENTE: 20 cuestionarios aplicados a las pacientes del servicio de braquiterapia del Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo del 6 al 30 de noviembre del 2001

CUADRO No 4

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	SI	NO
Se dirige a las pacientes por su nombre	.47	.53
Les da un trato amable a las pacientes	1	0
Toma los signos vitales mínimo 2 veces por turno	1	0
Revisa que la paciente mantenga el vendaje torácico compresivo	.35	.65
Valora la herida quirúrgica buscando signos de infección	.94	.6
Se lava las manos antes y después de cada procedimiento	.17	.83
Realiza la curación de sondas heridas y drenajes mínimo una vez por turno o cada que sea necesario	1	0
Cuantifica la salida de líquido o sangre de los hemovack o biovack	1	0
Ministra los medicamentos indicados por el médico	1	0
En caso de reconstrucción inmediata la enfermera busca signos de probable necrosis de colgajo o signos de infección	.17	.83
Evita tomar los signos vitales y soluciones del lado del seno afectado	1	0
Inspecciona el brazo buscando signos de linfaedema	.17	.83

FUENTE: 20 listas de cotejo aplicadas a las enfermeras del servicio de cirugía del Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo que comprendió del 6 al 30 de Noviembre del 2001

CUADRO No 5

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
 MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

CURACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre	.47	.53
Previene la contaminación de la herida quirúrgica mediante un lavado cuidadoso de manos	.17	.83
Realiza la curación de la herida quirúrgica de acuerdo a indicaciones medicas y evolución del paciente o cada que sea necesario	.94	.6
Da el cuidado correcto al material y equipo contaminado	.41	.59
Reúne el material y equipo mínimo necesario para el procedimiento	.89	.11
Se calza los guantes con técnica estéril	1	0
Utiliza solución antiséptica para la curación de la herida (isodine)	.94	.6
Retira el exceso de isodine	.41	.59
Cubre la herida con apósitos estériles	1	
Realiza una correcta fijación de los apósitos con tela hipoalérgica (micropor)	.94	.6
Deja a la paciente en un ambiente limpio y comodo	.94	.6
Se le educa a la paciente y a su familia diciendo que no toquen con los dedos la herida quirúrgica y la parte del apósito que tiene contacto con la herida	.6	.94
Si la paciente se va de alta la enfermera le explica cuales son los cuidados que debe de tener con la herida	.70	.30
Se le explica en donde puede obtener el material para la curación de la herida	.6	.94

FUENTE: Misma cuadro No. 4

CUADRO No 6

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
 MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

CURACIÓN DE SONDAS Y DRENAJES	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre	.41	.59
Le da un trato amable y cortes	1	0
Le explica el procedimiento	.35	.65
Reúne el equipo mínimo necesario	.94	.6
Se lava las manos antes y después del procedimiento	0	1
Realiza 3 tiempos de isodine	.94	6
Utiliza aplicadores estériles	.23	.77
Retira el exceso de isodine	.53	.47
Fija las sondas y drenajes de manera que estas no lleguen a jalarse y causar un traumatismo mayor a la paciente	1	0
Al vaciar el Biovack, Drenovack, Portovack lo realiza con técnica estéril	.41	.59
Valora la herida quirúrgica buscando alguna probable fuga de los drenajes	.94	.6
Inspecciona el brazo buscando signos de linfaedema	.12	.88

FUENTE: Misma cuadro No. 4

CUADRO No 7

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
 MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

INSTALACIÓN DE VENOCLISIS	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre	.47	.53
Le da un trato amable a la paciente	.94	.06
Le pregunta a la paciente si a sido intervenida quirúrgicamente de algún seno	.88	.12
Valora la vena a puncionar teniendo en cuenta que se debe de puncionar lo mas mínimo posible	.88	.12
Les explica el procedimiento a las pacientes	.41	.59
En caso necesario aplica calor local para ocasionar vasodilatación	0	1
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario para el procedimiento	1	0
Le da un uso correcto al material punzocortante y al equipo contaminado considerándolo como material infectocontagioso	.35	.65
Se lava las manos antes de llevar a cabo la venopunción	.6	.94
Realiza la técnica de asepsia en el lugar elegido para la punción	1	0
Fija correctamente la venopunción	1	0
Esta al pendiente revisando algún signo de flebitis	.59	.41
En caso de infiltración suspende de inmediato la solución	1	0
Coloca gel frío en caso de que refieran dolor en la venopunción	0	1

FUENTE: Misma cuadro No. 4

CUADRO No 8

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
 MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

PERMEABILIZACIÓN DE CATÉTER	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre	.47	.53
Le da un trato amable y gentil	1	0
Le explica el procedimiento a realizar, y aclara sus dudas a los pacientes	.53	.47
Reúne todo el material mínimo necesario	1	0
Se lava las manos antes de realizar el procedimiento	.12	.88
Retira las gasas que cubren el tapón del catéter	1	0
Se calza los guantes con técnica estéril	1	0
Realiza la técnica de asepsia y antisepsia dando 3 tiempos de alcohol y 3 de isodine	.94	.6
Permeabiliza el catéter con un bolo de 10cc de solución	.35	.65
Instala el equipo de venoclisis con técnica estéril	.12	.88
Verifica que haya quedado bien fijado el catéter con el equipo de venoclisis	.94	.6
Cubre nuevamente la unión del catéter y el equipo con gasas estériles y con técnica estéril	1	0
Se cerciora de que no haya quedado pinzado el catéter o el equipo de venoclisis	.88	.12
La enfermera les pregunta a las pacientes si son alérgicas a la heparina	.6	.94
En caso de que no haya una buena permeabilidad, la enfermera ministra 1 cc de heparina o busca una posición adecuada para permitir la permeabilidad	.24	.76
Se le ministra la dosis, y el medicamento correcto, en el tiempo correcto, por la vía correcta a la paciente correcta	.94	.6

FUENTE: Misma cuadro No. 4

CUADRO No 9

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA

RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	SI	NO
La enfermera la llama por su nombre	.70	.30
Anota en la bitácora la dosis de los medicamentos que recibe	1	0
Es cortés, amable y gentil con las pacientes	.90	.10
Les pide a las pacientes que firmen la bitácora o pongan su huella digital	1	0

FUENTE: 20 listas de cotejo aplicadas a las enfermeras del servicio de quimioterapia del Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo que comprendió del 6 al 30 de Noviembre del 2001

CUADRO No 10

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA

PREPARACIÓN DE SOLUCIONES	SI	NO
La enfermera revisa el buen estado de las soluciones para su posterior administración	.35	.65
Prepara las soluciones con sus respectivos electrolitos con técnica aséptica	.95	.05
Llena los cards antes de la preparación de la quimioterapia	1	0
Purga adecuadamente el equipo de venoclisis sin dejar burbujas de aire dentro del mismo	.90	.10
Revisa los últimos estudios de laboratorio (niveles de creatinina)	.15	.85

FUENTE: Misma cuadro No. 9

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No 11

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
 MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA

INSTALACIÓN DE VENOCLISIS	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre	.60	.40
Le da un trato amable a la paciente	.95	.05
Le pregunta a la paciente si a sido intervenida quirúrgicamente de algún seno	.40	.60
Valora la vena a puncionar teniendo en cuenta que se debe de puncionar lo mas mínimo posible	1	0
Les explica el procedimiento a las pacientes	.50	.50
En caso necesario aplica calor local para ocasionar vasodilatación	.10	.90
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario para el procedimiento	1	0
Le da un uso correcto al material punzocortante y al equipo contaminado considerándolo como material infectocontagioso	.75	.25
Se lava las manos antes de llevar a cabo la venopunción	.20	.80
Realiza la técnica de asepsia en el lugar elegido para la punción	1	0
Fija correctamente la venopunción	1	0
Esta al pendiente revisando algún signo de flebitis o extravasación de quimioterapia	1	0
En caso de infiltración esta suspende de inmediato la solución con quimioterapia y llama al médico	1	0
Hidrata a las pacientes de acuerdo al esquema de quimioterapia indicada por el médico a la cual ha sido sometida la paciente	1	0
Ministra los medicamentos indicados por el médico	1	0
Coloca gel frío en caso de que refieran dolor en la venopunción	.75	.25

FUENTE: Misma cuadro No.9

CUADRO No 12

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
 MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA

PERMEABILIZACIÓN DE CATETER	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre	.60	.40
Le da un trato amable y gentil	.95	.05
Le explica el procedimiento a realizar, y aclara sus dudas a los pacientes	.70	.30
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario	1	0
Se lava las manos antes de realizar el procedimiento	.75	.25
Retira las gasas que cubren el tapón del catéter	1	0
Se calza los guantes con técnica estéril	1	0
Realiza la técnica de asepsia y antisepsia dando 3 tiempos de alcohol y 3 de isodine	.85	.15
Permeabiliza el catéter con un bolo de 10 cc de solución	.85	.15
Instala el equipo de venoclisis con técnica estéril	.50	.50
Verifica que haya quedado bien fijado el catéter con el equipo de venoclisis	.75	.25
Cubre nuevamente la unión del catéter y el equipo con gasas estériles y con técnica estéril	.90	.10
Se cerciora de que no haya quedado pinzado el catéter o el equipo de venoclisis	1	0
La enfermera les pregunta a las pacientes si son alérgicas a la heparina	.5	.95
En caso de que no haya una buena permeabilidad, la enfermera ministra 1 cc de heparina o busca una posición adecuada para permitir la permeabilidad	.90	.10
Se le ministra la dosis y el medicamento correcto, en el tiempo correcto, por la vía correcta a la paciente correcta	1	0
Al término de la ministración de la quimioterapia, la enfermera pasa un bolo de 10 cc de solución y 1 cc de heparina	.80	.20
Sella el catéter con técnica estéril	1	0
Le brinda apoyo emocional durante la aplicación de quimioterapia	.55	.45

FUENTE: Misma cuadro No. 9

CUADRO No 13

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
 MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA

PREPARACIÓN DE LA CAMPANA DE FLUJO LAMINAR Y QUIMIOTERAPIA	SI	NO
Abre el equipo de la campana de flujo laminar con técnica estéril, teniendo en cuenta de no contaminar los campos para vestir la campana conservando la técnica estéril	1	0
Viste la campana de flujo laminar con técnica estéril	.95	.5
Coloca la charola de las torundas con técnica estéril	.95	.5
Abre las soluciones con técnica estéril	.65	.35
Abre las jeringas mínimas necesarias para la preparación de la quimioterapia	1	0
Deposita el material y equipo contaminado en los contenedores separando el material punzocortante, frascos de vidrio y plástico en sus respectivos contenedores	.80	.20
Destapa los infusores con técnica estéril	.10	.90
La enfermera llena los mambretes antes de la preparación de la quimioterapia	1	0
Revisa los últimos estudios de laboratorio	.15	.85
Se viste con técnica estéril	.50	.50
Hace uso de guantes estériles, cubrebocas y goggles como medida de protección personal	.45	.55
Conserva la técnica estéril durante la preparación de la quimioterapia	.40	.60
Se mantiene únicamente dentro del área específica para la preparación de la quimioterapia, con el objetivo de mantener una técnica estéril	.15	.85
Para la preparación de la quimioterapia utiliza las soluciones adecuadas, así como con jeringas adecuadas	.95	.5
Sabe el uso y función de los infusores (Baxter y Paragon)	.70	.30
Dosifica los medicamentos adecuadamente	1	0
Al término de la preparación de la quimioterapia, limpia la campana con hibiskrup y alcohol	1	0
Al terminar de limpiar la campana, es colocada la lámpara de rayos ultravioleta mínimo por 30 minutos	1	0

FUENTE: Misma cuadro No. 9

CUADRO No 14

**DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA**

INTERNAMIENTO TEMPORAL AL SERVICIO	SI	NO
Se dirige a las pacientes por su nombre	.65	.35
Les explica cual es el funcionamiento del servicio	.65	.35
Les asigna un reposit previa colocación de una sabana que sirve como funda para cada reposit	.90	.10
Les toman los signos vitales PRE, TRANS y POST aplicación de quimioterapia	.75	.25
Les explica que se tiene que un control estricto de líquidos y que se tiene que medir cuanto orina durante toda su estancia durante el servicio	1	0
Les asigna un cómodo con una numeración a cada paciente	1	0
Lleva un correcto llenado de las hojas de enfermería	.90	.10
Lleva un control estricto de líquidos	1	0
Al termino de la ministración de la quimioterapia, se les anota en el carnet la próxima cita o consulta	.65	.35

FUENTE: Misma cuadro No. 9

CUADRO No 15

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE BRAQUITERAPIA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre	.70	.30
Le menciona que estará en ayuno a partir de las 22 hrs.	1	0
Se le indica que debe de darse un baño de regadera a partir de las 6:00 AM	.80	.20
Se le explica a la paciente que se le instalara un suero, por medio de una venopunción o en caso de que la paciente tenga catéter venoso central será por el catéter	.80	.20
Se le explica a la paciente que se le vendaran sus piernas, de la misma manera se le menciona que se le colocara una pulsera con sus datos personales, así como una bata	1	0
Se le brinda un apoyo psicológico	.70	.30
Le ministra sus analgésicos y antibióticos de acuerdo a la indicación medica	.80	.20
Se le toman sus signos vitales por turno	.80	.20
Verifica los (colpostatos) cargas radioactivas por turno	.80	.20
Al retirar las cargas radioactivas el personal de enfermería lleva el carro de curaciones y material de sutura	.80	.20
Se le toma su glicemia por turno en caso de que la paciente padezca de diabetes	.80	.20
Se le menciona la posibilidad de realizar colutorios con nicostatín	.80	.20
Se le menciona que tipo de dieta puede ingerir	.80	.20
Se le indica que alimentos no puede tomar o comer	.80	.20
Se le indica que no puede hacer uso de lociones	.90	.10
Se le indica que no puede depilarse	1	0
Se le educa para que esta pueda irrigar las zonas de descamación con solución salina o compresas húmedas frías 3 o 4 veces al día	0	1
Se le indica que puede aplicarse vendajes hidrocoloides en los sitios de dermatitis y descamación húmeda	0	1
Se le menciona que debe evitar exponerse al sol y que si es necesario salir debe de utilizar sombrero o sombrilla, así como la utilización de algún filtro solar con un factor de protección alto	.60	.40
Se le indica que puede utilizar algún bastón o silla de ruedas debido al cansancio que origina la radioterapia	0	1
Se le menciona que puede comer raciones pequeñas y frecuentes de alimentos de esta forma la paciente no se vera abrumada y comerá durante el día	.70	.30
Se le educa a la paciente y a su familia acerca de las medidas de precaución sobre la neutropenia, trombocitopenia y anemia	.10	.90
Se le educa a la paciente para que practique el cuidado bucal después de cada comida	.40	.60
Se le permite a la paciente que exprese temores, preocupaciones e inquietudes	1	0
Se le instruye a la paciente acerca de los efectos secundarios, como lo es la estomatitis, alteración del gusto, xerostomia, fatiga y cambios cutáneos así como las medidas de autocuidado	1	0
Se le sugiere y canaliza con el odontólogo para la aplicación de fluoruro	.20	.80

FUENTE: 10 listas de cotejo aplicadas a las enfermeras del servicio de braquiterapia del Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo que comprendió del 6 al 30 de Noviembre del 2001

CUADRO No 16

**DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE BRAQUITERAPIA**

INSTALACIÓN DE VENOCLISIS	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre	.80	.20
Le da un trato amable a la paciente	1	0
Le pregunta a la paciente si a sido intervenida quirúrgicamente de algún seno	.70	.30
Valora la vena a puncionar teniendo en cuenta que se debe de puncionar lo mas mínimo posible	1	0
Les explica el procedimiento a las pacientes	.80	.20
En caso necesario aplica calor local para ocasionar vasodilatación	0	1
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario para el procedimiento	1	0
Le da un uso correcto al material punzocortante y al equipo contaminado considerándolo como material infectocontagioso	.70	.30
Se lava las manos antes de llevar a cabo la venopunción	.50	.50
Realiza la técnica de asepsia en el lugar elegido para la punción	1	0
Fija correctamente la venopunción	1	0
Esta al pendiente revisando algún signo de flebitis	0	1
En caso de infiltración esta suspende de inmediato la solución	1	0
Ministra los medicamentos indicados por el medico	1	0
Coloca gel frío en caso de que refieran dolor en la venopunción	0	1

FUENTE: Misma cuadro No. 15

CUADRO No 17

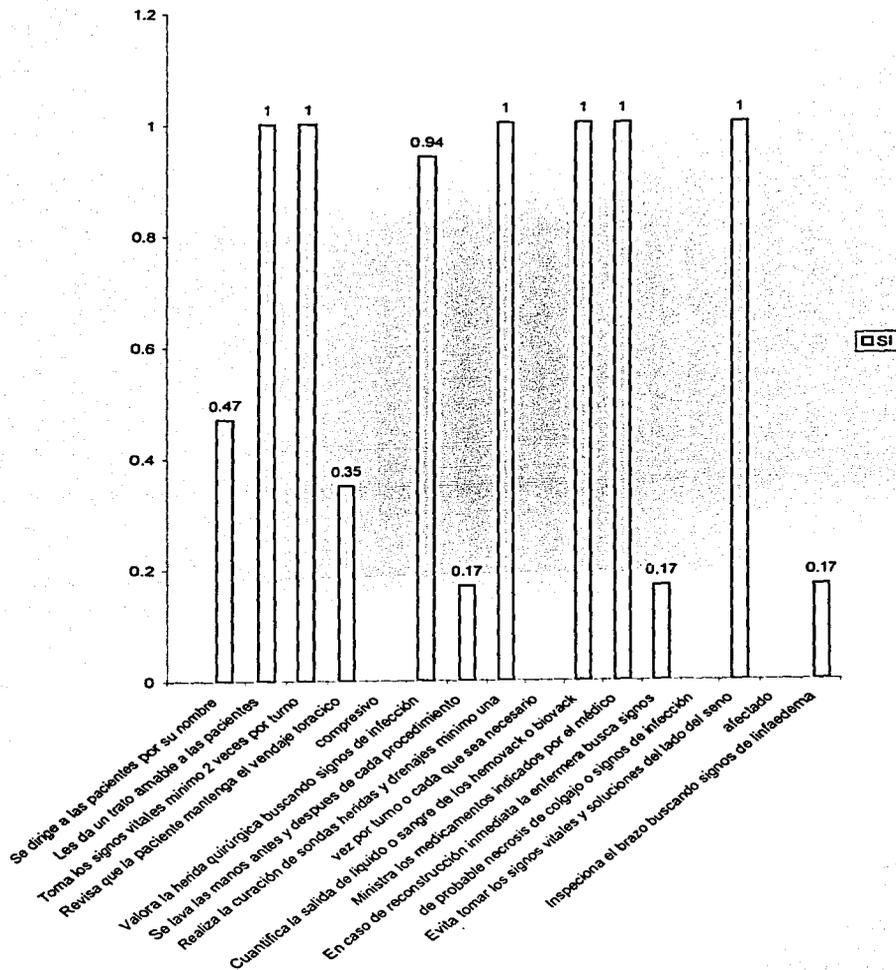
DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE OBSERVACIONES OBTENIDAS
 MEDIANTE LISTAS DE COTEJO EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA
 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE BRAQUITERAPIA

PERMEABILIZACIÓN DE CATETER	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre	.80	.20
Le da un trato amable y gentil	1	0
Le explica el procedimiento a realizar y aclara sus dudas a los pacientes	.70	.30
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario	1	0
Se lava las manos antes de realizar el procedimiento	.90	.10
Retira las gasas que cubren el tapón del catéter	1	0
Se calza los guantes con técnica estéril	1	0
Realiza la técnica de asepsia y antisepsia dando 3 tiempos de alcohol y 3 de isodine	.10	.90
Permeabiliza el catéter con un bolo de 10 cc de solución	.10	.90
Instala el equipo de venoclisis con técnica estéril		1
Verifica que haya quedado bien fijado el catéter con el equipo de venoclisis	.60	.40
Cubre nuevamente la unión del catéter y el equipo con gasas estériles y con técnica estéril	1	0
Se cerciora de que no haya quedado pinzado el catéter o el equipo de venoclisis	1	0
La enfermera les pregunta a las pacientes si son alérgicas a la heparina	.10	.90
En caso de que no haya una buena permeabilidad, la enfermera ministra 1 cc de heparina o busca una posición adecuada para permitir la permeabilidad	.30	.70
Se le ministra la dosis y el medicamento correcto, en el tiempo correcto, por la vía correcta a la paciente correcta	1	0
Sella el catéter con técnica estéril	1	0

FUENTE: Misma cuadro No. 15

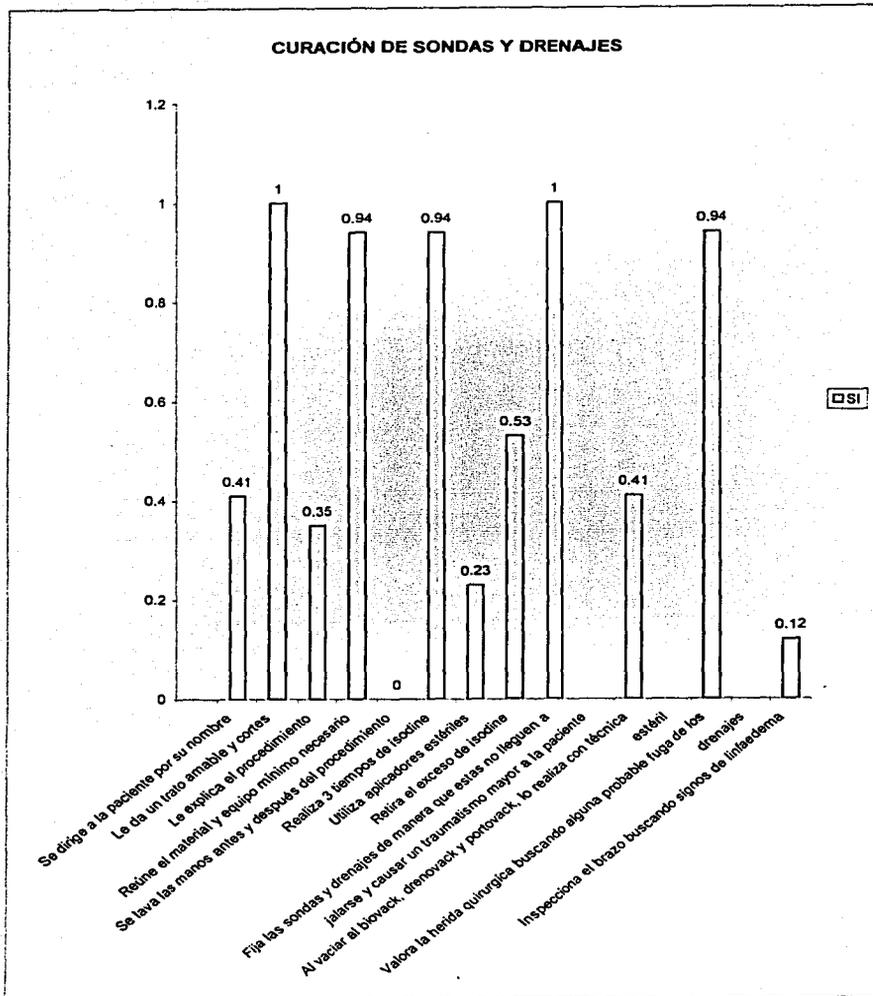
GRAFICA No 1

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



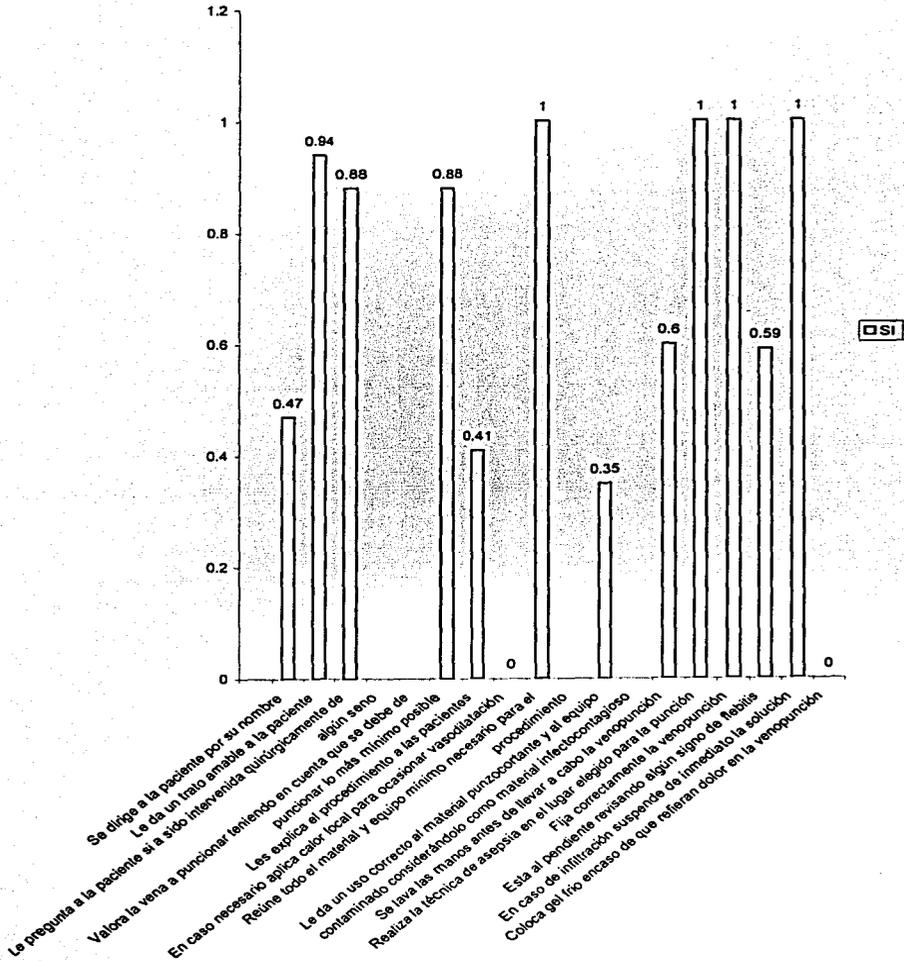
FUENTE: Cuadro No 4

GRAFICA No 3

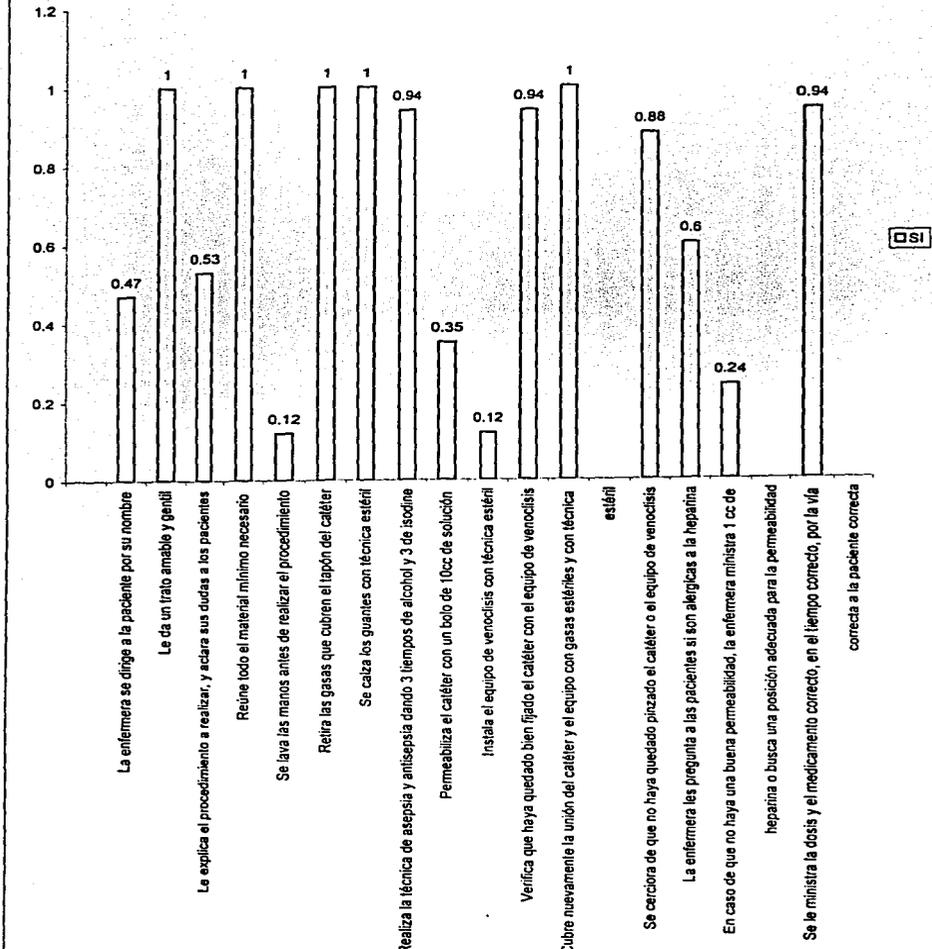


FUENTE: Cuadro No 6

INSTALACIÓN DE VENOCLISIS

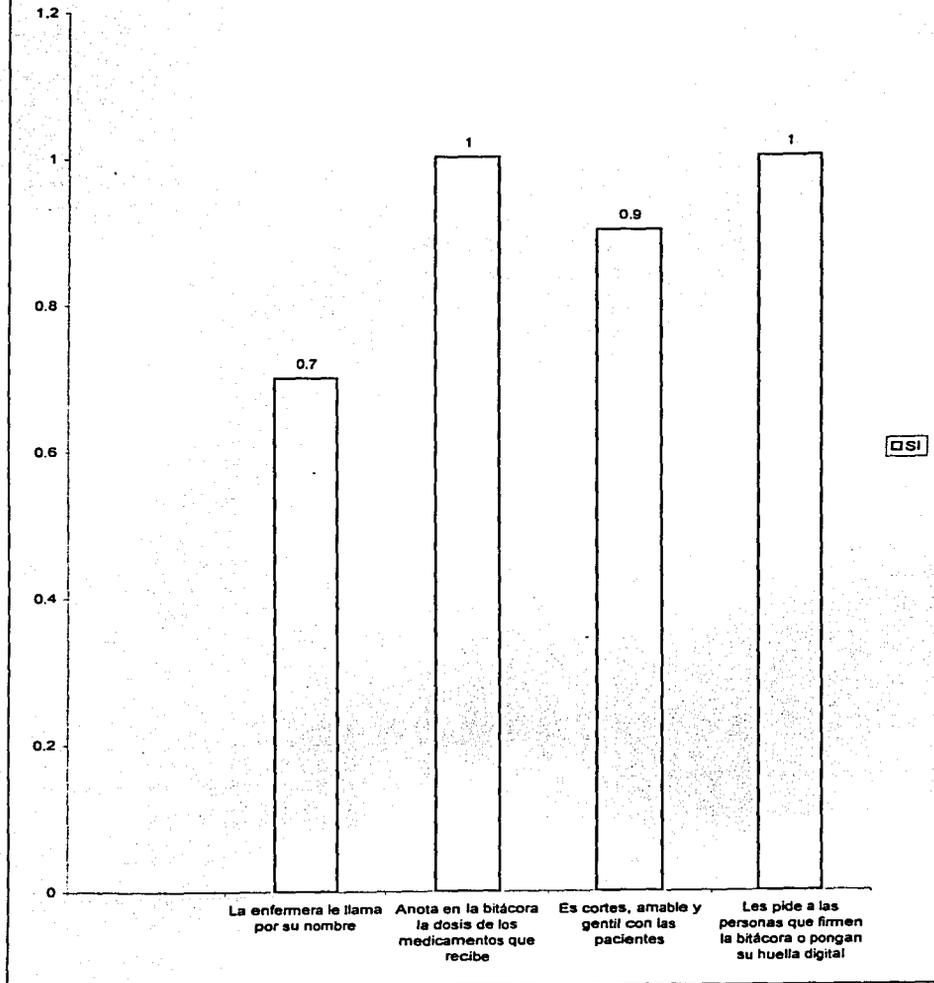


PERMEABILIZACIÓN DE CATÉTER



GRAFICA No 6

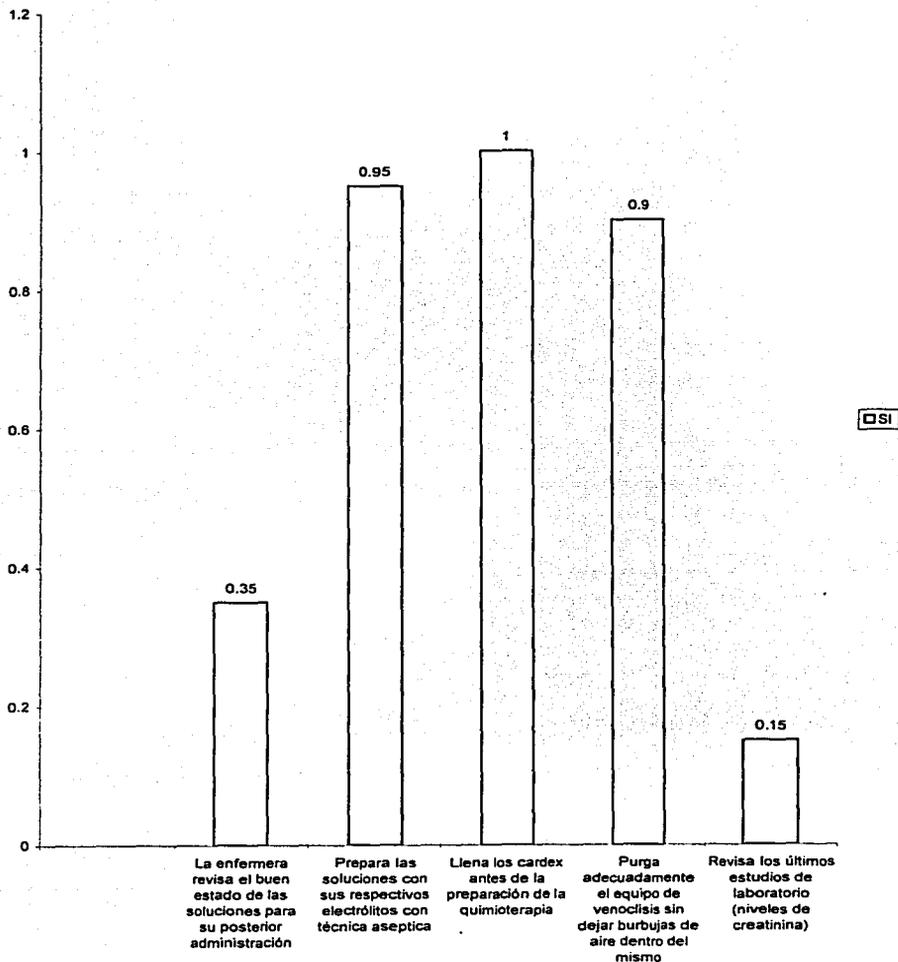
RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS



FUENTE: Cuadro No 9

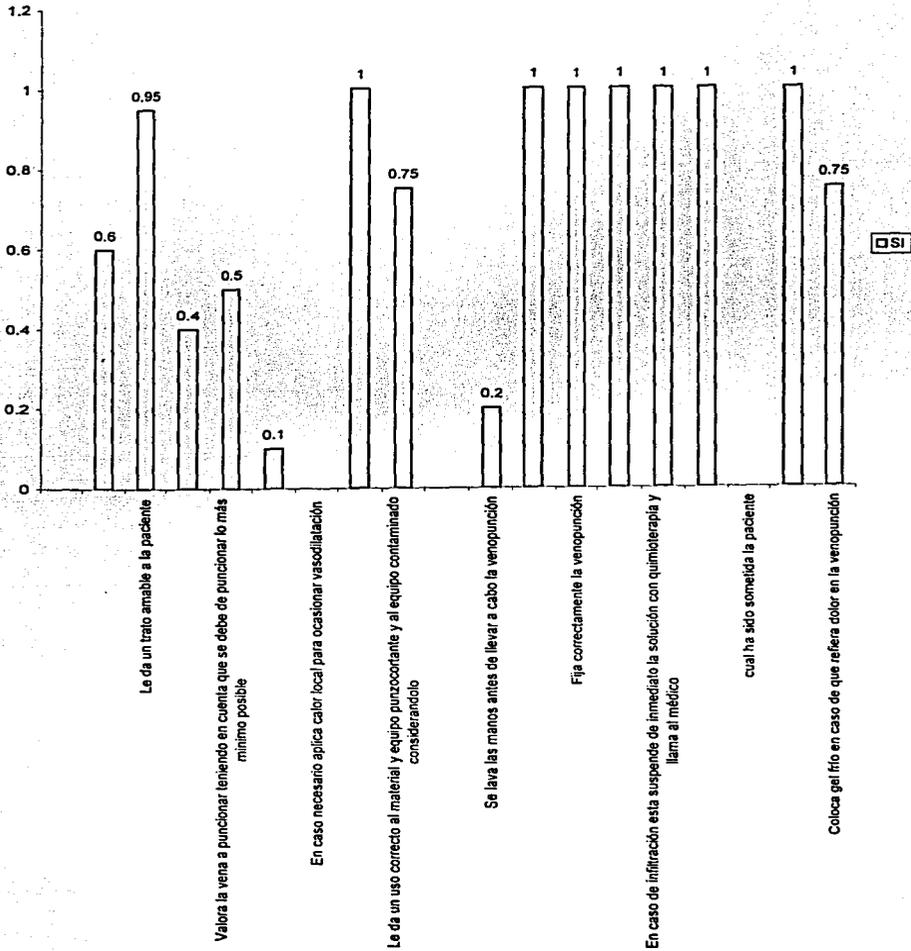
GRAFICA No 7

PREPARACIÓN DE SOLUCIONES

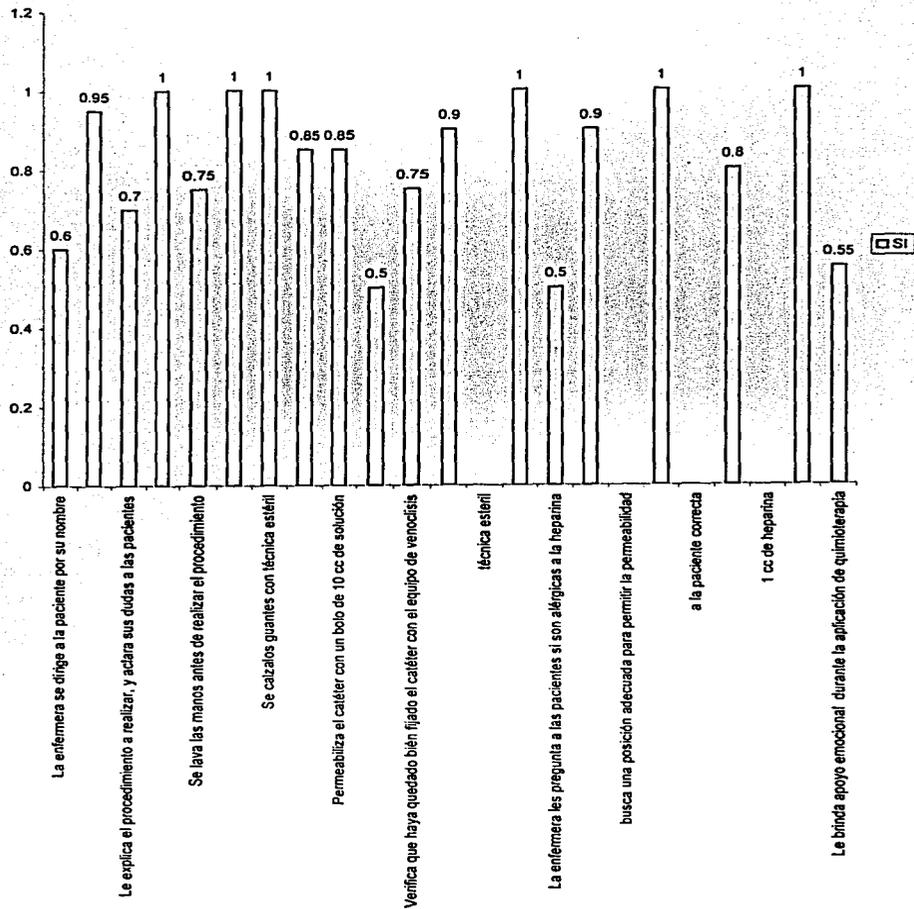


FUENTE: Cuadro No 10

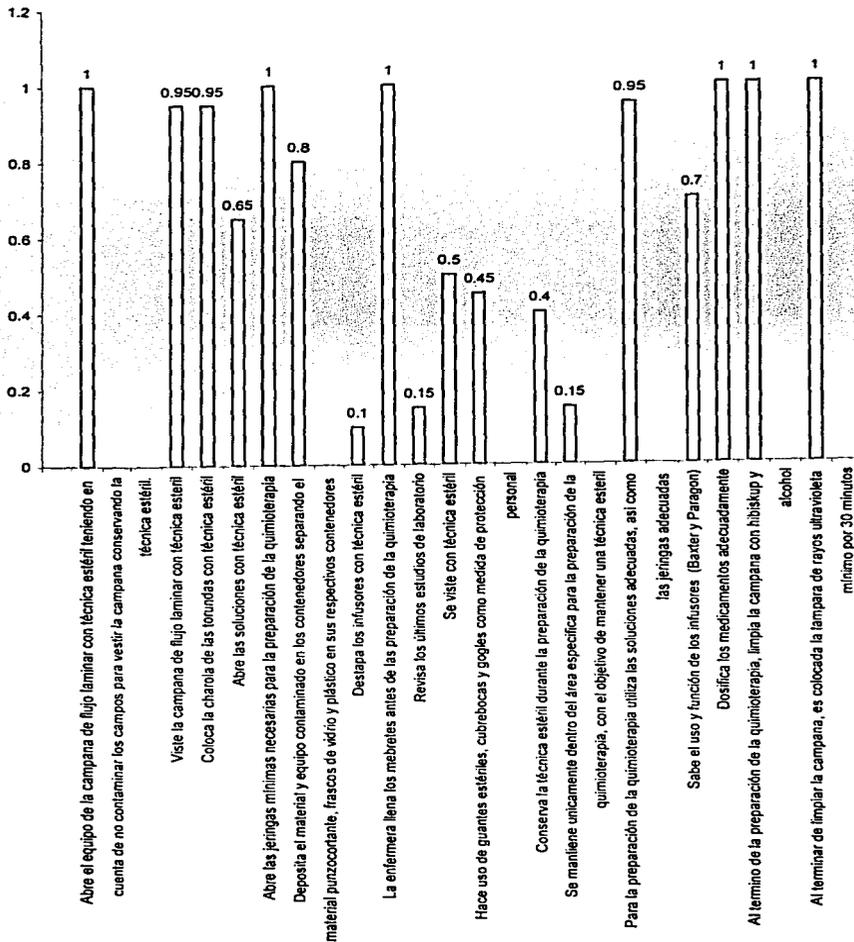
INSTALACIÓN DE VENOCLISIS



PERMEABILIZACIÓN DE CATÉTER

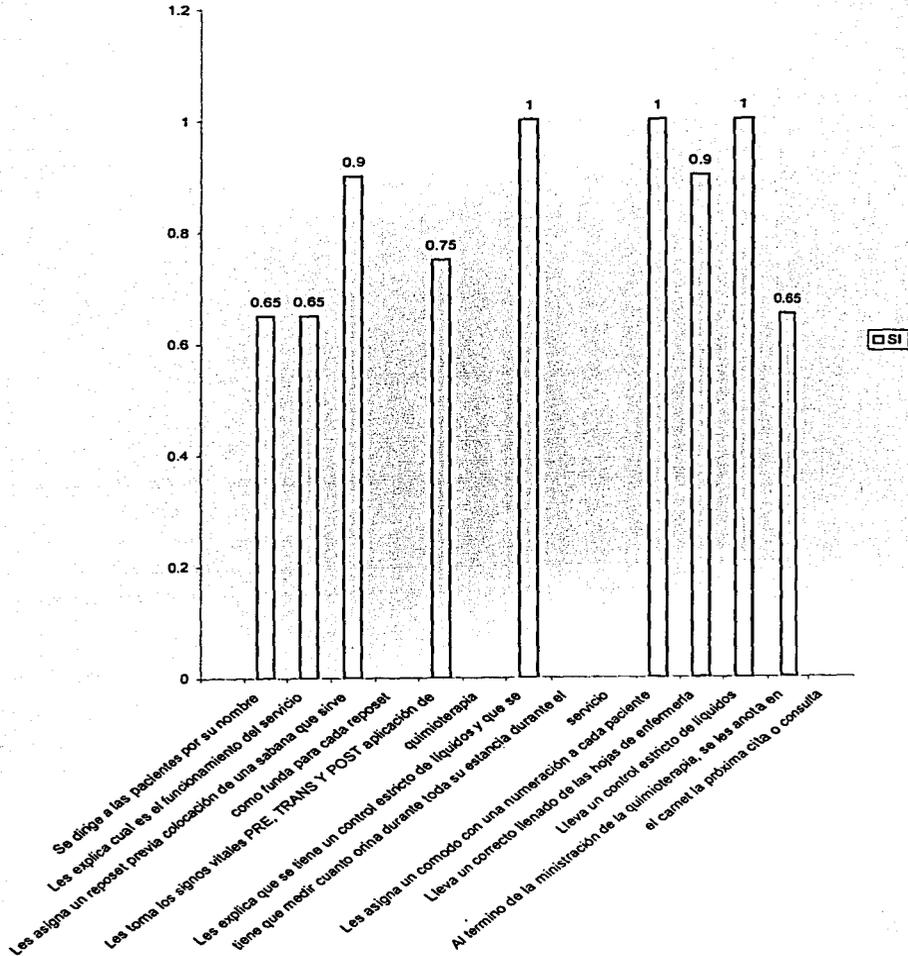


PREPARACIÓN DECAMPANA DE FLUJO LAMINAR Y QUIMIOTERAPIA

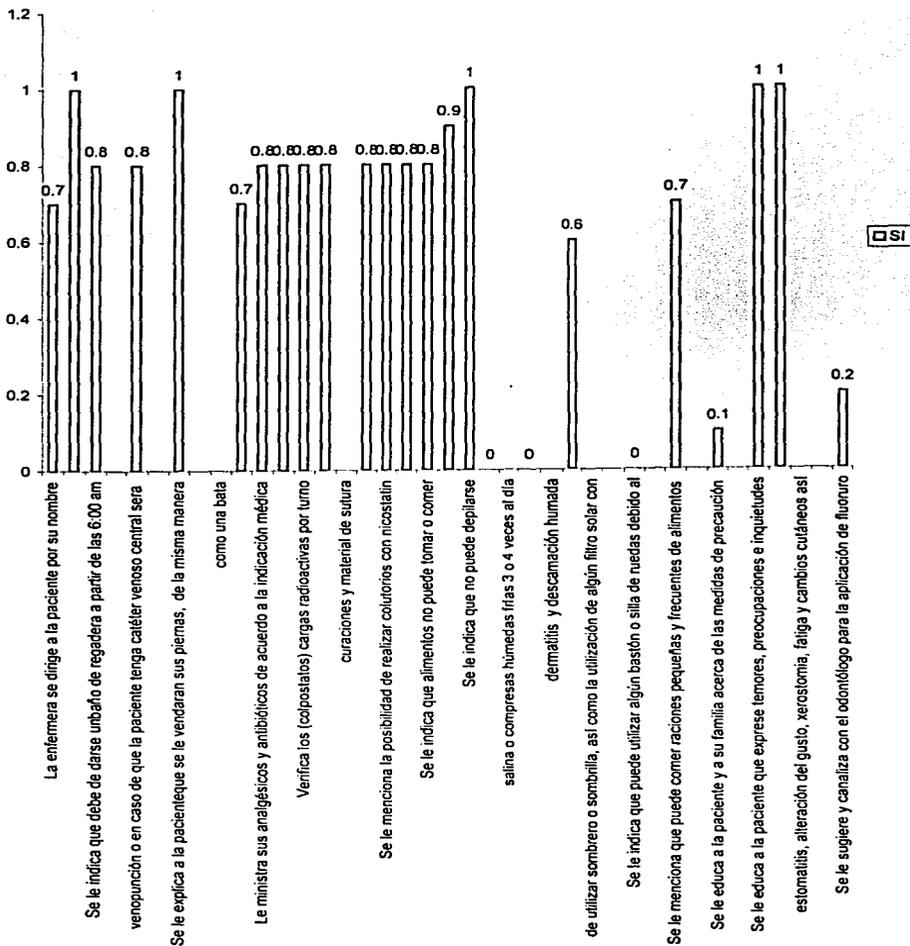


SI

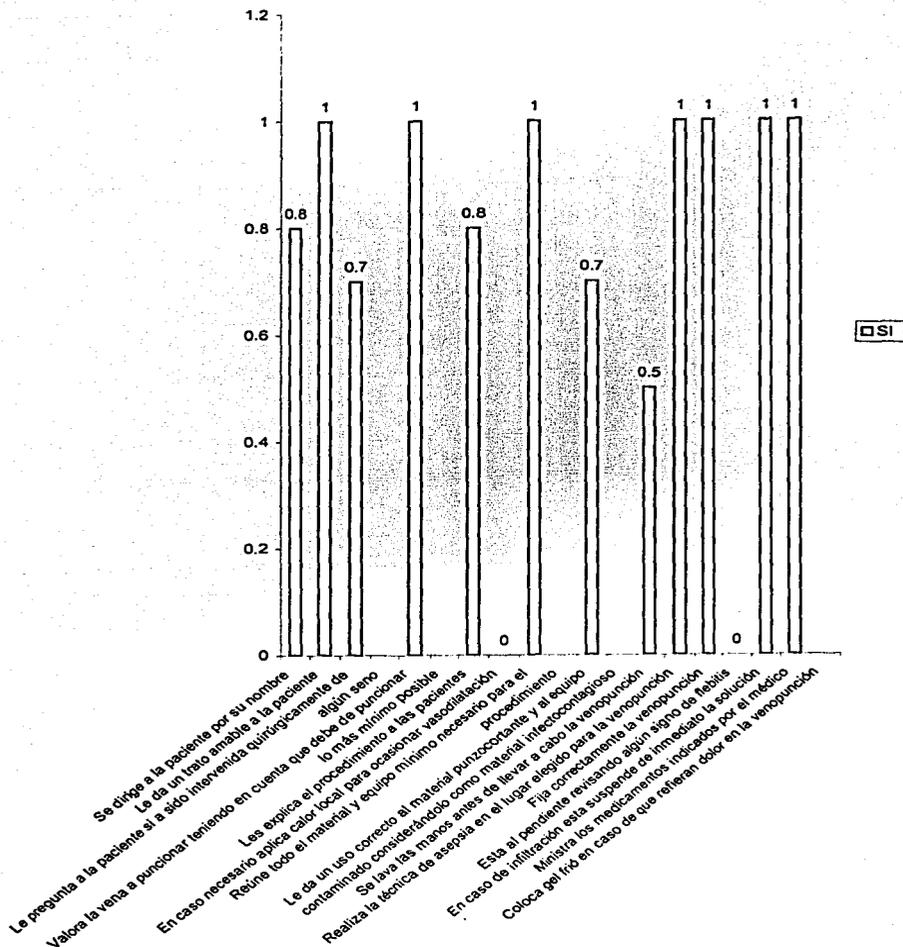
INTERNAMIENTO TEMPORAL AL SERVICIO



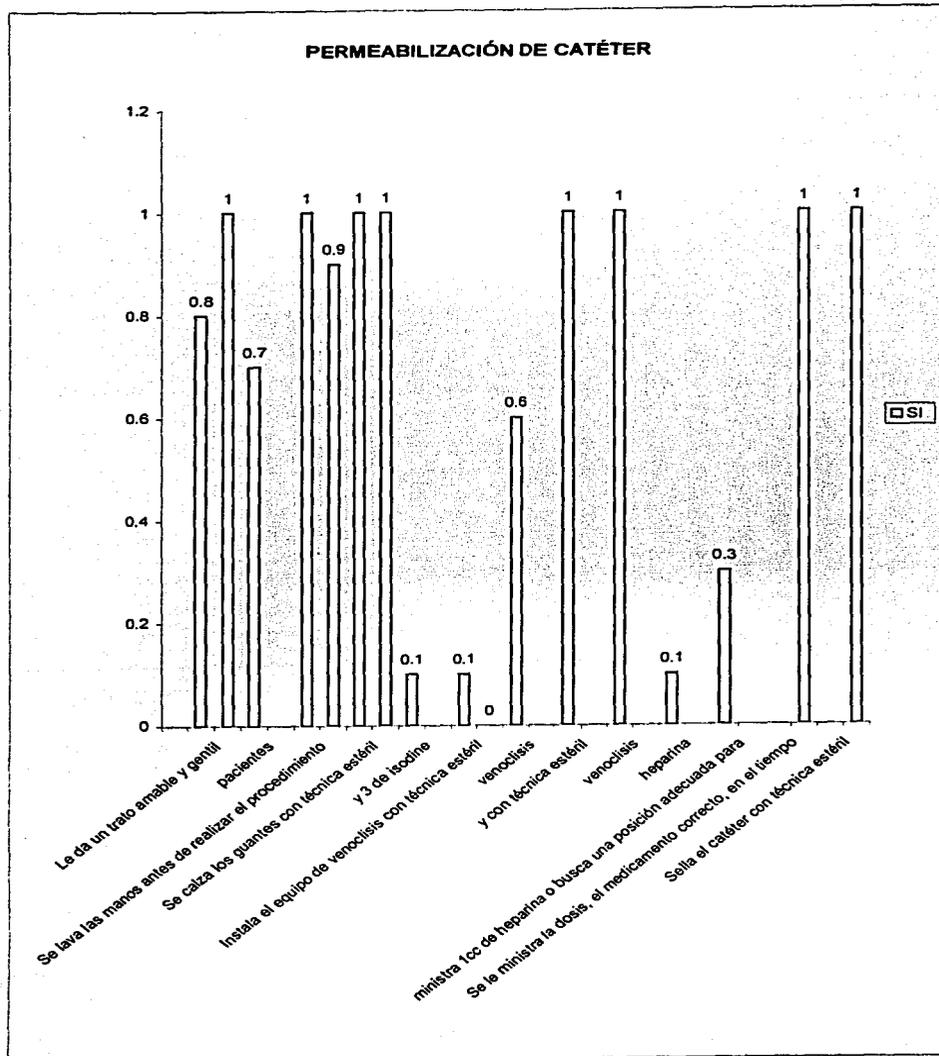
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



INSTALACIÓN DE VENOCLISIS



PERMEABILIZACIÓN DE CATÉTER



17.- RESULTADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

Después de haber aplicado las encuestas a 40 pacientes se encontró que el .43 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera se presentó con ellas, mientras que el .17 de las pacientes están en desacuerdo

Se encontró además que el .53 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera se dirigió hacia ellas por su nombre mientras que el .10 de las pacientes están en desacuerdo

En la pregunta sobre la amabilidad de la enfermera hacia las pacientes se observa que el .52 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera fue amable con ellas, mientras que el .10 de las pacientes están en desacuerdo

Se encontró también que el .45 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera acude cuando esta lo solicita, mientras que el .2 del total de las pacientes están en total desacuerdo

Por otro lado se observa que el .38 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le aclara sus dudas, mientras que el .32 contesto que no sabe y el .10 del total de las pacientes esta en total desacuerdo

Se encontró que el .53 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le realiza diario su curación de su herida, mientras que el .10 de las pacientes esta en desacuerdo

También observamos que el .47 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le ayuda a bañarse cuando esta no puede bañarse sola, mientras que un .5 del total de pacientes esta en desacuerdo.

Se encontró también que el .42 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera mide todo el liquido o sangre que sale por las mangueras que tiene en su herida, mientras que un .35 del total de pacientes no sabe y un .3 de las pacientes esta en total desacuerdo

Además se encontró que un .25 del total de pacientes esta de acuerdo en que las enfermeras le revisa sus mangueras por lo menos 3 veces al día mientras que el .50 de pacientes que no sabe y el .12 del total de pacientes esta en desacuerdo

Por otro lado se observa que el .23 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le explica que debe tener el brazo operado sobre una toalla o almohada que le permita tener el brazo elevado, mientras que el .30 del total de las pacientes están en total desacuerdo.

Así mismo el .30 del total de pacientes están de acuerdo en que la enfermera les explico la importancia de caminar, mientras que un .35 del total de pacientes están en desacuerdo

Además el .65 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le cambia sus vendajes en caso de que se ensucien, mientras que el .10 de las pacientes están en desacuerdo.

También se observa que el .42 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le da su medicamento a tiempo, el .28 no sabe y el .2 esta en total desacuerdo.

Además el .63 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera les explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir después de la operación, mientras que el .12 de las pacientes están en desacuerdo.

Así mismo el .53 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le enseña cuales son los cuidados que deben tener después de que la hayan operado, mientras que el .13 esta en desacuerdo.

Por otra parte el .15 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le explica la posibilidad de usar una prótesis, el .13 no sabe, el .50 esta en desacuerdo y el .12 está en desacuerdo.

Por otro lado el .20 de las pacientes están en total acuerdo y satisfecha con la atención de enfermería que recibió, un .68 del total de pacientes están de acuerdo y un .5 esta en desacuerdo.

Así mismo se encontró que el .30 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en que estuvo en el servicio mientras que el .12 de las pacientes están en desacuerdo.

Además se pudo observar que el .50de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera lo atendió con humanismo, esmero y respeto, mientras que el .7 esta en desacuerdo.

También el .55 del total de las pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le explico cuales son los cuidados que debe de tener en su casa a después de la operación, mientras que el .8 de las pacientes están en total desacuerdo.

Así mismo se observa que el .55 de las pacientes sintió confianza y seguridad cuando la atendía el personal de enfermería, mientras que el .7 de las pacientes están en desacuerdo.

Por ultimo se observo que el .60 de las pacientes están de acuerdo en recomendar el Instituto Nacional de Cancerología, mientras que el .20 de las pacientes no sabe y el .2 están en desacuerdo en recomendar el Instituto.

17.1.-RESULTADOS DEL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA

Se encontró que el .38 del total de pacientes está totalmente de acuerdo en que la enfermera se presenta con ellas diciéndole como se llama, mientras que el .30 está en desacuerdo y el .5 esta totalmente en desacuerdo.

Además se observo que .60 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera se dirige hacia ellas por su nombre mientras que el .23 esta en total desacuerdo.

Se encontró también que el .62 del total de pacientes están de acuerdo en que la enfermera es amable con ellas, mientras que el .7 de las pacientes están en desacuerdo.

También se observo que el .63 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera acude a ellas cuando la solicita, mientras que el .28 de las pacientes están en desacuerdo.

Por otra parte el .63 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le recibe sus medicamentos con agrado mientras que el, .17 de las pacientes están en desacuerdo.

Se encontró también que el .40 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera les explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir cuando se les aplica la quimioterapia, mientras que el .33 esta en desacuerdo.

Así mismo el .25 de las pacientes esta totalmente de acuerdo en que la enfermera le explica que es lo que puede llegar a comer y de que manera, mientras que el .43 esta en desacuerdo y el .7 esta en total desacuerdo.

Por otro lado se observa que el .33 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le explico la forma en que debe lavarse la boca, mientras que el .50 esta en desacuerdo.

También se encontró que el .68 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le explico que en caso de presentar vómito por mas de un día debe de acudir al hospital, mientras que el .12 esta en desacuerdo.

Además el .52 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le aclara sus dudas con amabilidad, mientras que el .20 esta en desacuerdo

Así mismo el .65 del total de las pacientes esta totalmente satisfecha con la atención que le brindo el personal de enfermería, mientras que el .10 esta en desacuerdo

Por otra parte el .45 de las pacientes esta de acuerdo en que la enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en el que estuvo en el servicio, mientras que el .17 de las pacientes están en desacuerdo

También se observo que el .70 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera lo atendió con humanismo, esmero y respeto mientras que el .5 esta en desacuerdo

Por otra parte el .70 del total de las pacientes sintieron confianza cuando las enfermeras la atendían, mientras que el .7 de las pacientes están en desacuerdo

Finalmente se observo que el .80 del total de las pacientes están de acuerdo en recomendar al Instituto Nacional de Cancerología, mientras que el .10 no sabe

17.2.-RESULTADOS DEL SERVICIO DE BRAQUITERAPIA

Por otra parte se encontró que el .60 de las pacientes está de acuerdo en que la enfermera se presenta con ellas diciéndoles como se llama, mientras que el .5 esta en desacuerdo.

Así mismo el .70 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera se dirige hacia ellas por su nombre, mientras que el .10 contestaron que no saben.

De la misma forma el .45 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera es amable con ellas, mientras que el .5 esta en desacuerdo.

También el .55 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera acude cada que lo solicita y esta acude de manera amable, mientras que el .15 contesto que no sabe.

Por otro lado se observo que el .60 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le aclara sus dudas con amabilidad, mientras que el .5 esta en desacuerdo.

Se encontró también que el .45 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera les explico que debía internarse 24 hrs. antes del tratamiento, mientras que el .20 contesto que no sabe.

Además el .55 del total de las pacientes esta de acuerdo en que la enfermera les explico el motivo por el cual debía estar en ayuno, mientras que el .5 de las pacientes esta en desacuerdo.

Por otra parte el .55 de las pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le explico el motivo por el cual le tenían que poner un suero, mientras que el .20 esta en desacuerdo y el .5 esta totalmente en desacuerdo.

También el .45 de las pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le explico el motivo por el cual se tiene que bañar, portar una bata y un brazalete con todos sus datos personales, mientras que el .15 es en desacuerdo.

Por otra parte se observo que el .50 de las pacientes esta totalmente de acuerdo en que la enfermera le realiza la curación de su herida diario, mientras que el .5 esta totalmente en desacuerdo.

Se encontró además que el .40 de las pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le revisa todas sus agujas por lo menos 3 veces al día, mientras que el .5 esta totalmente en desacuerdo

Se pudo observar que el .60 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le da sus medicamentos a tiempo y de manera amable, mientras que el .5 esta en desacuerdo

Por otro lado el .50 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera le explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir después del tratamiento, mientras que el .30 contesto que no sabe

Así mismo el .40 esta de acuerdo en que la enfermera le enseña cuales son los cuidados que debe tener después del tratamiento, mientras que el .10 esta en total desacuerdo

Además el .30 del total de pacientes están de acuerdo en que la enfermera le explica el tipo de alimento que puede comer y de que forma, mientras que el .5 esta totalmente en desacuerdo

Por otra parte se encontró que el .45 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le explico de que manera debe lavarse la boca, mientras que el .10 de las pacientes están totalmente en desacuerdo

Con respecto al tipo de vestimenta el .40 de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le explica que tipo de ropa puede usar así como de que forma puede cuidar su piel, mientras que el .5 de las pacientes están totalmente en desacuerdo

También se observo que el .40 del total de las pacientes están de acuerdo en que la enfermera le explico la posibilidad de usar bastón o una silla de ruedas en caso de que la llegara a necesitar, mientras que el .10 del total de pacientes están en total desacuerdo

Con relación a la satisfacción de los pacientes el .40 del total de las pacientes están totalmente satisfecho con la atención que recibió, mientras que el .5 del total de pacientes están en desacuerdo

Por otra parte el .30 del total de las pacientes están totalmente de acuerdo en que la enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en el que estuvo en el servicio, mientras que el .5 esta en total desacuerdo

Así mismo el .30 del total de pacientes esta de acuerdo en que la enfermera las atendió con humanismo, esmero y respeto, mientras que el .10 del total de pacientes están en desacuerdo

Se encontró además que el .50 del total de pacientes están de acuerdo en que la enfermera le explico cuales son los cuidados que deben de tener en su casa después del tratamiento, mientras que el .20 del total de pacientes esta en desacuerdo

Respecto a la confianza de las pacientes hacia el personal de enfermería el .45 del total de las pacientes sintió totalmente confianza cuando eran atendidas, mientras que el .5 de las pacientes esta en desacuerdo

Por ultimo .45 de las pacientes están de acuerdo en recomendar al Instituto Nacional de Cancerología, mientras que el .5 de las pacientes están totalmente en desacuerdo

18. - CONCLUSIONES

En el presente estudio se logro el objetivo de investigación, que fue evaluar a través de la percepción del usuario la calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería a las pacientes con cáncer de mama en estadio II y III en el Instituto Nacional de Cancerología, en los servicios de quimioterapia, braquiterapia, y cirugía

Con relación al marco teórico, consideramos que pudimos aplicar los conceptos que apoyan la atención de calidad, por lo que podemos concluir que nos acercamos un poco a la aplicación de las etapas del proceso y resultado que desarrollo Avedis Donabedian.

Por lo tanto de la siguiente investigación podemos concluir que la atención que se le brinda a las pacientes con cáncer de mama por parte del personal de enfermería, presenta deficiencias en algunos procedimientos que intervienen directamente en su pronta recuperación del estado de salud, como lo es en el momento de llevar a cabo la venopunción, la mayoría del personal no se lava las manos antes del procedimiento, esto repercute directamente, ya que es un factor de riesgo para que se presente una posible infección, así mismo tenemos que al manipular el catéter, no todas las enfermeras lo realizan con técnica estéril, y este es un procedimiento invasivo, por lo que es de suma importancia conservar la técnica estéril la cual hacen caso omiso de la misma.

Durante la aplicación de la quimioterapia, el personal de enfermería no respeta la técnica de asepsia y antisepsia para la preparación y administración de la quimioterapia, por lo que es un factor de riesgo más para el paciente, debido a que el paciente oncológico es un paciente que se encuentra inmunodeprimido, aunado a la radiación y la quimioterapia, totalmente se encuentra indefenso y a esto le agregamos que no se respeta las medidas de asepsia y antisepsia en los procedimientos de enfermería, es aquí donde se potencializan los factores para orillar a las pacientes a presentar múltiples infecciones oportunistas.

De acuerdo a las encuestas que se aplicaron a las pacientes, podemos concluir que existen algunas deficiencias; las pacientes del servicio de cirugía contestaron que es poco el personal de enfermería que les explica la importancia de mantener el brazo elevado, así como el caminar, además es muy poco el personal que les explica que pueden utilizar alguna prótesis externa en la mama o (sostén), de la misma manera podemos observar que solo algunas pacientes contestaron que están en desacuerdo con la atención que se les brindo por parte del personal de enfermería. En general podemos decir que son pocas pacientes que estuvieron en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con la atención que les brindo el personal de enfermería, así mismo solo 2 pacientes estuvieron en desacuerdo y totalmente en desacuerdo para recomendar al Instituto Nacional de Cancerología como Institución para atención médica a personas con cáncer de mama. Finalmente en los que respecta a satisfacción del usuario pocas pacientes con cáncer de mama son las que se sienten no satisfechas con la atención que les proporciono el personal de enfermería.

19. - SUGERENCIAS

Se hará la propuesta al Instituto Nacional de Cancerología sobre algunas de las opciones que puede llevar a cabo el personal de enfermería para elevar el grado de calidad de la atención de enfermería que se le brinda al paciente con cáncer de mama, y en general a todos los pacientes debido a que su pronta recuperación de la salud, depende directamente de la calidad y prontitud con que es atendido. Por lo que es de suma importancia que el personal de enfermería se actualice y capacite, para que el nivel de calidad de la atención que brinda sea de calidad y calidez

Se realizara la propuesta al Instituto Nacional de Cancerología para que realice manuales de procedimientos por servicio para contribuir a que el personal cuente con bibliografía mínima necesaria para la aclaración de dudas sobre algún procedimiento en específico.

20. –BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez G, Cáncer de Mama, Ed Ateneo, Buenos Aires Argentina 1987, pp. 345
- Atkinson L, Proceso de Atención de Enfermería, Ed Manual Moderno, 7ª Reimpresión, México DF 1996, PP 141
- Avedis D, La Calidad de la Atención Médica, Definiciones y Métodos de Evaluación, Ed La Prensa Médica Mexicana, 1ª reimpresión, México DF, 1991, PP 191
- Arnulfo C, Bioestadística, la Estadística con Aplicación en el área de la Salud, Ed Francisco Méndez, 2ª ed, México DF 1996. pp. 264
- Barber H, Manual de Oncología Ginecológica, Ed Interamericana McGraw-Hill, 2ª ed, México DF 1992, PP 455
- Barquin C, Dirección de Hospitales, Sistemas de Atención Médica, Ed McGraw Hill Interamericana, 6ª ed, México DF 1994, pp. 835
- Dawson B, Bioestadística Médica, Ed Manual Moderno, México DF, 1997, pp. 403
- Beare G, Enfermería Principios y Practica, Ed Panamericana, España, 1993, Tomo II, pp. 378
- Belcher G, Enfermería y Cáncer, Ed Mosby/Doyma, Barcelona España, 1995, pp. 275
- Bertrant H, Control de Calidad Teoría y Aplicaciones, Ed Díaz de Santos, Madrid España 1990, pp. 549
- Brendan G, Principios de Atención de Vías Respiratorias, Ed Manual Moderno, México DF, 1988, pp. 286
- Brunner S, Enfermería Medicoquirúrgica, Ed McGraw Hill Interamericana, 6ª ed, Vol. I, II, México DF, 1989, pp. 1843
- Aburto C, Elementos de Bioestadística, Ed Fondo Educativo Interamericano, México DF, 1979, PP 225
- Levy C, Leboyer, Evaluación del Personal, Ed Díaz de Santos S.A., Madrid España 1992, pp. 179
- Canales H, Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo del Personal de Salud, Ed, Limusa Noriega, México DF, 1998, PP 327

- Canales H, Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud, Ed Limusa Noriega, OPS, OMS, México DF 1990, PP 327
- Carreño H, Enfoques y principios teóricos de la evaluación, Ed, Trillas, 6ª reimpresión México DF. 1998 PP 71
- Castilla S, Estadística Simplificada para la Investigación de Ciencias de la Salud, Ed Trillas, México DF 1991, PP 436
- Cruz H, Lesiones de Oncología Clínica, Ed Aran, 2ª ed, Madrid España, 1998, PP.402
- Daniel W, Bioestadística. Base para el Análisis de las Ciencias de la Salud, Ed Noriega editores, 3ª ed, México DF 1996, PP 384
- Dee G, Gestión de Enfermería una aproximación a los sistemas, Ed Masson-Salvat enfermería, Barcelona España 1994, pp. 611
- Devita Jr. Cáncer Principios y Practica de Oncología, Ed Medica Panamericana, 5ª ed, Vol. 2, Madrid España, 1997, pp. 3125
- Díaz R, Revisiones de Cáncer, Aran, Madrid España 1990, pp. 738
- Donna I, Enfermería Medicoquirúrgica, Ed McGraw-Hill Interamericana, Vol. I, II, México DF 1991, PP 2522
- Dorland S, Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, Ed McGraw-Hill Interamericana, 27ª ed, Tomo I, II, México DF 1996, PP 2489
- Ducan C, Bioestadística, Ed McGraw-Hill Interamericana, México DF 1978, PP 165
- Estepa J, Enfermería y Cáncer, Ed Doyma, Barcelona España 1992, pp. 428
- Esteban C, Manual de cuidados Intensivos para Enfermería, Ed Sprnger, 3ª ed, Barcelona España 1996, pp. 427
- Freeman B, Enfermería Sanitaria, Ed McGraw-Hill Interamericana, México DF 1981, PP 438
- García F, Metodología del trabajo de Investigación Guía Practica, Ed Trillas, México DF 1998, PP. 86
- Ginestal J, Libro de Textos de Cuidados Intensivos, Ed Libro del año SL, Madrid España 1991, Tomo I, pp. 1039

- González R, Legislación en Enfermería, Ed Trillas, 2ª ed, México DF del 2000, pp. 163
- San Martín H, Epidemiología, Teoría, Investigación y Práctica, Ed Díaz de Santos, 1ª reimpresión, Llanos Madrid España, 1990, PP 483
- Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social cuaderno # 13, Ed Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Aguascalientes Ags México 1997, pp. 339
- Instituto Nacional de Cancerología, Manual de Oncología Procedimientos Medicoquirúrgicos, Ed, McGraw-Hill, México DF, DEL 2000, PP 736.
- International Unión Against Cáncer, Manual de Oncología clínica, Ed Doyma, 5ª ed, Barcelona España, 1992, pp. 412
- Varo J, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, un Modelo de Gestión Hospitalaria, Ed Días de Santos, Madrid España 1994, pp. 588
- Yarbro J, Terapia de Apoyo del Paciente Canceroso, Ed Panamericana, Buenos Aires Argentina 1987, pp. 208
- King M, Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Ed Interamericana, McGraw-Hill, 3ª ed, México DF 1990, PP 1177
- Kozier B, Fundamentos de Enfermería Conceptos, Procesos y Práctica, Ed McGraw-Hill, Interamericana, 5ª ed, Vol. I, II, México DF, 1999, PP 2413
- La Mónica E, Dirección y Administración en Enfermería un enfoque practico, Ed Mosby/Doyma libros, 1ª reimpresión, Barcelona España 1995, pp. 447
- Lessier H, Oncología Médica, Ed Manual Moderno, México DF 1980, PP 164
- Lippincott D, Enfermería Práctica, Ed McGraw-Hill Interamericana, Vol. I, II, PP 2522
- Müch L, Métodos y Técnicas de Investigación, Ed Trillas, 1ª reimpresión México DF 1993, PP, 163
- Simms L, Administración de Servicios de Enfermería, Ed Interamericana, 1ª reimpresión, México DF 1986, pp394
- González M, Oncología Clínica 1, Fundamentos y Patología General, Ed McGraw-Hill Interamericana, 2ª ed, Madrid España, 1998, pp. 766

- Marriner A, Administración y liderazgo en enfermería, Ed Harcourt Bracc, 1ª reimpresión, Barcelona España 1997, pp. 523
- Marroquín S, La Gestión en los Sistemas de Control de Calidad, Ed Cesca, 2ª reimpresión, México DF, 1990, PP 126
- Mercado H, Administración Aplicada Teoría y Practica, Ed Limusa Noriega, 6ª reimpresión, Vol. I, II, México DF 1997, PP 1128
- Morton J, Bioestadística y Epidemiología, Ed McGraw-Hill Interamericana, 3ª ed, México DF 1994, pp. 184
- Myers L, Enfermería Principios y Practica, Ed Panamericana, 1ª reimpresión, Tomo I, II, III, IV, Madrid España 1993, PP 1707
- Namakforoosh M, Metodología de la investigación, Ed Limusa, 10ª reimpresión, México DF 1998, PP. 531
- Roper N, Proceso Atención Enfermería, Modelos de Aplicación, Ed McGraw-Hill Interamericana, México DF 1988, pp. 126
- Oliver C, Cáncer de Seno, una guía puede evitar la mutilación de la mujer a cualquier edad, Ed la Prensa Medica Mexicana, México DF 1988, pp. 274
- Otto J, Enfermería Oncológica, Ed Mosby, 3ª ed, España, 1999, pp. 886
- Pólit D, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Ed McGraw-Hill Interamericana, 5ª ed, México DF 1996, pp. 701
- Quirós G, Tratado de Anatomía Humana, Ed Porrua, Tomo III, México DF, 1989, PP 513
- Raphael S, Vicc International Union Against Cancer, Manual of Clinica Oncology, Ed Wiley-Liss, 7ª ed, 1998, PP. 582
- Reyes P, Administración Moderna, Ed limusa, 9a reimpresión, México DF del 2000, pp. 480
- Robbins L, Patología Estructural y Funcional, Ed McGraw-Hill Interamericana, 2ª ed, México DF, 1985, PP 1518
- Robbins S, Administración, Ed Pretice may, 5ª ed, México DF 1996, pp. 770
- Sackett R, Epidemiología Clínica, una Ciencia Básica para la Medicina Clínica, Ed Díaz de Santos, Los Llanos Madrid España, 1989, PP 475
- Salud Publica de México, Vol. 33, No 6, Noviembre-Diciembre, de 1991, pp. 1675

Secretaría de Salud y Asistencia. Subsecretaría de Salud. Dirección General de Educación para la Salud. México DF 1980, PP. 335

Tamayo T, El Proceso de la Investigación Científica. Fundamentos de Investigación con Manual de Evaluación de Proyectos, Ed Limusa Noriega, 2ª ed, México DF 1993, pp. 157

Thompson B, Ética en Enfermería. Ed Manual Moderna. 1ª reimpresión, México DF 1984, pp. 394

Tortota J, Principios de Anatomía y Fisiología, Ed Harla, 6ª ed, México DF 1998, pp. 1206

Wonnacott H, Introducción a la Estadística, Ed Limusa, 1ª reimpresión, México DF 1981, pp. 515

<http://www.cancernursingsociety.com>

<http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervisión/evaluación.htm>

<http://www.hospitalitaliano.com.ar./pages/deptos/enfermer.htm>

<http://www.uem.es/programs/titulac/asignaturas/enfermeria/803.htm>

<http://www.nursingworld.org/afn/inc/spanish/reformsp.htm>

<http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervisión/mision.htm>

<http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervisión/default.htm>

http://cis.nci.nih.gov/fact/5_6.htm

http://cancernet.nci.nih.gov/clinpdq/soa_span2/100013.html

<http://www.med.uni-bonn.de/cancernet/spanish/100013.html>

<http://www.insp.mx>

<http://www.inegi.gob.mx>

<http://www.nabenet.org/organización>

21. –APENDICES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA ESCOLARIZADO NIVEL LICENCIATURA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
LISTA DE COTEJO APLICADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA



	SI	NO
Se dirige a las pacientes por su nombre		
Les da un trato amable a las pacientes		
Toma los signos vitales mínimo 2 veces por turno		
Revisa que la paciente mantenga el vendaje torácico compresivo		
Valora la herida quirúrgica buscando signos de infección		
Se lava las manos antes y después de cada procedimiento		
Realiza la curación de sondas heridas y drenajes mínimo una vez por turno o cada que sea necesario		
Cuantifica la salida de liquido o sangre de los hemovack o biovack		
Ministra los medicamentos indicados por el medico		
En caso de reconstrucción inmediata la enfermera busca signos de probable necrosis de colgajo o signos de infección		
Evita tomar los signos vitales y soluciones del lado del seno afectado		
Inspecciona el brazo buscando signos de linfaedema		

CURACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre		
Previene la contaminación de la herida quirúrgica mediante un lavado cuidadoso de manos		
Realiza la curación de la herida quirúrgica de acuerdo a indicaciones medicas y evolución del paciente o cada que sea necesario		
Da el cuidado correcto al material y equipo contaminado		
Reúne el material y equipo mínimo necesario para el procedimiento		
Se calza los guantes con técnica estéril		
Utiliza solución antiséptica para la curación de la herida (isodine)		
Retira el exceso de isodine		
Cubre la herida con apositos estériles		
Realiza una correcta fijación de los apositos con tela hipoalergénica (micropor)		
Deja a la paciente en un ambiente limpio y cómodo		
Se le educa a la paciente y a su familia diciendo que no toquen con los dedos la herida quirúrgica y la parte del aposito que tiene contacto con la herida		
Si la paciente se va de alta la enfermera le explica cuales son los cuidados que debe de tener con la herida		
Se le explica en donde puede obtener el material para la curación de la herida		

CURACIÓN DE SONDAS Y DRENAJES	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre		
Le da un trato amable y cortes		

Le explica el procedimiento		
Reúne el equipo mínimo necesario		
Se lava las manos antes y después del procedimiento		
Realiza 3 tiempos de isodine		
Utiliza aplicadores estériles		
Retira el exceso de isodine		
Fija las sondas y drenajes de manera que estas no lleguen a jalarsé y causar un traumatismo mayor a la paciente		
Al vaciar el Biovack, Drenovack, Portovack lo realiza con técnica estéril		
Valora la herida quirúrgica buscando alguna probable fuga de los drenajes		
Inspecciona el brazo buscando signos de linfaedema		

INSTALACIÓN DE VENOCLISIS	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre		
Le da un trato amable a la paciente		
Le pregunta a la paciente si a sido intervenida quirúrgicamente de algún seno		
Valora la vena a punccionar teniendo en cuenta que se debe de punccionar lo mas mínimo posible		
Les explica el procedimiento a las pacientes		
En caso necesario aplica calor local para ocasionar vasodilatación		
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario para el procedimiento		
Le da un uso correcto al material punzocortante y al equipo contaminado considerándolo como material infectocontagioso		
Se lava las manos antes de llevar a cabo la venopunción		
Realiza la técnica de asepsia en el lugar elegido para la punción		
Fija correctamente la venopunción		
Esta al pendiente revisando algún signo de flebitis		
En caso de infiltración suspende de inmediato la solución		
Coloca gel frío en caso de que refieran dolor en la venopunción		

PERMEABILIZACIÓN DE CATETER	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre		
Le da un trato amable y gentil		
Le explica el procedimiento a realizar, y aclara sus dudas a los pacientes		
Reúne todo el material mínimo necesario		
Se lava las manos antes de realizar el procedimiento		
Retira las gasas que cubren el tapón del catéter		
Se calza los guantes con técnica estéril		
Realiza la técnica de asepsia y antisepsia dando 3 tiempos de alcohol y 3 de isodine		
Permeabiliza el catéter con un bolo de 10cc de solución		
Instala el equipo de venocllisis con técnica estéril		
Verifica que haya quedado bien fijado el catéter con el equipo de venocllisis		

Cubre nuevamente la unión del catéter y el equipo con gasas estériles y con técnica estéril		
Se cerciora de que no haya quedado pinzado el catéter o el equipo de venoclisis		
La enfermera les pregunta a las pacientes si son alérgicas a la heparina		
En caso de que no haya una buena permeabilidad, la enfermera ministra 1 cc de heparina o busca una posición adecuada para permitir la permeabilidad		
Se le ministra la dosis, y el medicamento correcto, en el tiempo correcto, por la vía correcta a la paciente correcta		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA ESCOLARIZADO NIVEL LICENCIATURA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
LISTA DE COTEJO APLICADA EN EL SERVICIO
DE BRAQUITERAPIA



	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre		
Le menciona que estará en ayuno a partir de las 22 hrs.		
Se le indica que debe de darse un baño de regadera a partir de las 6:00 AM		
Se le explica a la paciente que se le instalara un suero, por medio de una venopunción o en caso de que la paciente tenga catéter venoso central será por el catéter		
Se le explica a la paciente que se le vendaran sus piernas, de la misma manera se le menciona que se le colocara una pulsera con sus datos personales, así como una bata		
Se le brinda un apoyo psicológico		
Le ministra sus analgésicos y antibióticos de acuerdo a la indicación medica		
Se le toman sus signos vitales por turno		
Verifica los (colpostatos) cargas radioactivas por turno		
Al retirar las cargas radiactivas el personal de enfermería lleva el carro de curaciones y material de sutura		
Se le toma su glicemia por turno en caso de que la paciente padezca de diabetes		
Se le menciona la posibilidad de realizar colutorios con nicostatin		
Se le menciona que tipo de dieta puede ingerir		
Se le indica que alimentos no puede tomar o comer		
Se le indica que no puede hacer uso de lociones		
Se le indica que no puede depilarse		
Se le educa para que esta pueda irrigar las zonas de descamación con solución salina o compresas húmedas frías 3 o 4 veces al día		
Se le indica que puede aplicarse vendajes hidrocoloideos en los sitios de dermatitis y descamación húmeda		
Se le menciona que debe evitar exponerse al sol y que si es necesario salir debe de utilizar sombrero o sombrilla, así como la utilización de algún filtro solar con un factor de protección alto		
Se le indica que puede utilizar algún bastón o silla de ruedas debido al cansancio que origina la radioterapia		
Se le menciona que puede comer raciones pequeñas y frecuentes de alimentos de esta forma la paciente no-se vera abrumada y comerá durante el día		
Se le educa a la paciente y a su familia acerca de las medidas de precaución sobre la neutropenia, trombocitopenia y anemia		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA ESCOLARIZADO NIVEL LICENCIATURA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
LISTA DE COTEJO APLICADA EN EL SERVICIO
DE BRAQUITERAPIA



	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre		
Le menciona que estará en ayuno a partir de las 22 hrs.		
Se le indica que debe de darse un baño de regadera a partir de las 6:00 AM		
Se le explica a la paciente que se le instalara un suero, por medio de una venopunción o en caso de que la paciente tenga catéter venoso central será por el catéter		
Se le explica a la paciente que se le vendaran sus piernas, de la misma manera se le menciona que se le colocara una pulsera con sus datos personales, así como una bata		
Se le brinda un apoyo psicológico		
Le ministra sus analgésicos y antibióticos de acuerdo a la indicación medica		
Se le toman sus signos vitales por turno		
Verifica los (colpostatos) cargas radioactivas por turno		
Al retirar las cargas radiactivas el personal de enfermería lleva el carro de curaciones y material de sutura		
Se le toma su glicemia por turno en caso de que la paciente padezca de diabetes		
Se le menciona la posibilidad de realizar colutorios con nicostatin		
Se le menciona que tipo de dieta puede ingerir		
Se le indica que alimentos no puede tomar o comer		
Se le indica que no puede hacer uso de lociones		
Se le indica que no puede depilarse		
Se le educa para que esta pueda irrigar las zonas de descamación con solución salina o compresas húmedas frías 3 o 4 veces al día		
Se le indica que puede aplicarse vendajes hidrocoloides en los sitios de dermatitis y descamación húmeda		
Se le menciona que debe evitar exponerse al sol y que si es necesario salir debe de utilizar sombrero o sombrilla, así como la utilización de algún filtro solar con un factor de protección alto		
Se le indica que puede utilizar algún bastón o silla de ruedas debido al cansancio que origina la radioterapia		
Se le menciona que puede comer raciones pequeñas y frecuentes de alimentos de esta forma la paciente no-se vera abrumada y comerá durante el día		
Se le educa a la paciente y a su familia acerca de las medidas de precaución sobre la neutropenia, trombocitopenia y anemia		

Se le educa a la paciente para que practique el cuidado bucal después de cada comida		
Se le permite a la paciente que exprese temores, preocupaciones e inquietudes		
Se le instruye a la paciente acerca de los efectos secundarios, como lo es la estomatitis, alteración del gusto, xerostomía, fatiga y cambios cutáneos así como las medidas de autocuidado		
Se le sugiere y canaliza con el odontólogo para la aplicación de fluoruro		

INSTALACIÓN DE VENOCCLISIS	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre		
Le da un trato amable a la paciente		
Le pregunta a la paciente si a sido intervenida quirúrgicamente de algún seno		
Valora la vena a puncionar teniendo en cuenta que se debe de puncionar lo mas mínimo posible		
Les explica el procedimiento a las pacientes		
En caso necesario aplica calor local para ocasionar vasodilatación		
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario para el procedimiento		
Le da un uso correcto al material punzocortante y al equipo contaminado considerándolo como material infectocontagioso		
Se lava las manos antes de llevar a cabo la venopunción		
Realiza la técnica de asepsia en el lugar elegido para la punción		
Fija correctamente la venopunción		
Esta al pendiente revisando algún signo de flebitis		
En caso de infiltración esta suspende de inmediato la solución		
Ministra los medicamentos indicados por el medico		
Coloca gel frío en caso de que refieran dolor en la venopunción		

PERMEABILIZACIÓN DE CATETER	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre		
Le da un trato amable y gentil		
Le explica el procedimiento a realizar, y aclara sus dudas a los pacientes		
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario		
Se lava las manos antes de realizar el procedimiento		
Retira las gasas que cubren el tapón del catéter		
Se calza los guantes con técnica estéril		
Realiza la técnica de asepsia y antisepsia dando 3 tiempos de alcohol y 3 de isodine		
Permeabiliza el catéter con un bolo de 10 cc de solución		
Instala el equipo de venoclisis con técnica estéril		

Verifica que haya quedado bien fijado el catéter con el equipo de venoclisis		
Cubre nuevamente la unión del catéter y el equipo con gasas estériles y con técnica estéril		
Se cerciora de que no haya quedado pinzado el catéter o el equipo de venoclisis		
La enfermera les pregunta a las pacientes si son alérgicas a la heparina		
En caso de que no haya una buena permeabilidad, la enfermera ministra 1 cc de heparina o busca una posición adecuada para permitir la permeabilidad		
Se le ministra la dosis, y el medicamento correcto, en el tiempo correcto, por la vía correcta a la paciente correcta		
Sella el catéter con técnica estéril		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA ESCOLARIZADO NIVEL LICENCIATURA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
LISTA DE COTEJO APLICADA EN EL SERVICIO
DE QUIMIOTERAPIA



RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	SI	NO
La enfermera la llama por su nombre		
Anota en la bitácora la dosis de los medicamentos que recibe		
Es cortés, amable y gentil con las pacientes		
Les pide a las pacientes que firmen la bitácora o pongan su huella digital		

PREPARACIÓN DE SOLUCIONES	SI	NO
La enfermera revisa el buen estado de las soluciones para su posterior administración		
Prepara las soluciones con sus respectivos electrolitos con técnica aséptica		
Llena los cardes antes de la preparación de la quimioterapia		
Purga adecuadamente el equipo de venoclisis sin dejar burbujas de aire dentro del mismo		
Revisa los últimos estudios de laboratorio (niveles de creatinina)		

INSTALACIÓN DE VENOCLISIS	SI	NO
Se dirige a la paciente por su nombre		
Le da un trato amable a la paciente		
Le pregunta a la paciente si a sido intervenida quirúrgicamente de algún seno		
Valora la vena a puncionar teniendo en cuenta que se debe de puncionar lo mas mínimo posible		
Les explica el procedimiento a las pacientes		
En caso necesario aplica calor local para ocasionar vasodilatación		
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario para el procedimiento		
Le da un uso correcto al material punzocortante y al equipo contaminado considerándolo como material infectocontagioso		
Se lava las manos antes de llevar a cabo la venopunción		
Realiza la técnica de asepsia en el lugar elegido para la punción		
Fija correctamente la venopunción		
Esta al pendiente revisando algún signo de flebitis o extravasación de quimioterapia		
En caso de infiltración esta suspende de inmediato la solución con quimioterapia y llama al médico		
Hidrata a las pacientes de acuerdo al esquema de quimioterapia		

Indicada por el medico a la cual ha sido sometida la paciente		
Ministra los medicamentos indicados por el medico		
Coloca gel frío en caso de que refieran dolor en la venopunción		

PERMEABILIZACIÓN DE CATETER	SI	NO
La enfermera se dirige a la paciente por su nombre		
Le da un trato amable y gentil		
Le explica el procedimiento a realizar, y aclara sus dudas a los pacientes		
Reúne todo el material y equipo mínimo necesario		
Se lava las manos antes de realizar el procedimiento		
Retira las gasas que cubren el tapón del catéter		
Se calza los guantes con técnica estéril		
Realiza la técnica de asepsia y antisepsia dando 3 tiempos de alcohol y 3 de isodine		
Permeabiliza el catéter con un bolo de 10 cc de solución		
Instala el equipo de venoclisis con técnica estéril		
Verifica que haya quedado bien fijado el catéter con el equipo de venoclisis		
Cubre nuevamente la unión del catéter y el equipo con gasas estériles y con técnica estéril		
Se cerciora de que no haya quedado pinzado el catéter o el equipo de venoclisis		
La enfermera les pregunta a las pacientes si son alérgicas a la heparina		
En caso de que no haya una buena permeabilidad, la enfermera ministra 1 cc de heparina o busca una posición adecuada para permitir la permeabilidad		
Se le ministra la dosis, y el medicamento correcto, en el tiempo correcto, por la vía correcta a la paciente correcta		
Al termino de la ministración de la quimioterapia, la enfermera pasa un bolo de 10 cc de solución y 1 cc de heparina		
Sella el catéter con técnica estéril		
Le brinda apoyo emocional durante la aplicación de quimioterapia		

PREPARACIÓN DE LA CAMPANA DE FLUJO LAMINAR Y QUIMIOTERAPIA	SI	NO
Abre el equipo de la campana de flujo laminar con técnica estéril, teniendo en cuenta de no contaminar los campos para vestir la campana conservando la técnica estéril		
Viste la campana de flujo laminar con técnica estéril		
Coloca la charola de las torundas con técnica estéril		
Abre las soluciones con técnica estéril		

Abre las jeringas mínimas necesarias para la preparación de la quimioterapia		
Deposita el material y equipo contaminado en los contenedores separando el material punzo cortante, frascos de vidrio y plástico en sus respectivos contenedores		
Destapa los infusores con técnica estéril		
La enfermera llena los mambretes antes de la preparación de la quimioterapia		
Revisa los últimos estudios de laboratorio		
Se viste con técnica estéril		
Hace uso de guantes estériles, cubrebocas y goggles como medida de protección personal		
Conserva la técnica estéril durante la preparación de la quimioterapia		
Se mantiene únicamente dentro del área específica para la preparación de la quimioterapia, con el objetivo de mantener una técnica estéril		
Para la preparación de la quimioterapia utiliza las soluciones adecuadas, así como con jeringas adecuadas		
Sabe el uso y función de los infusores (Baxter y Paragon)		
Dosifica los medicamentos adecuadamente		
Al término de la preparación de la quimioterapia, limpia la campana con hibiskrup y alcohol		
Al terminar de limpiar la campana, es colocada la lámpara de rayos ultravioleta mínimo por 30 minutos		

INTERNAMIENTO TEMPORAL AL SERVICIO	SI	NO
Se dirige a las pacientes por su nombre		
Les explica cual es el funcionamiento del servicio		
Les asigna un reposet previa colocación de una sabana que sirve como funda para cada reposet		
Les toman los signos vitales PRE, TRANS y POST aplicación de quimioterapia		
Les explica que se tiene que un control estricto de líquidos y que se tiene que medir cuanto orina durante toda su estancia durante el servicio		
Les asigna un cómodo con una numeración a cada paciente		
Lleva un correcto llenado de las hojas de enfermería		
Lleva un control estricto de líquidos		
Al término de la ministración de la quimioterapia, se les anota en el carnet la próxima cita o consulta		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA ESCOLARIZADO NIVEL LICENCIATURA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA



Instrucciones:

Le pedimos amablemente nos conteste las siguientes preguntas. Por favor marque con una X, el inciso que considere como respuesta.

NOTA:

La información será de tipo confidencial, con fines docentes y de investigación, por su atención y colaboración le damos las gracias anticipadamente

ENCUESTA APLICADA A LAS PACIENTES DE EL SERVICIO DE CIRUGÍA

Edad: _____ Escolaridad: _____ Entidad Federativa: _____

1. ¿La enfermera se presenta con usted, diciéndole como se llama?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
2. ¿La enfermera se dirige hacia usted por su nombre?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
3. ¿La enfermera es amable con usted?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
4. ¿La enfermera acude a usted cuando lo solicita, y esta acude de manera amable?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
5. ¿La enfermera le aclara sus dudas con amabilidad?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
6. ¿La enfermera le realiza la curación de su herida diario?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo

7. ¿La enfermera le ayuda a bañarse cuando usted no puede bañarse sola, y esto lo hace con amabilidad y respeto?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
8. ¿La enfermera mide todo el líquido o sangre que sale por las mangueras que le dejan en su herida, mínimo una vez por turno?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
9. ¿La enfermera le revisa todas sus mangueras por lo menos tres veces al día?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
10. ¿La enfermera le explica que debe tener el brazo operado apoyado sobre una toalla, almohada o sabana que le permita tener elevado un poco el brazo, durante el tiempo en que esta acostada?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
11. ¿La enfermera le explica la importancia de caminar?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
12. ¿En caso de que se ensucien los vendajes la enfermera se los cambia inmediatamente y lo hace con respeto y amabilidad?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
13. ¿La enfermera le da sus medicamentos a tiempo y de manera amable?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
14. ¿La enfermera le explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir después de la operación?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
15. ¿La enfermera le enseña cuales son los cuidados que debe de tener después de que la hayan operado?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
16. ¿La enfermera le menciona y le explica la posibilidad de usar una prótesis (sostén)?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo

17. ¿Queda usted satisfecha con la atención que le brindó el personal de enfermería?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
18. ¿La enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en que estuvo en el servicio?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
19. ¿Usted considera que la enfermera lo atendió con humanismo, esmero y respeto?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
20. ¿La enfermera le explica cuales son los cuidados que deben de tener en su casa después de la operación?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
21. ¿Siente confianza y seguridad cuando la enfermera lo atiende?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
22. ¿Recomendaría al Instituto Nacional de Cancerología para que otras personas se atiendan?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo



Instrucciones:

Le pedimos amablemente nos conteste las siguientes preguntas. Por favor marque con una **X**, el inciso que considere como respuesta.

NOTA:

La información será de tipo confidencial, con fines docentes y de investigación, por su atención y colaboración le damos las gracias anticipadamente

ENCUESTA APLICADA A LAS PACIENTES DE EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA

Edad: _____ Escolaridad: _____ Entidad Federativa: _____

1. ¿La enfermera se presenta con usted diciéndole como se llama?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
2. ¿La enfermera se dirige a usted por su nombre?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
3. ¿La enfermera es amable con usted
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
4. ¿La enfermera acude a usted cada que lo solicitan?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
5. ¿La enfermera cuando le recibe sus medicamentos lo hace con agrado?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
6. ¿La enfermera le explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir cuando se aplica la quimioterapia?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo

7. ¿La enfermera le explica que es lo que puede llegar a comer y de que manera
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
8. ¿La enfermera le explica como debe lavarse la boca?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
9. ¿La enfermera le explica que en caso de tener vomito por más de un día, debe acudir al hospital?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
10. ¿La enfermera le aclara sus dudas con amabilidad?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
11. ¿Queda usted satisfecha con la atención que le brindo el personal de enfermería
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
12. ¿La enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en el que estuvo en el servicio?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
13. ¿Usted considera que la enfermera lo atendió con humanismo, esmero y respeto?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
14. ¿Siente confianza cuando la enfermera lo atiende?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
15. ¿Recomendaría al Instituto Nacional de cancerología, para que otras personas se atiendan?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA ESCOLARIZADO NIVEL LICENCIATURA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA



Instrucciones:

Le pedimos amablemente nos conteste las siguientes preguntas. Por favor marque con una **X**, el inciso que considere como respuesta.

NOTA:

La información será de tipo confidencial, con fines docentes y de investigación, por su atención y colaboración le damos las gracias anticipadamente

ENCUESTA APLICADA A LAS PACIENTES DE EL SERVICIO DE
BRAQUITERAPIA

Edad: _____ Escolaridad: _____ Entidad Federativa: _____

1. ¿La enfermera se presenta con usted, diciéndole como se llama?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
2. ¿La enfermera se dirige hacia usted por su nombre?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
3. ¿La enfermera es amable con usted?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
4. ¿La enfermera acude a usted cuando la solicita, y esta acude de manera amable?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
5. ¿La enfermera le aclara sus dudas con amabilidad?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
6. ¿La enfermera le explico que debía internarse 24 hrs. antes del tratamiento?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
7. ¿La enfermera le explico el motivo por el cual tenia que estar en ayuno?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo

8. ¿La enfermera le explico el motivo por el cual le tenia que poner un suero antes de recibir su tratamiento?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
9. ¿La enfermera le explico el motivo por el cual se tiene que bañar y el portar una bata del hospital, así como portar un brazaletes con todos sus datos personales?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
10. ¿ La enfermera le realiza la curación de su herida diario?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
11. ¿La enfermera le revisa todas sus agujas por lo menos tres veces al día?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
12. ¿La enfermera le da sus medicamentos a tiempo y de manera amable?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
13. ¿La enfermera le explica cuales son algunas de las molestias que pueden llegar a sentir después del tratamiento?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
14. ¿La enfermera le enseña cuales son los cuidados que debe de tener después del tratamiento?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
15. ¿La enfermera le explica que tipo de alimento puede comer y de que manera?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
16. ¿La enfermera le explico de que manera debe lavarse la boca?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
17. ¿La enfermera le explica que tipo de ropa puede usar así como de que forma puede cuidar su piel?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo

18. ¿La enfermera le menciona y le explica la posibilidad de usar un bastón o silla de ruedas en caso de que lo necesite?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
19. ¿Queda usted satisfecha con la atención que le brindo el personal de enfermería?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
20. ¿La enfermera mostró interés a su problema durante el tiempo en que estuvo en el servicio?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
21. ¿Usted considera que la enfermera lo atendió con humanismo, esmero y respeto?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
22. ¿La enfermera le explica cuales son los cuidados que deben de tener en su casa después del tratamiento?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
23. ¿Siente confianza y seguridad cuando la enfermera lo atiende?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo
24. ¿Recomendaría al Instituto Nacional de Cancerología para que otras personas se atiendan?
A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) No sabe D) Desacuerdo
E) Total mente en desacuerdo

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
ENTREVISTADO RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA**

EDAD		
OPCIÓN	PROPORCIÓN	No DE PERSONAS
18-23 AÑOS	.2	1
24-28 AÑOS	.56	28
29-33 AÑOS	.20	10
34-38 AÑOS	.22	11
MAS DE 39 AÑOS	0	0
TOTAL:	1	50

SEXO		
SEXO	PROPORCIÓN	No DE PERSONAS
FEMENINO	.72	36
MASCULINO	.28	14
TOTAL	1	50

GRADO DE ESTUDIOS		
ESTADO CIVIL	PROPORCIÓN	No DE PERSONAS
CASADA (O)	.40	20
SOLTERA (O)	.44	22
UNIÓN LIBRE	.12	6
DIVORCIADA (O)	.4	2
OTRA	0	0
TOTAL	1	50

GRADO DE ESTUDIOS		
GRADO DE ESTUDIOS	PROPORCIÓN	No DE PERSONAS
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	.4	2
ENFERMERA TÉCNICA	.34	17
ENFERMERA GENERAL	.22	11
LICENCIADA (O) E. O	.28	14
POSTÉCNICO	.12	6
POSTGRADO	0	0
TOTAL	1	50

CATEGORÍA DENTRO DEL INSTITUTO

CATEGORÍA	PROPORCIÓN	No DE PERSONAS
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	.24	12
ENFERMERA TÉCNICA	.22	11
ENFERMERA GENERAL "A"	.30	15
ENFERMERA GENERAL "B"	.14	7
ENFERMERA ESPECIALISTA "A"	.2	1
ENFERMERA ESPECIALISTA "B"	.8	4
OTRA	0	0
TOTAL	1	50

AÑOS DE EXPERIENCIA COMO ENFERMERA

AÑOS DE EXPERIENCIA	PROPORCIÓN	No DE PERSONAS
1-5 AÑOS	.64	32
6-10 AÑOS	.20	10
11-15 AÑOS	.12	6
16-20 AÑOS	.4	2
21 AÑOS O MÁS	0	0
TOTAL	1	50

AÑOS TRABAJANDO CON PACIENTES ONCOLÓGICOS

AÑOS	PROPORCIÓN	No DE PERSONAS
1-5 AÑOS	.32	16
6-10 AÑOS	.52	26
11-15 AÑOS	.12	6
16-20 AÑOS	.4	2
21 AÑOS O MÁS	0	0
TOTAL	1	50