



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A DISTANCIA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS A MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA EN FASE TERMINAL, EN SEGUIMIENTO
DOMICILIARIO EN EL DISTRITO FEDERAL**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
CAMARGO LEPE MARIA DEL ROSARIO**

**ASESOR:
MTRA. EVERTINA RAMÍREZ DÍAZ
MÉXICO D.F. OCTUBRE 2015**



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrir sus puertas a alumnos que a través del sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) que han el día de hoy concluido los estudios de nivel licenciatura logrando así la culminación de una meta importante en la vida profesional y personal.

A mi Profesora y Asesora Evertina Ramírez Díaz, que con su trabajo y dedicación por la enseñanza, ha contribuido a la elaboración y culminación de esta tesina y así obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

A los profesores que llenaron dos años de carrera universitaria con sus enseñanzas en pro de la formación de un profesional con sólidos conocimientos y valores, que a través de la práctica profesional proporcione atención de calidad a los pacientes y a engrandecer la profesión de enfermería.

Al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por proporcionarme los recursos necesarios para realizar y culminar esta meta profesional.

A los pacientes y familiares del Programa de Cuidados Paliativos que con su experiencia de vida en un proceso tan difícil han engrandecido esta tesina.

A todos ellos Muchas Gracias.

DEDICATORIA

Dedico esta Tesina a:

Mi madre y mi hermano por su apoyo y amor incondicional durante toda mi vida, por su fe en mí y por ayudarme en la adversidad.

A mis amigas y amigos, que con su tenacidad y confianza, impulsaron la búsqueda de mi superación profesional y que en los momentos más difíciles de este camino me alentaron y apoyaron incondicionalmente.

INDICE

1. Introducción.....	6
2. Descripción del Problema.....	8
3. Justificación.....	11
4. Objetivos.....	13
4.1 General	
4.2 Específicos	
5. Marco teórico.....	14
5.1 El cáncer de mama como enfermedad terminal.....	14
5.1.1 Aproximaciones conceptuales.....	14
5.1.2 Epidemiología del cáncer de mama.....	15
5.1.3 Factores de riesgo para cáncer de mama.....	16
5.1.4 Tipología del cáncer de mama.....	18
5.1.5 Estadificación del cáncer de mama.....	20
5.1.5 Tratamiento del cáncer de mama.....	21
6. Cuidados paliativos a mujeres con cáncer de mama y a la familia.....	24
6.1 Antecedentes de los cuidados paliativos.....	24
6.2 Valores que sustentan los cuidados paliativos.....	26
6.3 Cuidados en la esfera física.....	27

6.4 Cuidados en la esfera emocional.....	49
6.5 Cuidados en la esfera social.....	52
6.6 Cuidados en la dimensión espiritual.....	57
7. Consideraciones Finales.....	59
8. Recomendaciones.....	62
9. Referencias Bibliográficas.....	63
10. Anexos.....	69

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un serio problema de salud y una de las principales causas de muerte a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la incidencia del cáncer de mama aumentó un 20% entre 2008 y 2012, con 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados, lo que lo convierte en el segundo tipo de cáncer más común en el mundo y el más frecuente entre mujeres, tanto de los países desarrollados como en desarrollo. La prevalencia y mortandad del cáncer de mama irá en aumento en los próximos años, ya que según las previsiones de la OMS, para 2025 habrá hasta de 2,5 millones de nuevos casos y hasta 800.000 muertes¹

En México, el INEGI reporta, que en el 2013 el cáncer de mama fue la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos en la población de 20 años y más (18.7%). En 2014 se detectó 1 varón por cada 29 mujeres que padecieron cáncer de mama, y en 2013 el tumor maligno de mama fue la segunda causa de mortalidad por neoplasias en las mujeres de 20 años y más (14.8%).²

Hablar de enfermedad terminal, implica hacerlo acerca del proceso de vida de una persona que se enfrenta a múltiples cambios personales, sociales, laborales y económicos, de gran impacto en la vida emocional de las pacientes pero también de la familia, por ser testigo de cómo se va afectando la vida de su ser querido.

Es por esta razón que las pacientes y sus familias manifiestan muchas necesidades, entenderlas y saber ayudar, es el reto que tiene planteado los Cuidados Paliativos, ya que se trata de pacientes que no tienen posibilidades de tratamiento curativo y que no obstante su breve expectativa de vida, siempre será posible la preservación de la calidad de vida mediante la prevención y el alivio del dolor, el control adecuado de los síntomas, la satisfacción de necesidades físicas, psicosociales y espirituales. La importancia de atender a las pacientes en su residencia, es que constituye el hábitat natural de las personas, en él se ubica el

núcleo familiar, es el lugar de referencia de las pacientes y representa parte de su historia personal, pero también constituye la historia de la familia.

El manejo integral de las pacientes oncológicas, durante todas y cada una de las etapas de su enfermedad, demanda por parte del profesional de enfermería, conocimientos científicos específicos, además de un entrenamiento especial para su desempeño en las diferentes áreas relacionadas con la atención de este tipo de pacientes

Este trabajo está estructurado en tres capítulos. En el primero se atiende el planteamiento de la problemática, la justificación y objetivos de la investigación documental.

El segundo capítulo contempla el marco teórico, se presenta la revisión de la literatura realizada sobre algunos aspectos que caracterizan al cáncer de mama como enfermedad terminal.

El tercer capítulo comprende la planeación de los cuidados paliativos en el hogar, de los problemas más frecuentes en el área física, así como las necesidades psicológicas, espirituales y sociales, que el profesional de enfermería brinda a las pacientes en fase terminal y su familia.

Esta revisión se sustentó en el planteamiento de la problemática y los objetivos de la investigación documental.

2. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

2.1 Antecedentes

El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” fue inaugurado el 5 de febrero de 1905, institución que se ha caracterizado desde sus inicios en proporcionar asistencia gratuita a los enfermos, a través de la ponderación de los principios de no discriminación, mismos que continúan vigentes. Durante la gestión del Dr. Francisco Higuera Ballesteros (1974-1984), se impulsó el desarrollo de las diferentes especialidades médicas, entre ellas, la actual Clínica del Dolor, así como la creación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos en 2010, lo que ha permitido proporcionar atención intrahospitalaria, a pacientes oncológicos, pacientes en etapa terminal no oncológicos y pacientes pediátricos³.

A partir del establecimiento del programa de Cuidados Paliativos en 2011, se inicia la atención domiciliaria de pacientes en etapa terminal mediante visita domiciliaria, así como de atención psicológica, tanatológica, atención telefónica y el manejo de diversos signos y síntomas. El equipo multidisciplinario de Cuidados Paliativos del Hospital General de México está integrado por: Médicos Algólogos, Oncólogos, Geriatras, Enfermera Paliativista, Psicólogos, Tanatólogos, Trabajadores Sociales y Nutriólogos.

De acuerdo a la OMS, el cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo, debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.⁴

Según el Cuaderno Estadístico del Hospital General de México, el cáncer de mama está ubicado como la primera causa de consulta en ambos sexos, de enero a marzo de 2013 (Cuadro 2), y en este mismo período se reportó como la treceava causa de muerte.

En el instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de mama ocupa la primera causa de mortalidad hospitalaria⁵ (Gráfica 1). De acuerdo con la Subsecretaría de Promoción y Protección de la Salud, en el 2008 el 10.9% de los casos de cáncer en México estaban relacionados con tumores en las glándulas mamarias. Este tipo de cáncer ocupa el segundo lugar de prevalencia a nivel nacional y es el primero si se toma en cuenta únicamente a la población femenina.

Según el INEGI, casi el 70% de los casos de cáncer de mama se presenta en mujeres de entre 30 y 59 años de edad. Sin embargo la tasa de mortalidad más alta se da en mujeres mayores de 60 años. El cáncer de mama fue la principal neoplasia que se presentó en la población mexicana de 20 años y más en 2012, con predominio en las mujeres (30.9%). En ese mismo año se reportó, que de cada 100 fallecimientos por tumores malignos en mujeres de 20 años y más, 15 fueron por cáncer de mama⁶.

Ante este panorama, la atención hoy en día de esta enfermedad, representa una prioridad en los sistemas de salud, no solo a nivel de prevención, atención oportuna y rehabilitación, sino que es de suma importancia abarcar la atención paliativa de las pacientes y la educación a los familiares en la atención de las necesidades de las pacientes para que puedan ser atendidas en el hogar, cuando cursan por un proceso de terminalidad.

Para Bonfill Abella (2009), el cáncer es una de las enfermedades más traumáticas y perturbadoras en la vida de un ser humano, el cual ocasiona cambios radicales que afectan de manera totalitaria la vida de los individuos, su familia y su entorno.⁷

Este problema de salud, afecta no solo a las mujeres que lo padece sino que también el sistema familiar se ve afectado en todos los niveles, ya que además de enfrentarse a su propia angustia y dolor, ha de proveer acompañamiento, apoyo emocional y cuidado físico a la persona enferma, sin olvidar mantener el funcionamiento cotidiano.

De Carlo Lira (2012), refiere que “se ha demostrado que el apoyo familiar de personas con cáncer es un factor protector que contribuye al afrontamiento de la enfermedad y a mejores niveles de bienestar, en paralelo quien asume el rol de cuidador presenta ansiedad, depresión y temor debido a que los cuidados que requieren las pacientes oncológicas son continuos y complejos, afectando la calidad de apoyo proporcionado”⁸.

Por todo lo anterior, es importante contar con licenciados en enfermería que tengan los conocimientos, habilidades y destrezas para proporcionar atención a las pacientes con cáncer de mama en fase terminal, acciones que deben incluir, la educación de los familiares, con la finalidad de prepararlos para proporcionar un mejor cuidado a las pacientes, en el momento de ser egresada a su domicilio, lo que permitirá la disminución de ansiedad, depresión y temor. Todo ello, favorecerá la prevención de la claudicación del familiar, mejorara la comunicación paciente-familia, familia-paciente y paciente-familia-equipo de Cuidados Paliativos.

Por lo anterior y en busca de una respuesta, se plantea la siguiente pregunta de esta investigación documental:

¿Cuáles son las intervenciones que el licenciado en enfermería debe implementar en la atención paliativa, enseñanza y autocuidado de la paciente con Cáncer de Mama terminal y su familia a nivel domiciliario, en el Distrito Federal?

3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

El cáncer de mama es cada vez más frecuente en las mujeres mexicanas; más aún, se ha convertido en la actualidad en uno de los principales desafíos para el sistema de salud en México. En los países en desarrollo, sobre todo en América Latina, la incidencia y la mortalidad se han incrementado de manera notoria debido al envejecimiento poblacional, los cambios en los patrones reproductivos, una mayor exposición a los factores de riesgo y problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado⁹.

En el comparativo mundial, México se ubica en el lugar 101 de incidencia y 135 de mortalidad entre 172 países. En nuestro país el cáncer de mama había ocupado históricamente el segundo lugar de mortalidad por un tumor maligno en la mujer, siempre precedido por el cáncer cervicouterino hasta el año 2006, cuando lo desplazó para ocupar el primer lugar como causa de muerte por cáncer. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la OMS, coloca al cáncer de mama como el segundo tipo de cáncer más común en el mundo -después del cáncer de pulmón-, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados en 2012, y la quinta causa de muerte de todas con 522,000 decesos.¹⁰

Ante tal panorama, la atención de las pacientes con este diagnóstico, representa una prioridad en los sistemas de salud en México, en cuya participación el profesional de enfermería interviene no sólo a nivel de prevención, atención oportuna y rehabilitación, sino también, el integrar a las pacientes con cáncer de mama y a sus familias en la atención Paliativa, cuando por causa de la evolución de la enfermedad, los cuidados pasan a ser domiciliarios.

Cuando se habla de atención domiciliaria a las pacientes con enfermedad en fase terminal, se hace referencia a etapas cercanas a la muerte, ya que presentan un estado

de salud del que puede esperarse una evolución a la muerte en un lapso de tiempo corto¹¹.

El domicilio es el entorno más conveniente para el cuidado de pacientes terminales, siempre y cuando el soporte familiar esté en condiciones de proporcionar estos cuidados. En estos casos, la atención domiciliaria es una opción asistencial como alternativa a la hospitalización prolongada o a la institucionalización del paciente. Entre los beneficios se pueden señalar; que el paciente puede tener similar control de síntomas con calidad de vida, igual que en una institución, el cuidado en el domicilio va a aportar a las pacientes, una mejora en su sensación de autonomía; se previenen problemas de salud mental, de marginación y de aislamiento, así como la posibilidad de fomentar su actividad de autocuidado¹².

Por ello, es necesario contar con profesionales de enfermería que otorguen cuidados de alta calidad, debido a que durante todo el proceso de la enfermedad, se atraviesa por diferentes momentos críticos en los cuales la claudicación familiar y el abandono de los cuidadores se encuentra latente, esto debido a la creciente demanda para cubrir las necesidades de las pacientes, aunado a los procesos de desgaste físico, espiritual, psicológico, emocional y económico por los que atraviesan las paciente y familiares.

El Cuidado Paliativo que se proporciona, es de gran relevancia, ya que se ha demostrado que a mayor cuidado, es posible disminuir las complicaciones que pueden presentarse, se logra disminuir la sobrecarga familiar, previniendo la claudicación del familiar o cuidador primario, y fundamentalmente, mejorar la calidad de vida de las pacientes durante la etapa final de la vida.

Con la elaboración de esta tesina se darán a conocer los cuidados de enfermería en la atención paliativa y los beneficios que la enfermera aporta a las pacientes y sus familiares, a través de la educación del cuidador, que promuevan la independencia

y el autocuidado, que garantice el máximo bienestar al minimizar el sufrimiento de las pacientes y familiares durante la atención en el hogar.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Establecer las intervenciones a nivel domiciliario que el licenciado en enfermería proporciona a las pacientes con cáncer de mama en fase terminal y la enseñanza de los familiares, derivados del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

4.2 Objetivos Específicos

- Diseñar las acciones de enfermería en las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de la paciente con cáncer de mama en fase terminal a nivel domiciliario.
- Proporcionar educación en la atención paliativa a los familiares o cuidador primario para la atención en el domicilio de pacientes con cáncer de mama en fase terminal.
- Distinguir la relevancia de las intervenciones que otorga el profesional de enfermería como parte del equipo multidisciplinario, en la atención de la paciente y la familia con diagnóstico de cáncer de mama en etapa terminal.
- Demostrar la importancia de los Programas de Cuidados Paliativos y su función en la atención de la paciente y la familia.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 EL CÁNCER DE MAMA COMO ENFERMEDAD TERMINAL

5.1.1 Aproximaciones conceptuales

- Definición de cáncer de mama

El cáncer de mama, es una enfermedad multifactorial dependiente de hormonas, con una relación positiva a las altas concentraciones endógenas de estrógeno. Se manifiesta por una proliferación maligna de células del epitelio glandular¹³, que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva y que invade tejidos vecinos, lo que se conoce como metástasis¹⁴.

El cáncer es el resultado de diferentes procesos, el primero es de iniciación, que es la mutación del material genético que transmite a las demás células del órgano o parte del cuerpo afectada, el segundo momento es la transformación maligna de las células ya alteradas y la tercera etapa es la de la progresión desenfrenada de la enfermedad, que pasa de ser local a general¹⁵.

- Cáncer Terminal:

La OMS, señala que el “cáncer terminal hace referencia a un cáncer en fase avanzada en el que los tratamientos curativos dejan de ser de utilidad. La enfermedad se considera incurable y el estado del paciente se deteriora progresivamente”.¹⁶

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud, define los siguientes conceptos en Cuidados Paliativos:¹⁷

- Fase Terminal Avanzada:

Es definida como “aquella en la que el paciente tiene una esperanza de vida corta, con insuficiencia de órganos o sistemas y complicaciones irreversibles finales y pérdida de autonomía en un contexto de fragilidad progresiva”.

- Situación de Agonía:

Hace referencia a la situación que “precede a la muerte cuando ésta se produce en forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognoscitivos y de la consciencia, dificultad de relación o ingesta y pronóstico de vida en horas o días”.

- Calidad de vida:

La calidad de vida “es el ámbito que permite el desarrollo de todas las aspiraciones racionales de una persona. Es un concepto complejo y difícil de delimitar, en el que prima lo personal y elementos objetivos relacionados con el confort y bienestar”.

5.1.2 Epidemiología del Cáncer de mama

De todos los cánceres, el de mama es el de mayor incidencia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se detectan 1.38 millones de nuevos casos, y fallecen 458 mil personas por esta causa. A nivel internacional una de cada ocho mujeres tiene o va a desarrollar el cáncer de mama en el lapso de su vida, es decir, que el 12 por ciento de la población femenina actual en el mundo va a presentar esta enfermedad¹⁸.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2012), señala que el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe; estima que

en 2008 se diagnosticaron poco más de 320 mil mujeres con este padecimiento y calcula que para 2030 se incrementará 60 por ciento¹⁹.

En México según el INEGI, el cáncer de mama constituye a partir de 2006, la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad. En 2011, la incidencia más alta de neoplasias mamarias entre las mujeres de 20 años y más, se ubicó en la población de 60 a 64 años de edad.

En nuestro país, en los últimos cinco años, la tasa de mortalidad observada por cáncer de mama, no ha mostrado grandes variaciones; entre los varones de 20 años y más en 2007, fue de 0.13 por cada 100 mil y disminuyó a 0.11 en 2011; la tasa observada para mujeres de 20 años y más que ha fallecido por cáncer mamario aumentó de 13.92 por cada 100 mil en 2007 a 14.05 en 2011²⁰.

5.1.3 Factores de riesgo en cáncer de mama

En la mayoría de los casos no hay un factor definido como causa, el riesgo de desarrollar un cáncer de mama parece ser multifactorial, entre los más frecuentes están:

- *Edad de la menarca:* La menarca a edad temprana, es la que ocurre antes de los 12 años de edad, se ha relacionado con un incremento del riesgo de cáncer de mama de 10 a 20% en comparación con las mujeres cuya menarca ocurre a los 14 años. El mayor riesgo se atribuye a que en la menarca temprana conlleva a un establecimiento más temprano de los ciclos ovulatorios, un aumento de la duración de la exposición a hormonas y un nivel más alto de estrógenos séricos durante la vida de la mujer²¹.
- *Edad de la menopausia:* Según Torres (2009), la edad tardía de la menopausia, se relaciona con un incremento del riesgo de cáncer de mama, ello se explica, porque la edad tardía de la menopausia expone a

la mujer a un mayor número de ciclos ovulatorios. Se ha demostrado que por cada año que se incrementa la edad de la menopausia, el riesgo aumenta en 3%.

- *Gestación:* hay bajo riesgo si la gestación del primer hijo es antes de los 20 años y se incrementa después de los 35 años, ya que las células viejas tienen una mayor probabilidad de sufrir daño genético que las jóvenes, tener más de un hijo, y el mayor número de meses de lactancia se vincula con factores protectores²².
- *Anticonceptivos orales:* consumirlos incrementa el riesgo, pero disminuye luego de 10 años de suspenderlos. El riesgo es mayor entre menor sea la edad a la que se inicie su uso.
- *Terapia de reemplazo hormonal:* Se aumenta el riesgo al prolongar su uso, porque retrasa la menopausia y se incrementa la densidad de la mama, se reduce después de 5 años de suspensión. El uso por más de 5 años, aumenta la incidencia de 30 al 50%²³.
- *Estilo de vida:* el consumo de una dieta baja en lípidos, se relaciona con menores niveles de estrógeno, lo que reduce la densidad de la mama. Según estudios citados por Veronesi (2005), la carga de mortalidad de cáncer de mama podría reducirse en un 5% si la actividad física se incrementara en un 30%, la cual tiene un impacto benéfico para el cáncer de mama. Por su parte, el consumo de alcohol aumenta en 10% la probabilidad de desarrollarlo.
- *Densidad de la mamografía:* al comparar mujeres con densidad menor al 10% en la mamografía, con aquellas con densidad mayor de 75%, el odds ratio, es 4.7 para cáncer de mama en las mujeres con senos más densos²⁴.
- *Genética e historia familiar:* la herencia está presente en 7 a 10% de los casos, de los cuales el 80%, se da por alteración de los genes BRCA1,

BRCA2 o ambos. Las mujeres que cursan en su vida con una mutación de estos genes, corren hasta un riesgo de 87% de desarrollar cáncer de mama y también un mayor riesgo de desarrollar cáncer de ovario²⁵.

5.1.4 Tipología del Cáncer de Mama

El cáncer de seno se puede dividir en diferentes tipos en función de la forma que presentan las células cancerosas. La mayoría de los cánceres de mama son carcinomas, un tipo de cáncer que comienza en las células (células epiteliales) que revisten los órganos y los tejidos como la mama. Con frecuencia, los cánceres de mama son un tipo de carcinoma llamado *adenocarcinoma*, que es el carcinoma que comienza en el tejido glandular. Otros tipos de cáncer que pueden ocurrir en la mama, son los sarcomas, que empiezan en las células del músculo, grasa o tejido conectivo. En algunos casos, un solo tumor de la mama puede ser una combinación de diferentes tipos o ser una mezcla de *in situ* y cáncer invasivo²⁶.

Bonfil Abella (2009) señala, que el adenocarcinoma se clasifica de acuerdo al lugar donde se origina, puede ser *ductual* o *lobulillar* y por su carácter puede ser *in situ* o *invasor*, a continuación se describen:

- a) Carcinoma *ductual in situ*, es el tipo de Cáncer más común, se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios, es muy localizado y cuando se presenta no se ha extendido a otras zonas y no ha producido metástasis. La mayoría de estos tumores son asintomáticos y tiene un buen pronóstico con una posibilidad de curación de un 100%, es detectable a través de la mamografía la cual arroja como principal hallazgo microcalcificaciones.

- b) Carcinoma *ductual infiltrante*, también conocido como invasivo, inicia en el conducto mamario, lo atraviesa y pasa al tejido adiposo de la mama con la posibilidad de extenderse a otras partes del cuerpo.

- c) Carcinoma *lobular in situ*, se origina en las glándulas mamarias sin ser específicamente un cáncer, pero con el riesgo de desarrollarlo en el futuro, cuando es detectado es de suma importancia que la mujer se realice una mamografía de manera anual para valorar y detectar de forma temprana el posible desarrollo de cáncer, este carcinoma afecta a las dos mamas por igual, en casos avanzados la mamografía no lo detecta, por lo que se implementan otros medios de diagnóstico.

- d) *Carcinoma lobular infiltrante* o también invasivo comienza en las glándulas mamarias y puede diseminarse a otras partes del cuerpo.

- e) *Carcinoma inflamatorio*, es poco común, ya que representa únicamente el 1% de los tumores cancerosos de la mama, sin embargo es uno de los más agresivos, su evolución es rápida, ya que su crecimiento es de forma acelerada; presenta enrojecimiento de la piel de la mama con aumento de la temperatura, engrosamiento de la piel y ahuecamiento de la misma, es comparado con la cascara de una naranja, se observan arrugas y protuberancias debido a que las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos.

Es importante señalar, que dentro de los tipos de cáncer de mama, sin ser clasificado en el grupo de los carcinomas, se encuentra la Enfermedad de Paget, este tipo de cáncer de mama comienza en los conductos de la mama y se propaga hacia la piel del pezón y la areola, en la que estas estructuras toman una apariencia escamosa y rojiza, con áreas de sangrado o supuración. La enfermedad

de Paget ha sido asociada al carcinoma ductal in situ o el carcinoma ductal infiltrante. Es un tipo poco común y representa sólo alrededor del uno por ciento de todos los casos del cáncer de mama²⁷.

5.1.5 Estadificación del cáncer de mama

La etapa o estadio, describe la extensión o gravedad del cáncer que aqueja a una persona. El sistema de Estadificación TNM está basado en la extensión del tumor (T), si las células del cáncer se han diseminado a los ganglios linfáticos (N) cercanos (regionales), y si ha ocurrido una metástasis (M). En el cáncer de mama se presentan cinco estadios de proliferación de la enfermedad, se pueden describir como estadio 0, estadio I, estadio II, estadio III o estadio IV. Exámenes físicos, estudios de imágenes, pruebas de laboratorio, informes de patología e informes de cirugía proporcionan información para determinar la etapa en que se encuentra el cáncer²⁸.

A través de los avances de investigación de esta enfermedad, se ha logrado determinar que es potencialmente sistémica, se pueden producirse lesiones de tipo metastásico, las cuales se localizan con mayor frecuencia en hueso, tejidos blandos, hígado y pulmón.

Por ello, para lograr un diagnóstico de extensión, es preciso realizar radiografía de tórax, análisis de laboratorio, que incluya hemograma, función hepática, renal y fosfatasa alcalina. Es necesario realizar un rastreo isotópico, cuando la enfermedad se encuentra en estadios III y IV para descartar metástasis a nivel óseo, así como de ecografía o TAC (Tomografía Axial Computarizada) abdominal, si hay sospechas de metástasis, o cuando la enfermedad se encuentra en estadios III.

5.1.6 Tratamiento del Cáncer de mama

Según Bonfill Abella (2009), el tratamiento del cáncer de mama incluye un abordaje local con cirugía, radioterapia, tratamiento sistémico por medio de quimioterapia, tratamiento hormonal, tratamiento biológico o una combinación de todos ellos.

a) Tratamiento local

- Cirugía

Cuyo objetivo será conseguir un control local de la enfermedad, este tipo de tratamiento puede ser conservador (tumorectomía o cuadrectomía) o de manera radical (mastectomía), para la primera se deberá cumplir con una serie de criterios de inclusión como: el deseo de la paciente, tamaño del tumor inicial ≤ 3 cm, buena relación tumor/mama que permita mantener una buena estética, no multicentricidad y con la posibilidad de radioterapia posterior.

- Radioterapia

Se inicia, después de 5 a 6 semanas de la cirugía, se toma en cuenta en los casos de mastectomía y que se presente afectación de la pared torácica, tumor > 5 cm o con afectación axilar masiva (> 3 ganglios). Este tipo de tratamiento ha demostrado la reducción de hasta el 30% del riesgo de recurrencia.

b) Tratamiento sistémico

- Tratamiento neoadyuvante

En este tipo de tratamiento, se considera la realización de quimioterapia primaria, la cual es administrada antes de cualquier tratamiento local. Cuyo objetivo es la reducción del tamaño del tumor en busca de un tratamiento conservador, a través de la cirugía.

Estudios realizados han logrado demostrar, que existen diferencias en la supervivencia entre quimioterapia previa o su uso posterior a las cirugías en pacientes con tumores en estadio II, se sugiere la implementación de quimioterapia neoadyuvantes basados en antraciclinas y taxanos. En aquellas pacientes con tumores HER-2 positivo que se encuentran con tratamiento neoadyuvante es recomendable el uso de anticuerpos monoclonales (trastuzumab) por la especificidad para este receptor.

- Tratamiento adyuvante

Este tratamiento sistémico, comprende la administración de quimioterapia o terapia hormonal posterior a la cirugía primaria. Su objetivo es eliminar la posible existencia de enfermedad residual microscópica y ayudar a disminuir el riesgo de residualidad local o la diseminación a distancia.

Los agentes quimioterapéuticos más utilizados, administrados solos o en combinación son: fluoracilo, doxirubicina, ciclofosfamida, epirubicina, docetaxel, metrotexate y paclitaxel, se recomienda incluir antraciclinas y taxanos cuando existe afectación ganglionar.

- Hormonoterapia

Es utilizada en pacientes con receptores hormonales positivos, como en el caso de las pacientes pre-menopáusicas deberá administrarse tamoxifeno 20mg/ día

durante un periodo de 5 años y en casos de enfermedad avanzada se debe considerar la posibilidad de ablación ovárica.

Así mismo para las pacientes posmenopáusicas con positividad en los receptores hormonales se recomienda el uso de aromatasa preferentemente o tamoxifeno.

b) Tratamiento paliativo

Esta indicado en el cáncer de mama metastásico, ya que en estadios terminales se considera incurable a pesar de que con las terapias sistémicas actuales existen remisiones prolongadas. Su objetivo es prolongar en lo posible la supervivencia manteniendo un equilibrio entre los beneficios que aportan el tratamiento, los efectos adversos del mismo y la calidad de vida de las pacientes. Para lo cual se sugiere el uso de hormonoterapia, quimioterapia y anticuerpos monoclonales, así como otras terapias que ayuden al manejo de la sintomatología.

La terapia hormonal está indicada en pacientes con receptores hormonales positivos, en ausencia de enfermedad visceral progresiva y con intervalos libres de enfermedad prolongada, mientras que las pacientes con receptores hormonales negativos, así como las pacientes que presenten metástasis visceral cuya evolución es rápida y mortal, se recomienda la quimioterapia paliativa. En los casos que presentan HER-2 con sobreexpresión, son candidatas a combinaciones que incluyan trastuzumab, que es un anticuerpo monoclonal humanizado, cuyo fin es inhibir la proliferación de células humanas tumorales.

En la mayoría de los casos, las pacientes que presentan cáncer de mama metastásico, (MBC por sus siglas en inglés) muestran recurrencia después del tratamiento en etapas tempranas y aproximadamente el 75% de ellas presentarán infiltración a un órgano, ubicándose las principales metástasis, en el sistema óseo, pulmones, hígado y sistema nervioso central.

En pacientes que presentan metástasis ósea, es necesario administrar los bifosfonatos de manera continua y rutinaria, en combinación con medicamentos de quimioterapia, pues estas combinaciones han demostrado reducción de complicaciones y buen resultado en el control de dolor óseo.

Isakoff y Ryan (2009) señalan, que la fase metastásica en estas pacientes, oscila aproximadamente entre 18 a 30 meses, es por ello, que el principal objetivo del tratamiento paliativo es la supervivencia libre de progresión con una mejor calidad de vida y asociado a un control adecuado de síntomas relacionados con la progresión del cáncer²⁹.

6. CUIDADOS PALIATIVOS A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA TERMINAL Y A LA FAMILIA

Cuando se habla de enfermedad terminal, se hace referencia al hecho de que las pacientes tienen que afrontar una serie de cambios en su vida y al igual que su familia, se ve en la necesidad de adaptarse, y modificar el rumbo de cotidianidad relacionado a su situación económica, laboral, familiar, social y espiritual.

Es en el momento que las pacientes en fase terminal recibe su diagnóstico, que deben dar inicio los Cuidados Paliativos a través de los cuales se brinde atención integral a ella y su familia.

6.1 Antecedentes de los cuidados paliativos

Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área, el modelo de hospital de cuidados paliativos se inició en Inglaterra, estableció los principios básicos sobre

una base humanista en los años sesenta, con lo que generó cambios importantes en la forma de atender al enfermo en fase terminal. Sus esfuerzos propiciaron el desarrollo del movimiento “Hospice”, con el fin de conseguir una muerte tranquila, sin tratamientos inciertos y la creación de un clima de confianza, comunicación e intimidad. Decía, que cuidar a los moribundos no se reduce a tratar el dolor. A partir de ello, desarrolló la teoría del “dolor total”, que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. “La experiencia total del paciente comprende ansiedad, la preocupación por la pena que afligirá a la familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en que confiar”³⁰.

Muchos de los principios que hoy rigen los tratamientos paliativos en diversas instituciones asistenciales se basan en este modelo, ya que en 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el programa de Cuidados Paliativos como parte del Control de Cáncer, señala que “la atención paliativa es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que se enfrentan a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento realizando una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”.³¹

En los últimos años la enfermería ha adquirido un protagonismo especial en la etapa final de la vida a través de los cuidados paliativos, los cuales, procuran una mayor calidad de vida a los enfermos con padecimientos crónico degenerativos graves, progresivos e incurables.

Cuando en un estado de terminalidad, se dice que ya “no hay nada que hacer”, es justamente a partir de este momento cuando hay mucho que hacer por el paciente. Buscar un acercamiento a una muerte tranquila, sin molestias terapéuticas innecesarias que prolongan la agonía más que la vida misma, es muy importante, pero más aún si se logra en un ambiente de confianza, comunicación e intimidad, donde la familia ocupe un lugar estratégico cerca de la paciente, procurándose

apoyo mutuo, donde la meta de la atención sea la preservación de la calidad de vida, el confort de la paciente y la familia.

Un aspecto relevante a ser tomado en cuenta por los profesionales de la salud en la atención del enfermo terminal, es considerarlo como el principal protagonista de sus cuidados. Desde esta perspectiva, se debe procurar a los pacientes una mayor calidad de vida, respetando su decisión; ello demanda, una mejor preparación del profesional de enfermería en el ámbito asistencial y humano³².

6.2 Valores que sustentan los cuidados paliativos

La OMS considera, que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y señala los siguientes fundamentos que sustentan la aplicación de Cuidados Paliativos:

- Los Cuidados Paliativos afirman la importancia de la vida, considerando la muerte como un proceso normal dentro de la misma.
- Establecen que no acelera ni prolonga la llegada de la muerte.
- Proporcionan alivio al dolor y a cualquier otro tipo de síntomas que surgen como consecuencia de la enfermedad en fase terminal.
- Integran los aspectos psicológicos, sociales y espirituales en el tratamiento.
- Ofrecen un sistema de apoyo a la familia para afrontar y sobrellevar la enfermedad, la muerte y el duelo posterior.³³

6.3 Cuidados en la esfera física

La presencia de dolor y sufrimiento en el plano físico, provocado por las diferentes complicaciones que se presentan en las pacientes con cáncer de mama en estadios avanzados, hace necesario que el licenciado en enfermería implemente en conjunto con las pacientes y sus familias, diversas estrategias en busca de mejorar y mantener la autonomía de las pacientes, disminuir la claudicación de la familia, mejorar el rol familiar y lograr un cuidado integral y holístico, que favorezca y facilite el cuidado en el domicilio.

Es por ello, que se realizan valoraciones frecuentes de las diversas necesidades de las pacientes y sus familias, estableciendo diferentes diagnósticos de enfermería e implementado sus intervenciones sustentados en los conocimientos adquiridos durante la formación profesional.

Para lograr establecer las intervenciones de enfermería específicas en la atención de pacientes en etapa de terminalidad y su familia, se tomó como referencia, las taxonomías establecidas en la NANDA³⁴, de acuerdo a la valoración constante de las necesidades detectadas, así como sus interrelaciones con las referencias bibliográficas NIC.³⁵, además de la experiencia propia, a lo largo de cinco años de atención directa a pacientes y familiares que enfrentan padecimientos oncológicos y no oncológicos de tipo terminal, los cuales son atendidos en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

6.3.1 Dolor crónico

El dolor crónico, es uno de los síntomas principales que se presenta durante la fase terminal en las pacientes con cáncer de mama, con elevado impacto emocional, asociado a sufrimiento, ubica a las pacientes en el diagnóstico y progreso de su enfermedad, se presenta de un 46-96%³⁶. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, lo define como “una expresión sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial de los tejidos”³⁷. Es por tanto una experiencia subjetiva, cuya vivencia se encuentra relacionada, con el sufrimiento, desesperanza, ansiedad, alteración del entorno y actividad social, el sueño y la capacidad de disfrutar de la vida. Las pacientes se ven inmersas en la desesperación, depresión y resignación, que con frecuencia genera incremento del dolor³⁸.

También puede presentarse, la diseminación de metástasis a nivel hepático, compresión medular y daño neuropático, por ello es necesario que el Licenciado en Enfermería, ponga gran interés en que la familia y las pacientes aprenda a evaluar y a controlar el dolor antes, durante y después de una fase crónica (Tabla 1).

Tabla 1: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Dolor crónico

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Dolor Crónico		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none">• Investigar los factores que mejoran/empeoran el dolor• Facilitar a las pacientes y a la familiar información sobre el dolor (causas, origen, etc.).• Disminuir o eliminar los factores que pueden ocasionar dolor (cambios de posición bruscos, falta de medicación, o apego al tratamiento).	<ul style="list-style-type: none">• Determinar la localización, calidad e intensidad del dolor.• Proporcionar un alivio del dolor óptimo, mediante analgésicos prescritos.• Hacer partícipe a las pacientes, de la elección del medicamento. Asistir a la paciente en la administración del medicamento.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor, a través de la valoración continua de la experiencia dolorosa.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Dolor Crónico

Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Alentar a las pacientes, a mantener una vigilancia de su propio dolor. • Utilizar medidas de control antes de que el dolor sea severo. • Orientar a las pacientes y al familiar en el manejo de herramientas de evaluación del dolor (escala visual análoga). • Indicar a las pacientes y al familiar, la importancia de llevar un diario del dolor. • Orientar a la familia de la importancia y beneficios de mantener un apego al tratamiento analgésico. • Orientar al familiar en la elección del medicamento prescrito. • Confirmar la dosis, vía más adecuada y horarios de la administración analgésica, para lograr el efecto deseado. • Evaluar la capacidad de las pacientes/es en la elección del medicamento en caso de un rescate analgésico. • Animar a las pacientes a expresar su sentir sobre el dolor • Permitir la expresión de sentimientos. • Orientar en la administración de analgésicos, antes de una crisis de dolor severo. • Corregir los conceptos equivocados o mitos sobre los analgésicos, en especial con los opioides. • Disipar dudas, sobre los efectos secundarios asociados al tratamiento farmacológico del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los signos vitales antes de la medicación, para identificar cambios asociados al mismo. • Identificar cambios de posición que favorezcan la disminución del dolor • Implementar actividades de relajación que favorezcan la respuesta analgésica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar actividades de relajación que favorezcan y faciliten la respuesta analgésica • Informar a las pacientes y los familiares sobre el efecto analgésico • Promover acciones que disminuyan posibles efectos secundarios a los analgésicos (irritación gástrica) • De ser necesario, pedir ayuda a la línea telefónica de Cuidados Paliativos, cuando a pesar de la medicación, el control del dolor no sea bueno, u ocasione que las pacientes no pueda dormir, manifieste enojo o llanto, disminuya el apetito, presente menor deseo de visitas o interacción social a causa del mismo.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Dolor Crónico		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a las pacientes/familiares cuando conseguir ayuda médica. • Señalar la importancia, de no suspender la medicación de manera brusca. 		

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.2 Disnea

Es un síntoma subjetivo que se define como la sensación de falta de aire, debido a la diseminación tumoral, en la fase metastásica hacia el área pulmonar, al respecto González Barón (2007) señala que un 27–52% de las pacientes con cáncer de mama en fase terminal, pueden presentar o presentarán disnea. Constituye uno de los síntomas que requieren de la atención inmediata por parte del profesional de enfermería, así mismo representa una de las preocupaciones centrales que refieren las pacientes y los familiares, al momento de brindar la atención domiciliaria, ya que es generadora de angustia, el morir por ahogamiento.

Este síntoma se identifica por la presencia de un patrón respiratorio ineficaz íntima mente ligada al dolor, fatiga de los músculos respiratorios, ansiedad, siendo sus principales manifestaciones, la presencia de disnea, el uso de músculos accesorios para la respiración y presencia de aleteo nasal.

Por lo anterior, el licenciado en enfermería, aplicará sus conocimientos para preparar y orientar a las pacientes y los familiares en el manejo domiciliar de la disnea, con la finalidad de mejorar la atención domiciliaria, disminuir la ansiedad y lograr una atención adecuada y oportuna (tabla 2).

Tabla 2: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Disnea

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Disnea		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener comunicación adecuada con las pacientes y familiares. • Permitir a las pacientes y familiares, la manifestación de sus miedos. • Identificar las maniobras asociadas con la disnea. • Enseñar a las pacientes y familiares, el uso de escalas en la valoración de síntomas (Anexo 7: cuadro 6). • Observar la dificultad de las pacientes para respirar. • Enseñar al familiar sobre los músculos accesorios usados para la respiración. • Enseñar a la familia, los ruidos respiratorios anormales e identificar, signos de alarma (ansiedad, falta de aire). • Prevenir las crisis, evitando los factores desencadenantes (fiebre, tos, estreñimiento). • Instruir al familiar en el correcto manejo del oxígeno y uso de dispositivos (dosis, puntas nasales, mascarillas). • Proveer redes de apoyo, en el mantenimiento y suministro de oxígeno a domicilio. • Orientar al familiar, sobre el beneficio económico de renta o compra de un concentrador de oxígeno 	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar mantener la calma en las pacientes y familiares, pues la ansiedad aumenta la dificultad para respirar. • Realizar técnicas de relajación. • Procurar la compañía de un familiar, ya que genera tranquilidad. • Mantener a las pacientes en una posición que le permita respirar mejor (semi fowler/ fowler). • Abrir ventanas o colocar un ventilador, el aire directo disminuye la ansiedad y la disnea. • Valorar la ministración de oxígeno. • Enseñar a valorar, la frecuencia respiratoria al familiar. • Animar a las pacientes a que realice varias respiraciones profundas. • Fomentar la hidratación por vía oral o gasas húmedas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener contacto con el equipo multidisciplinario. • Procurar mantener el confort de las pacientes. • Mantener a las pacientes, en posiciones que mejoren la respiración (semi fowler/fowler). • Continuar con la oxigenoterapia • Si la condición de las pacientes lo permite retire por periodos, el suministro de oxígeno principalmente durante los periodos de alimentación. • Mantener limpia boca y narinas. • Proporcionar líquidos, y de ser posible, continúe con los ejercicios respiratorios. • Observar si se producen roturas de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno. • Estar pendiente de la presencia de tos y secreciones, de ser necesario pida apoyo al equipo multidisciplinario. • No suspender el suministro de oxígeno en las pacientes que presentan periodos de disnea, pues generalmente se presenta en pacientes con metástasis pulmonar no reversible

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Disnea		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar a las pacientes, la importancia de realizar ejercicios respiratorios • Enseñar a las pacientes los ejercicios respiratorios y uso músculos accesorios en la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la familia a administrar medicamentos inhalados, por medio de micro-nebulizadores. • De ser posible, suspender el oxígeno durante las comidas. • Aplicar escala de valoración de síntomas (ESAS), para estimar, el estado de las pacientes. • Señalar se busque apoyo en la línea telefónica de Cuidados Paliativos, si la disnea no se controla, o la posibilidad de trasladar a las pacientes a un hospital. 	

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.3 Anorexia

La anorexia forma parte de los síntomas frecuentes que presenta los pacientes terminales, González Barón (2007), indica que un 31-85% de las pacientes la manifestará. La anorexia se caracteriza por el desequilibrio nutricional inferior a las necesidades por el que cursan las pacientes, se encuentra relacionada a factores biológicos y psicológicos, las cuales se caracterizan por la aversión a comer, falta de interés en los alimentos, dolor abdominal asociado a metástasis hepáticas, ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas y saciedad inmediata después de ingerir alimentos.

Cuando un paciente es incapaz de alimentarse e hidratarse como lo hacía antes de la enfermedad, se genera en él y en la familia, un estado de angustia y malestar, ya que la falta de apetito se relaciona con un empeoramiento de la enfermedad, y la incapacidad para luchar contra ella³⁹. Esto justifica con frecuencia, obligar al paciente a ingerir alimentos a pesar de que le cause un gran estrés y esfuerzo, por ello, tanto los familiares como las pacientes, necesitan de las intervenciones del profesional de

enfermería y del nutriólogo, en la orientación sobre la reducción de las necesidades nutricionales de las pacientes en relación a la etapa que está cursando su enfermedad, enfatizar en la importancia de no administrar aportes nutricionales fuera de lo que las pacientes pueda ingerir por sus propias capacidades, ya que la nutrición parenteral no conlleva a un aumento de peso ni prolonga la vida, es decir, resulta de poca utilidad en pacientes en fase terminal⁴⁰. (Anexos 8 Y 9).

Las siguientes intervenciones, están orientadas a la atención domiciliaria, por lo que no se incluyen cuidados y manejo nutricional a través de sondas y catéteres, por requerir de valoración constante por parte de profesionales de la salud, tanto para su cuidado como para prevenir complicaciones (Tabla 3).

Tabla3: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Anorexia

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Anorexia		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la familia, que las pacientes terminales ya no necesita la misma cantidad de alimento que una persona sana, ya que tanto su actividad como sus necesidades, se han reducido considerablemente • Subrayar la importancia de la participación de las pacientes, en la elección de los alimentos de su preferencia. • Orientar a la familia, la utilización de platos pequeños y cantidades reducidas de comida. • En la medida de lo posible, evitar los olores que incrementen la inapetencia de las pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la expresión de emociones. • Propiciar, que el comer para la paciente, signifique un acto placentero. • Recomendar a la familia, no forzar al enfermo a ingerir alimento si no tiene apetito • Flexibilizar los horarios de comida al deseo de las pacientes. • Brindar a las pacientes comidas ligeras, y blandas (papillas, puré). • Fraccionar la dieta en 6-7 raciones. • Favorecer que el paciente coma con el resto de la familia, y/o acompañarlo. Ofrecer a las pacientes refrigerios (bebidas, frutas frescas/ jugos) cuando sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la mayoría de los casos de cáncer de mama en fase terminal y con la presencia de múltiples metástasis, se debe ofrecer intervenciones de mantenimiento, ya que este síntoma no logra ser eliminado • Se hará énfasis, en el apoyo de la familia, para que logre entender el síntoma y disminuir la ansiedad que con lleva enfrentar este problema en el domicilio. Informar a la familia, que la administración de líquidos por vía parenteral, requiere una valoración, considerando ventajas e inconvenientes.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Anorexia		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la familia una lista de alimentos ricos en calorías y proteínas. • Valorar el uso de suplementos alimenticios. • Comer en ambientes relajados, con calma. • Permitir la ingesta de alimentos aunque aún no sea la hora de comer. • Enseñar a la familia la presentación del plato (acorde al tamaño de la porción de comida). • Limitar alimentos ricos en grasa o que puedan producir sensación de saciedad. • Si es posible, estimular a las pacientes para que realice algún ejercicio o actividad física acorde a su capacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las dudas, inquietudes. y sentimientos del familiar • Favorecer situaciones de autonomía en las pacientes, y la necesidad de mantenerla. • Orientar a la familia, sobre las alternativas de hidratación, en los momentos de mayor deterioro (raspados de frutas naturales o yogurt congelado). • No abandonar a la familia en los momentos de mayor angustia. • Asegurar una buena hidratación. • Orientar a la paciente y a la familia sobre bebidas energéticas y ricas en proteínas fuera de comida, procurando que no quiten el hambre en las comidas • En caso de saciedad precoz evitar los alimentos flatulentos o ricos en fibra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dicha valoración deberá incluir las expectativas sobre la administración de líquidos, tanto de las pacientes como de la familia.

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.4 Náusea

La náusea es una experiencia subjetiva caracterizada por la sensación desagradable de querer vomitar⁴¹. González Barón (2007) menciona, que es uno de los síntomas que se encuentra presenta en un 19-68% de las pacientes terminales, ya sea durante el uso de quimioterapias durante el tratamiento paliativo, o asociadas a las metástasis abdominales, presencia de dolor, ansiedad, respuesta a malos olores, sabores desagradables e incluso factores de tipo psicológico; suele ser manifestado, por la expresión de las pacientes de tener nauseas, hasta llegar a la aversión por los alimentos; lo anterior condiciona a que el profesional de enfermería, prepare a las pacientes y a las familias para el manejo de este síntoma en el domicilio, favoreciendo con ello, la prevención de periodos de anorexia (tabla 4).

Tabla 4: Intervenciones del Licenciado en enfermería en Nausea

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Nausea		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar por medio de la historia dietética de las pacientes el tipo de ingesta, así como otros factores importantes que intervienen en la alimentación. • Favorecer la comunicación con las pacientes y familiares. • Enseñar a las pacientes y familiares a valorar las náuseas (frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes). • Considerar la necesidad del uso de antieméticos antes de cada comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a las pacientes estrategias en el control de las náuseas (ingesta de líquidos fríos o hielo). • Orientar a las pacientes, la importancia de ingerir porciones pequeñas de alimento entre cada bocado. • Evaluar la necesidad de administrar antieméticos para el control. • Realizar aseos frecuentes de la boca. • Disminuir los factores ambientales causantes del síntoma (aromatizantes, condimentos de cocina, entre otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar en cuenta las preferencias de las pacientes, en el control y tratamiento de las nauseas. • Identificar las medidas que favorecen el control del síntoma y su prevención. • Enseñar a las pacientes y familiares, la realización de técnicas no farmacológicas para controlar el síntoma (imaginación simple dirigida, terapia musical, entre otros). • Fomentar la relajación y el descanso.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Nausea		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar en conjunto con las pacientes, aquellos aromas o alimentos que ocasionan o intensifican, la presencia de nauseas. • Oriente a la familia, sobre el impacto que genera el síntoma en la vida diaria de las pacientes y en su nutrición. • Identificar los medicamentos que estén relacionados con la presencia de nausea o irritación intestinal. • Identificar los factores personales asociados a la presencia de nauseas (dolor, ansiedad, miedo). • Favorecer la ventilación del hogar, principalmente a la hora de cocinar y al momento de comer. • Fomentar en las pacientes, el aseo continuo de la bocas • Propiciar en la familia el uso de platos y raciones pequeñas. • Usar ropa holgada que no presione el abdomen ni la cintura. Orientar a la familia, en la disminución de grasas y condimentos de los alimentos, para reducir el malestar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a las pacientes y familia, el uso de algunas terapias de relajación (musicoterapia, masajes). • Animar a las pacientes a mantener comunicación con el equipo multidisciplinario para mejorar el tratamiento farmacológico y no farmacológico. • Orientar a las pacientes en el cuidado de la ingesta de alimentos secos, como pan tostado, galletas, fritas o verduras cocidas 	

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.5 Estreñimiento

Otro de los síntomas frecuentes que se presenta, es el estreñimiento, se encuentra presente del 23-65% de los pacientes con cáncer en estadios terminales, aunque es importante mencionar que en las pacientes con cáncer de mama se llega a manifestar debido a la presencia de metástasis hepática, la cual puede ocasiona presión intra abdominal u obstrucción (la quimioterapia está indicada para ayudar a disminuir el tamaño de la metástasis), la disminución en la actividad física, así como el uso de opioides para controlar el dolor, se encuentra caracterizado por sensación de distensión abdominal, flatulencia, mal sabor de boca, dolor abdominal, náuseas, anorexia, disminución en la frecuencia de eliminación, heces duras o secas, e incluso incapacidad para eliminar las heces⁴² (Tabla5).

Tabla 5: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Estreñimiento

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Estreñimiento		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la ingesta de líquidos (agua, jugos de frutas). • Indicar al familiar, la importancia del registro de las evacuaciones. • Enseñar a la familia, a identificar los signos que indiquen estreñimiento(Hipoperistalsis, eses secas o duras). • Orientar a las pacientes y familiares, sobre la relación entre la dieta, el ejercicio e hidratación favorecedores de la eliminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar posibles datos de impactación. • Permitir que las pacientes y familia recurran a soluciones naturales en el manejo del estreñimiento (masajes abdominales, digito punción, téis, etc.). • Informar a la familia, sobre la solicitud de ayuda médica, para la prescripción de laxantes. • Orientar a la familia en el manejo de laxantes y vías de administración. • Animar a las pacientes, a realizar caminatas, o cambios frecuentes de posición en cama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la ingesta de líquidos. • Valorar la necesidad de continuar con la administración de laxantes prescritos si persiste el estreñimiento. • Orientar a las pacientes y a sus familiares para el registro de las evacuaciones así como de sus características. • Aumentar, de ser posible, la ingesta de alimentos ricos en fibra, así como la hidratación.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Estreñimiento		
Antes	Durante	Después
	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a la familia y a los pacientes, del periodo adecuado para la resolución del problema y la importancia de solicitar ayuda profesional si no se soluciona en tres días 	

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.6 Fatiga

La fatiga o astenia, es el estado de cansancio o debilidad y agotamiento generalizado tanto físico como psicológico, el cual se encuentra caracterizado por la falta de energía para realizar las actividades de la vida diaria⁴³, este síntoma se observa, en un 75%⁴⁴ de los pacientes con cáncer en etapa terminal o con metástasis ósea. La fatiga puede tener un gran efecto negativo sobre la capacidad de una persona para funcionar y sobre su calidad de vida⁴⁵. Es uno de los efectos secundarios más desgastantes para quien lo sufre, así como de su entorno familiar. Se encuentra íntimamente relacionada con el estado avanzado de la enfermedad, depresión, ansiedad, estrés y los acontecimientos vitales de tipo negativo. Este síntoma es manifestado, por la disminución de actividades cotidianas, somnolencia, falta de energía, cansancio, manifestaciones de continuar cansada aun después de periodos de sueño largos, presencia de culpa, por la falta de capacidad para cumplir con sus responsabilidades (Tabla 6).

Tabla 6: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Fatiga

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Fatiga		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar en las pacientes, la expresión de sentimientos y necesidades. • Identificar los factores que contribuyen a la fatiga. • Establecer con la familia, el registro de las horas de sueño que realiza las pacientes. • Evitar interrumpir los periodos de descanso de las pacientes. • Participar con la familia, en la identificación de las actividades que las pacientes puede realizar. • Fomentar la ingesta de alimentos ricos en contenido energético. • Observar la aparición de síntomas generados por fatiga (crisis de dolor), y dar tratamiento adecuado. • Orientar a las pacientes a establecer metas realistas a corto plazo • Propiciar la organización de las actividades de la vida diaria, para disminuir el exceso de fatiga. • Establecer con las pacientes y familiares, actividades que permitan disminuir el sueño diurno y fomente descanso durante la noche. • Explicar a las pacientes, la importancia de realizar baños con agua tibia antes de dormir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a las pacientes a que identifique el momento del día en que se siente más fatigada o tiene más energía. • Orientar a las pacientes a priorizar las actividades que considera importantes y cuáles puede delegar. • Permitir a las pacientes periodos de alimentación flexibles. • Señalar la conveniencia de descansos cortos y frecuentes. • Explicar a las pacientes la necesidad de tomar periodos de descanso entre la realización de una actividad y el inicio de otra. • Explicar la importancia del descanso antes de sentirse fatigados • Prevenir caídas por medio de aparatos de seguridad. • Dar a las pacientes bebidas calientes, para favorecer la inducción del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar las causas que llegan a ocasionar mayor fatiga en las pacientes. • Valorar las actividades que generan fatiga en las pacientes, y que pueden ser realizadas por el familiar. • Reconocer a las pacientes, las actividades que realiza, y la importancia para su familia. • Fortalecer la autoestima de las pacientes, al reconocer la aportación en su autocuidado.

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.7 Insomnio

El insomnio, es otro de los síntomas que altera la vida de las pacientes, ya que se presenta de 9 a 48%⁴⁶, su atención es necesaria pues ocasiona un deterioro en el funcionamiento y en la calidad de vida de las pacientes, así mismo los periodos de insomnio ocasionan en el familiar cansancio, pues pasa la gran parte de la noche acompañando a la paciente. El insomnio en las pacientes con cáncer de mama está relacionado a los procesos de ansiedad, duelo, depresión, temor, malestar físico (dolor, disnea) y estrés, durante la presencia de estos, la paciente refiere dificultad para conciliar el sueño, problemas para permanecer dormida, falta de energía, sueño no reparador, así como despertarse muy temprano.

El profesional de enfermería, deberá implementar en conjunto con la familia y las pacientes, intervenciones que mejoren la calidad de sueño y por ende ayuden a mejorar la calidad de vida de las pacientes y los familiares (Tabla 7).

Tabla 7: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Insomnio

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Insomnio		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente tranquilo y seguro para las pacientes. • Mantener una escucha activa ante las expresiones de duelo. • Identificar los recursos con que cuenta la familia al momento de ir a dormir (número de: dormitorios, camas, compañeros de cuarto.). • Explicar la importancia de mantener un hábito sueño/vigilia que mejore la calidad de vida de las pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las causas externas asociadas al insomnio (ruidos). • Ayudar a las pacientes a establecer estrategias de resolución a los problemas existentes. • Fomentar si procede, la práctica de costumbres religiosas antes de ir a dormir (oraciones, lecturas religiosas, etc.). • Evaluar, las causas fisiológicas y psicológicas que ocasionan insomnio (dolor, disnea, ansiedad, temor, estrés). 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el impacto de la medicación. • Evaluar los hábitos de sueño/vigilia de las pacientes. • Favorecer una habitación única para el descanso de las pacientes. • Evaluar la rutina cotidiana de las pacientes antes de irse a dormir y favorecer aquellos hábitos benéficos para la inducción del sueño. • Trabajar con la familia y las pacientes, las situaciones de estrés.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Insomnio		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Concientizar el impacto que tiene el insomnio en la calidad de vida de las pacientes. • Registrar el número de horas de sueño de las pacientes. • Evitar la ingesta de alimentos y bebidas estimulantes del sistema nervioso. • Planear con las pacientes, actividades que la mantengan activa y disminuyan las siestas en periodos de vigilia. • Ajustar los horarios de medicación, que no interfieran con las horas de sueño de las pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Señalar a las pacientes, la importancia de disminuir actividades que durante la vigilia ocasionan fatiga y dificultan la conciliación del sueño. • Implementar medidas que reduzcan los factores externos que ocasionan el insomnio (luz, ruido, etc.). • Enseñar a las pacientes y al familiar, algunas técnicas de relajación (terapia musical, masajes, aromaterapia). • Indicar a las pacientes el vaciamiento vesical antes de ir a dormir. • Fomentar medidas afectivas que disminuyan el temor de la noche (acompañamiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la expresión de sentimientos y temores. • Brindar apoyo psicológico a las pacientes, en busca de la disminución de temores.

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.8 Linfedema

El linfedema puede aparecer en cualquier etapa de la enfermedad y llega a afectar el brazo de las pacientes después de la cirugía o la radioterapia, aparece principalmente cuando existe una acumulación de líquido intersticial excesivo así como un aumento de proteínas de alto peso molecular, bacterias y otros elementos, lo cual se encuentra ligado a la presencia de tumoraciones que ocasionan presión sobre los vasos y capilares linfáticos causando así un bloqueo en la circulación linfática normal. Ocasiona no solo la deformidad de la extremidad debido al edema que se presenta si no que causa dolor, pesadez de la extremidad, deterioro de la movilidad por la presencia de fibrosis, ruptura de la piel con supuración de líquido linfático e infecciones.⁴⁷

Es importante incluir en la atención de las pacientes con cáncer de mama en fase terminal, los cuidados requeridos para la prevención y atención inmediata durante la presencia del linfedema. El licenciado en enfermería debe ofrecer intervenciones de mantenimiento, ya que la evolución del linfedema a grado III es irreversible, por el deterioro que presenta las pacientes. Principalmente se hará mayor énfasis en el apoyo de la familia para que logre entender el problema y disminuir la ansiedad que con lleva enfrentar esta complicación en la atención domiciliaria (Tabla 8).

Tabla 8: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Linfedema

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Linfedema		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Integrar a las pacientes en su autocuidado. • Valorar el nivel de compromiso de la familia en el cuidado de las pacientes. • Explicar la importancia de la complicación. • Enseñar las medidas de prevención para controlar el grado de edema y disminuir complicaciones. • Mantener la limpieza de la piel como primer cuidado. • Señalar la importancia de prevenir lesiones y traumatismos (escaras, heridas y/o quemaduras). • Evitar extracción de sangre y toma de presión arterial en el brazo afectado. • Señalar la importancia de evitar la exposición de la extremidad al sol o temperaturas altas durante la elaboración de alimentos o durante el baño. • Animar a las pacientes en el uso de protectores solares y cremas que ayuden a la hidratación de la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar ejercicios y actividad física, indicada por el especialista en linfedema y drenaje linfático. • Enseñar a las pacientes y familia, ejercicios rítmicos y suaves de las articulaciones. • Favorecer la elevación del brazo afectado en los momentos de reposo, así como el uso de cabestrillos de ser necesario. • Evitar el uso de diuréticos como tratamiento farmacológico (producen fibrosis). • Enseñar al familiar el uso y la administración de benzopironas como tratamiento para el edema. • Implementar el uso de mangas de mediana compresión durante las horas del día. • Administración de analgésicos. • Enseñar al familiar, las herramientas de valoración del dolor e identificar la eficacia de los analgésicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una comunicación y acompañamiento activo con la familia y las pacientes. • Permitir y favorecer la expresión de los sentimientos e inquietudes de las pacientes. • Mantener el confort de las pacientes. • Enseñar al familiar y las pacientes el uso y administración de antibióticos. • En casos de linfedema grado III y en pacientes terminales, está contraindicado realizar masajes linfáticos. • Resaltar al familiar la importancia de mantener ejercicios suaves de las articulaciones acorde a las posibilidades físicas de las pacientes. • Favorecer la limpieza e hidratación de la piel.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Linfedema		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Participar con las pacientes y familia, en el uso y elección adecuada de ropa de fibras naturales y holgadas. • Enseñar a las pacientes y familia, el uso de jabones neutros y buen secado de pliegues de la extremidad. • Evitar movimientos bruscos y cargar objetos pesados con la extremidad afectada. • Mantener una ingesta adecuada de líquidos y una dieta equilibrada. • Favorecer la elevación de la extremidad por encima del nivel del corazón, cuando se esté en periodos de descanso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al familiar y a las pacientes los cuidados de higiene e hidratación de la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar y enseñar al familiar el uso de apósitos locales sobre pústulas o heridas supurantes, para prevenir infección y el confort de las pacientes. • Proporcionar al familiar los teléfonos de atención paliativa de 24 horas.

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.9 Úlceras malignas

Las úlceras cutáneas malignas, son el resultado de infiltración tumoral en piel así como de las estructuras vasculares linfáticas, causadas por la progresión de la tumoración local, o por las metástasis, o bien, por el tratamiento paliativo como la radioterapia. Representan una complicación que agrava el problema de salud, además que acentúa la situación psicosocial y emocional en las pacientes y sus familiares.

Debido a la destrucción que la tumoración ejerce en la piel, se ocasionan lesiones ulcerosas abiertas, extensas, fistulosas o excavadas; durante la cual se pierde vascularización que provoca necrosis y proliferación de bacterias aerobias y anaerobias las que originan exudados y presencia de mal olor⁴⁸.

Las ulceraciones son más prevalentes en el cáncer de mama en estadios terminales, este tipo de lesiones se presentan en cuero cabelludo, tórax anterior y miembros superiores, debido a las metástasis y proliferación o extensión del tumor primario.

Esta condición implica que el profesional de enfermería proporcione y enseñe al familiar, los cuidados de las úlceras, con el fin de retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida mediante el alivio de los síntomas físicos, así como disminuir la ansiedad de la familia ante un problema de gran impacto en el medio familiar y personal (Tabla 9).

Tabla 9: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en úlceras Malignas

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Úlceras Malignas		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar zonas de presión y fricción con la Escala de Norton. • Orientar sobre factores de riesgo en la formación de úlceras. • Evitar las arrugas que se forman en las sábanas. • Realizar cambios posturales cada 2-3 horas., • Proteger las zonas de mayor riesgo de formación de úlceras, con el uso de almohadas, protectores, o colchón anti escaras. • Dar masaje suave, en las zonas de mayor riesgo. • Mantener la piel seca e hidratada. • Utilizar productos de limpieza que no irriten la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el control de síntomas locales y sistémicos: dolor, mal olor, exudación, sangrado e infección. • Prevenir la maceración por humedad a través de la aplicación de cremas de barrera. • Evaluar la necesidad de hormonoterapia en presencia de prurito. • Realizar lavados por irrigación suave del lecho y la piel periulceral. • Control de exudado por medio de apósitos de absorción antiadherente como los alginatos. • Control de sangrados por medio de apósitos hemostáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el tratamiento de elección. • Valorar desbridamiento de tejido necrótico. • Continuar con los cuidados enfocados al control de los síntomas y en el mejoramiento del confort y comodidad de las pacientes. • Prevenir la aparición de nuevas ulceraciones en puntos de presión. • Continuar con movilización y cambios de posición cada 2-3 horas. • Movilización asistida para causar menor molestia.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Úlceras Malignas		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el dolor mediante escalas, para determinar, las características e intensidad del mismo. • Identificar los factores que desencadenan dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación tópica de antibióticos como el metronidazol para controlar el olor. • Colocación de apósitos de carbón activado para el manejo del olor. • Manejo del dolor de 45-60 minutos antes de las curaciones y cambios de apósitos (medida de rescate). Educar a la familia en la atención de la ulcera. 	

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.10 Medidas Higiénicas

Entre los principales retos que enfrenta los familiares en el cuidado de las pacientes con cáncer de mama y lo que se ha observado en la propia experiencia, en la atención de este tipo de pacientes y su familia en el ámbito domiciliario, son las relacionadas con la higiene, principalmente en aquellas pacientes cuya postración es prolongada; así mismo se debe tener en cuenta que la dificultad para lograr satisfacer esta necesidad ocasiona en la paciente discomfort, ansiedad e incluso depresión, por el impacto tanto en la esfera física como anímica.

Lo anterior, se encuentra relacionado con el dolor, debilidad y/o deterioro de la cognición (en caso de metástasis cerebral), situación que incapacita a las pacientes para trasladarse al cuarto de baño, dificultad para lavar y secar su cuerpo, lo que rompe con su autonomía e independencia. Por ello, es tarea del profesional de enfermería, centrar parte de los cuidados a la orientación de la familia, que permita enfrentar las necesidades y cuidado de una manera asertiva, que propicie confort a las pacientes y disminución de la ansiedad de los familiares.

Así mismo, es importante integrar a las pacientes en la medida de sus posibilidades a su autocuidado (Tabla10).

Tabla 10: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Medidas Higiénicas

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Medidas Higiénicas		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar la cultura y edad de las pacientes al fomentar las actividades de auto cuidado. • Enseñar a la familia a evaluar el tipo de ayuda que las pacientes requiere. • Mantener la piel limpia, seca e hidratada, emplear jabón neutro para la higiene diaria. • Cuidar en todo momento la integridad de las pacientes y de la familia. • En caso de dolor a la movilización, administrar dosis de rescate analgésico al menos 30 minutos antes del baño, si está prescrito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice la privacidad, y relajación. • Proporcionar a las pacientes los objetos de limpieza para el baño, si es posible, que lo realicen ellas mismas. • En caso de requerir ayuda para el baño, hacer partícipe a la familia. • Enseñar al familiar, cómo realizar un baño de esponja céfalo caudal. • Facilitar a las pacientes el cepillo de dientes, de ser posible permitir que realice el cuidado del cepillado. • Mantener los rituales higiénicos que las pacientes acostumbran. • Conservar las rutinas de las pacientes a la hora de dormir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el secado de pliegues, de requerir ayuda enseñar al familiar. • Mantener la limpieza de uñas, de ser necesario realizar el corte o que las pacientes lo efectúe, si su condición lo permite. • Comprobar la integridad de la piel de las pacientes, aplicar crema o vaselina, para favorecer su hidratación, incluir a la familia. • Enseñar al familiar a realizar la limpieza por medio de toallitas húmedas, cuando el baño no sea posible.

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.3.11 Agonía

La fase agónica es la última por la que cursan los pacientes en etapa terminal, es la etapa más lábil y difícil por la que cursa no solo las pacientes si no también la familia quien se enfrenta a la pérdida de una parte importante de su núcleo familiar; es aquella que precede la muerte cuando esta se produce en forma gradual. En ella las pacientes presenta extrema debilidad en la ingesta de alimentos, el deterioro físico se incrementa, los trastornos cognitivos aumentan y el pronóstico de vida se traduce en horas o días. Es por ello que el Lic. en Enfermería debe brindar a las pacientes y a sus familiares el máximo confort posible, encaminar sus cuidados al control de síntomas y brindar un apoyo y acompañamiento constante .

Durante esta etapa las pacientes presenta alteraciones en las constantes vitales, deterioro del estado de conciencia, alteraciones esfinterianas alteraciones en la movilidad, actividad física y visual, puede haber presencia de estertores pre mortem y la presencia de síntomas relacionados con la muerte se hacen presentes o aumentan. Por lo antes mencionado es importante tener en cuenta en el momento de la atención la valoración de los aspectos socioculturales, psicológicos y de las necesidades físicas de las pacientes y su familia, todo lo antes mencionado con la finalidad de acompañar y asistir a las pacientes en una etapa importante como lo es el cierre del ciclo de la vida (Tabla 11).

Tabla 11: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Agonía

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Agonía		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none">• Observar si las pacientes tiene o cursa por periodos de ansiedad.• Observar cambios de humor.• Comunicar la voluntad de las pacientes.	<ul style="list-style-type: none">• Realice cambios de apósitos en herida y /o tumores o ulceraciones acorde a las necesidades de las pacientes.	<ul style="list-style-type: none">• Retire equipo como puntas nasales, dispositivos subcutáneos, etc., al fallecimiento de las pacientes.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Agonía

Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente y a la familia a compartir sentimientos Apoyar a las pacientes y a la familia en estadios de pena. • Valorar presencia de dolor u otros síntomas durante todo el periodo agónico. • Valorar el deterioro de la capacidad física y/o mental. • Favorecer el descanso. • Mantener acompañamiento de las pacientes y permita la presencia de familiares y amigos. • Respetar la necesidad de privacidad. • Identificar las necesidades de las pacientes y priorizar sus cuidados. • Mantenga a las pacientes limpia por medio de toallitas húmedas. • Lubrique los labios. • Mantenga una comunicación verbal y no verbal en todo momento. • Tenga paciencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Revise dispositivos subcutáneos para ver que no causen incomodidad y sean funcionales para la medicación. No retire la administración de analgesia. • Limpie las fosas nasales y la boca con solución salina. • Valore el uso y necesidad de oxígeno así como el dispositivo para el suministro del mismo, valore la aspiración de secreciones. • Valore la presencia de globo vesical en periodos de ansiedad. • Trate a la paciente con la misma actitud de respeto en todo momento. • Posponer la alimentación en periodos de fatiga, solo ofrecer alimentos que apetezca sean blandos o líquidos, principalmente estos últimos. • En caso de fiebre no coloque medios físicos. • Facilite el apoyo espiritual a las pacientes y a la familia. • Apoye a la familia. • Mantenga a la familia al tanto de la evolución esperada. • Reconozca las aportaciones de la familia. • No juzgue a los familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manténgase con la familia y detecte priorice sus necesidades • Facilite la discusión y la toma de decisiones en los arreglos para el funeral • Apoye a la familia en los trámites requeridos.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Agonía		
Antes	Durante	Después
	<ul style="list-style-type: none"> Aconseje a los familiares prudencia en los comentarios. 	

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.4 Cuidados en la esfera emocional

6.4.1 Depresión

Las pacientes con cáncer de mama cursa por periodos de depresión que inician desde recibir el diagnóstico de cáncer de mama, el enfrentamiento a los diferentes tratamientos, hasta la noticia de encontrarse en fase terminal, este problema señala González Barón (2007), se presenta de 13 a 52%, el que se manifiesta, no solo en su estado anímico, sino en su autoestima, autocuidado y su interacción social con familiares y amigos. Se encuentra íntimamente ligado al deterioro del estado fisiológico así como a periodos de estrés de larga duración, durante los cuales, las pacientes puede presentar disminución del apetito, impotencia en sus cuidados, trastornos del sueño, manifestaciones verbales pesimistas, entre otros.

Para su atención es preciso que el licenciado en enfermería, incluya no solo el apoyo psicológico, sino también deberá recurrir a los vínculos más fuerte que tienen las pacientes; la familia y el apoyo espiritual, así mismo es de suma importancia que este profesional del equipo multidisciplinario en cuidados paliativos, ponga en práctica habilidades de la comunicación que le permitan mejorar la interrelación entre las pacientes, los familiares y el licenciado. en enfermería. Para

lo cual se han tomado como referencia las destrezas básicas para la comunicación y escucha.⁴⁹ (Tabla12).

Tabla 12: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Depresión

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Depresión		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Promover un clima de confianza antes de comenzar. • Asegurar el mantenimiento de una adecuada privacidad. • Acoger con amabilidad a las pacientes y sus familiares. • Procurar sentarse para hablar, ya que da una sensación de escucha activa y tener el tiempo para hacerlo. • Colocarse al lado de las pacientes a una distancia de 50 a 90 cm. • No cruzar los brazos pues puede demostrar una barrera de comunicación entre usted y su interlocutor. • Reducir los motivos o causantes de distracción. • Tratar de escuchar a la otra persona en sus propios términos. • Mantener contacto visual salvo en aquellas situaciones que sean muy emotivas. • Mostrar atención e interés principalmente a los sentimientos expresados. • No levantar la voz. • Procurar no interrumpir o completar las frases de las pacientes y/o los familiares, pues se expresan mejor si no sienten presión de nuestra parte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar sin juzgar los sentimientos de la paciente • Proporcionar apoyo emocional a las paciente y familia • Valorar la aplicación del antidepressivo prescrito, así como la implementación de psicoterapia que mejore su calidad de vida • Ayudar a las pacientes a identificar diferentes sentimientos (ira, tristeza, miedo, etc.) • Ser creíble y no prometer lo que no podemos cumplir. • Estimular a las pacientes a continuar hablando a través de gestos, palabras como “dígame”, “siga por favor” “es muy interesante”, etc. • No adelantarse a las conclusiones. • Valorar pérdida del apetito, trastornos del sueño etc. • Favorecer el contacto físico entre familia y paciente • Favorecer en la familia la manifestación del llanto, como medio para expresar miedo, ansiedad y la depresión • Validar con la familia, los logros de la paciente • Comprender los sentimientos de la paciente, ante la pérdida de sus obligaciones con la familia y del control sobre los acontecimientos de su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir a la paciente y familia la expresión de sus preocupaciones • Dar respuestas claras y sencillas a las dudas o preguntas de la paciente y/o familiares • Ayudar a la paciente a aceptar la dependencia de ciertas actividades de la vida diaria • Guiar y apoyar a la paciente y familia, en la toma de decisiones • De ser necesario remitir a la paciente al profesional de psicología, del equipo multidisciplinario de cuidados paliativos • Fomentar las actividades sociales con la paciente y su familia • Ayudar a la paciente a identificar los puntos fuertes y sus capacidades reales • Apoyar a la paciente y familia en la concertación de una cita con el consejero o guía espiritual • Compartir con la paciente y familia momentos de oración, meditación u otros tipos de apoyo espiritual. • Reflexionar y resumir con las pacientes y/o los familiares, sus principales preocupaciones.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Depresión		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar actitud de escucha respetuosa y comunicación empática. • Reconocer la dignidad y autonomía personal de las pacientes. • Promover el apoyo psicológico especializado. • Permitir a las pacientes, expresar inquietudes y miedos sobre la enfermedad y muertes. • Valorar el estado de ánimo de la paciente (presencia de ideas suicidas). • Mantener control adecuado de otros síntomas que ocasionen disconfort. • Comprobar la capacidad de autocuidado de las pacientes. • Enseñar a las pacientes otras alternativas para manifestar sus sentimientos (pintura, dibujo, música, canto). • Enseñar a las pacientes y familia, técnicas para la resolución de problemas. • Apoyar a las pacientes y familia, a enfrentar los cambios relacionados con el curso de la enfermedad.. • Propiciar en las pacientes y familia el recordatorio de experiencias pasadas agradables. • Promover, la participación de las pacientes en su autocuidado. • Explorar con la familia, aspectos positivos que brinden esperanza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si procede, utilizar la oración, meditación u otros apoyos espirituales • No suponer, siempre procurar preguntar, no imponer, o sugerir y respetar sus costumbres. 	

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.5 Cuidados en la esfera social

Frente al diagnóstico de cáncer de mama, las mujeres experimentan un gran impacto, que se refleja en los efectos que el padecimiento produce desde el punto de vista emocional, personal, familiar, social y económico, que se manifiestan en una serie de respuestas emocionales de ansiedad, tristeza, miedo, depresión, sufrimiento psíquico, así como de sentimientos de vulnerabilidad y de amenaza a la vida de la persona⁵⁰.

Por ello el sistema de salud y en el marco legal, se ha establecido los derechos de los pacientes terminales, los cuales deben respetarse en todo momento y son base fundamental para su atención, por lo cual se mencionan a continuación:

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos⁵¹:

- Recibir atención médica integral;
- Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;

- Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;
- A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza.

Este padecimiento es tan agresivo y traumático, que impacta a las mujeres en todas las dimensiones de su vida, acarreando cambios en el desempeño de sus roles, en la percepción de su imagen corporal y en su calidad de vida. En tales condiciones, se incrementa la necesidad de apoyo social, por lo que la red familiar se convierte en uno de los valores más importantes para aminorar el efecto de la enfermedad, ya que está relacionado a una mejor calidad de vida de las pacientes y mejor ajuste emocional⁵².

A nivel familiar también ejerce un gran impacto la enfermedad terminal del ser querido, habrá incertidumbre, temor, cambios en el funcionamiento familiar y del sistema de vida de cada uno de sus integrantes. Durante la evolución de la enfermedad, la familia necesitará apoyo como, información, facilitación de la organización, acceso a redes de apoyo social, sostén en las etapas de conflicto interno y reconocimiento oportuno del agotamiento familiar.

La importancia del apoyo social las pacientes en etapa terminal, radica en que éste le permite tener interacción con los demás, lo que proporciona un sentido de integración social, de pertenencia, afirmación de valía, y sentido de una ferviente alianza, por ello cobra relevancia la prevención de la claudicación familiar. Al respecto Watson (2008) menciona *“que el apoyo brindado al cuidador o familiar es de suma importancia dentro de la atención que prestan los servicios de cuidados paliativos y que al igual que a las pacientes, deberán tomarse y valorarse los síntomas y necesidades que la familia presente a lo largo del proceso de enfermedad de las pacientes”*.

Es importante que el equipo multidisciplinario pero principalmente el licenciado en enfermería tenga presente los derechos del cuidador principal o de la familia, entre estos se encuentran:

- El derecho a dedicar tiempo y actividades a sí mismos sin sentimiento de culpa
- A experimentar sentimientos negativos por ver al enfermo o estar perdiendo a un ser querido
- A resolver por sí mismo aquello de lo que se es capaz
- A preguntar sobre aquello que no comprenden
- Buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos
- Ser tratados con respeto por aquellos a quienes soliciten consejo y ayuda
- Cometer errores y a ser disculpados por ello
- Ser reconocidos como miembros valiosos y fundamentales de la familia, incluso cuando sus puntos de vista sean distintos
- Quererse a sí mismos y a admitir que hacen lo que es humanamente posible
- Aprender y a disponer de tiempo necesario para hacerlo
- Admitir y expresar sentimientos tanto positivos como negativos
- Derecho a decir “no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas
- Seguir con su propia vida

Con ello, el familiar será capaz de abogar por sus derechos, así como evaluar las necesidades del familiar, sus debilidades y las posibles manifestaciones que permitan detectar la presencia de claudicación; para entablar una adecuada comunicación con el resto del equipo multidisciplinario y apoyarse del trabajador social para facilita el acceso a las redes de apoyo social.

En México actualmente existen algunas fundaciones que se dedican a prestar apoyo a las pacientes y familiares que enfrentan el cáncer de mama, como: la Red

Contra el Cáncer, Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer, A.C., Grupo Reto, A.C., Grupo Pro-Salud Mamaria (PROSAMA) A.C., entre otras. Así mismo, el profesional de enfermería detectará, otros recursos que puedan apoyar al familiar en el cuidado de las pacientes, como pueden ser amigos, vecinos, grupos religiosos u otros familiares.

6.5.1 Claudicación Familiar

La presente tesina está enfocada a mejorar la calidad en el cuidado de las pacientes con cáncer de mama en etapa terminal a nivel domiciliario, es necesario considerar, que a mayor apoyo brindado por el profesional de enfermería a la familia, mayor será la calidad de cuidado otorgado y menor el riesgo de claudicación familiar.

La claudicación se define como la incapacidad de los integrantes para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades de las pacientes⁵³.

La familia es el recurso fundamental y más efectivo de apoyo a las pacientes, ya que no solo brinda el cuidado inmediato y más cercano, sino que sus lazos de parentalidad y de amor hacia la paciente, adquiere un significado trascendente para el éxito de un programa de cuidado a nivel domiciliario o el fracaso del mismo. La claudicación familiar, supone rendirse ante la enfermedad terminal y conlleva un enorme sufrimiento individual y colectivo de los familiares, situación que implica para las pacientes, ser llevado a un servicio de urgencia. Dicha situación, compromete al profesional de enfermería, a proporcionar cuidados a la familia, tendientes a prevenir la claudicación (Tabla 13).

Tabla 13: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en Claudicación Familiar

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en la Claudicación Familiar		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar una escucha activa y permitir la expresión de sentimientos. • Valorar el estado emocional de la familia ante la enfermedad de las pacientes. • Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados en domicilio. • Comprobar la aceptación del familiar como cuidador principal. • Identificar las dificultades en el rol de cuidador. • Determinar el nivel de dependencia de las pacientes. • Enseñar al cuidador técnicas de cuidado para la seguridad de las pacientes. • Enseñar al cuidador técnicas para el manejo del estrés • Orientar al cuidador en el establecimiento de límites y a cuidar de sí mismo • Procurar momentos de "respiro" del cuidador • Determinar la carga psicológica para la familia (Cuadro 9) • Ofrecer esperanzas realistas • Responder a las preguntas de la familia y ayudarlo a obtener respuestas a sus dudas • Proporcionar redes de apoyo que ayuden a cubrir las necesidades como comida, y gastos en la compra de fármacos • Integrar a la familia en el equipo multidisciplinario • Animar a la familia a solicitar ayuda cuando lo requiera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar periódicamente la situación de la familia respecto a los cuidados • Escucha atenta de las demandas y sugerencias de la familia • Identificar signos de agotamiento del cuidador • Ofrecer apoyo al cuidador principal • Reforzar las estrategias para enfrentar los problemas • Apoyar las decisiones del cuidador • Animar al cuidador en los momentos difíciles • Brindar cuidados a la paciente cuando el familiar no pueda ocuparse de ella • Dar información adecuada, comprensible y continua sobre la evolución de la paciente • Determinar el clima de relación y comunicación con el paciente y su familia • Favorecer la comunicación de la familia, con otras familias que estén pasando por experiencias similares • Remitir a la familia a terapia psicológica o con grupos de ayuda tanatológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo espiritual • Acompañar a los miembros de la familia ante periodos de crisis • Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo • Actuar en lugar del cuidador si hay evidencia de sobre carga. • Ante una familia en crisis, es necesario aumentar el apoyo del equipo que atiende al enfermo en domicilio

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

6.6 Cuidados en la esfera espiritual

El hombre es un ser que está integrado por tres dimensiones: la orgánica/somática, la psíquica/mental y la espiritual, la cual constituye la verdadera dimensión del ser humano, pues encierra las aspiraciones, ideales y valores propios. Newberg, (2012) señala que las prácticas espirituales como la oración conducen a “estados duraderos de unidad, paz interior y amor”⁵⁴.

Para muchos pacientes, la fe en sus creencias religiosas, les brinda el impulso interior y la determinación necesaria para superar las dolencias físicas, generándoles una fuerza de recuperación emocional.⁵⁵ Esto conduce a tener esperanza, según Folkman (2010), citado por Núñez (2012), se trata de una “actitud mental de afrontamiento emocional positivo”, que se observa a partir de la desesperanza, la cual genera en un primer momento depresión, pérdida de deseos de vivir, ideación suicida, e incluso muerte⁵⁶.

La esperanza, requiere afirmarse en algo, es decir, tener un objetivo a alcanzar, la capacidad de una persona de generar esperanza en tiempos adversos, dependerá de su personalidad, de su historia de vida, de su situación vital actual (incluida la gravedad de su enfermedad), de su familia o personas cercanas y de la relación médico-paciente. Igualmente, sus creencias o fe, también ejercen influencia. Núñez (2012) señala, que los pacientes con altos índices de espiritualidad, están en mejores posibilidades de desarrollar sus potencialidades para cuidarse y afrontar de manera positiva la situación de gran estrés que genera la enfermedad.

El cuidado espiritual es inseparable del cuidado holístico, se ha demostrado que en el 93% de los pacientes oncológicos, la religión es la que ayuda a mantener y a encontrar esperanza. Por ello, la desintegración de las creencias puede causar aflicción intensa en los pacientes y en la familia; pues éstas, pueden pasar a formar

el núcleo central cuando se enfrenta una enfermedad terminal como el cáncer de mama, ya esta enfermedad amenaza seriamente la vida de las pacientes y la estabilidad de la familia⁵⁷.

La atención de la espiritualidad, ayuda a cubrir necesidades como el significado y propósito de la vida, esperanza y creatividad, creencias, amor hacia los demás y hacia uno mismo, perdón y aceptación, ser escuchado, confianza y logro sobre las prácticas espirituales.

La buena práctica de la espiritualidad ayuda a prevenir que las pacientes y la familia presenten dolor espiritual, el cual se encuentra manifestado por la presencia de la desesperanza, sensación de vacío, sentimientos de injusticia, impotencia, abandono, culpa, ansiedad o temor a Dios.

El profesional de enfermería, está comprometido a implementar en los cuidados dirigidos a las pacientes y la familia, la atención espiritual y la satisfacción de esas necesidades para prevenir el dolor espiritual (Tabla 14).

Tabla 14: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en la Esfera Espiritual

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en la Esfera Espiritual		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar empatía con las pacientes. • Mantener una escucha activa. • Mostrarse receptivo en las necesidades culturales y religiosas de las pacientes y su familia. • Facilitar el acceso de las pacientes a ritos, visita de religiosos, si lo desee. • Brindar apoyo emocional a las pacientes y su familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a las pacientes a revisar su vida pasada, centrarse en hechos y relaciones que proporcionen fuerza y apoyo. • Mantener una escucha activa. • Enseñar métodos y técnicas de relajación, meditación e imaginación guiada. • Compartir con las pacientes experiencias y creencias propias. • Ofrecer a las pacientes las opciones espirituales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la escucha y fomentar la expresión de sentimientos. • Mantener el respeto de sus creencias y valores. • Propiciar la cercanía de la familia, para apoyarle en los momentos de sufrimiento, y vulnerabilidad. • Mantener el apoyo espiritual de las pacientes y lograr en lo posible, paz interior.

Intervenciones del Licenciado en Enfermería en la Esfera Espiritual		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar apertura a los sentimientos de las pacientes acerca de la enfermedad y la muerte. • Tratar a las pacientes con dignidad y respeto. • Mantener en lo posible la autonomía de las pacientes. • Respetar y apoyar sus valores, sentimientos y creencias. • Identificar la naturaleza del apoyo espiritual en las pacientes y la familia. • Propiciar el contacto de la familia y amistades. • Proporcionar un ambiente tranquilo, de privacidad y calor humano. • Favorecer la participación de grupos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir las expresiones de preocupación, soledad e impotencia de las pacientes. • Integre la participación de un consejero espiritual. • Participar en los momentos de oración con las pacientes. • Utilizar recursos materiales de contenido espiritual. Respetar el uso de objetos espirituales de acuerdo a la preferencia de las pacientes. 	

Elaborado por: Ma. Del Rosario Camargo Lepe

7. CONSIDERACIONES FINALES

El cáncer de mama es una enfermedad que mina la existencia de las pacientes y sus familias, en el primer nivel de atención se han logrado hacer hincapié en su detección oportuna y la importancia de la misma. Las mujeres afectada por cáncer de mama en fase terminal requiere de atención a múltiples síntomas, preocupaciones, y devastadoras complicaciones, que llevan a las pacientes y su familia, a enfrentar un deterioro físico, espiritual, económico y social, situación que involucra necesidades cada vez más complejas que exigen ser tratadas de forma integral. Es por ello que resulta significativo que el profesional de enfermería posea conocimientos,

habilidades y actitudes para brindar cuidados paliativos a estas pacientes y sus familias.

Este profesional, es pieza clave del equipo multidisciplinario, el cual empatiza desde el primer contacto con las pacientes, a ellas y a su familia las acompaña por el duro camino del final de la vida, las apoya, educa, orienta, consuela y camina a su lado para lograr con sus conocimientos y humanidad, llevarlas a alcanzar una calidad de vida y a conseguir una muerte digna, respetando su autonomía y empoderando a la familia para enfrentar la situación.

Para los pacientes en etapa terminal, se abre la posibilidad de los cuidados paliativos, como una alternativa de atención a quienes curar no es posible, que se encuentran en una condición de vulnerabilidad humana y que a pesar de ello, le permita descubrir su propio sentido de sufrimiento y de trascendencia ante la experiencia de proximidad con la muerte, quien a pesar del dolor y del sufrimiento que la envuelve, pueda encontrar una paz interior, que su propia vivencia y personalidad le permitan.

Los Cuidados Paliativos están dirigidos a preservar la máxima calidad de vida posible a las pacientes y su familia. En nuestro país, se encuentran en sus comienzos y serán pieza clave de la atención para la población no solo de pacientes terminales oncológicos, sino también, de aquellos que cursan otras enfermedades que los llevarán a la terminalidad, ya sea por complicaciones o la etapa de vida en que se ubique el paciente.

La experiencia obtenida durante la visita y atención domiciliaria a este tipo de pacientes y sus familias ha sido enriquecedora pues el programa de cuidados paliativos ofrece a las pacientes mayor reintegración a sus actividades de la vida diaria, ya que ayuda a mantener una mejor atención en el domicilio, disminuye la claudicación familiar y el ingreso innecesario de las pacientes al hospital, lo que permite a las mismas tener calidad y calidez, ya que al tener cerca a sus seres

queridos en su espacio vital durante los últimos momentos de su vida con la orientación y educación adecuada de la familia les permite sentirse en mayor confort logrando así satisfacer sus necesidades dentro de un entorno de confianza y amor, así mismo proporciona a los familiares empoderamiento disminuyendo el miedo, la impotencia y la ansiedad así como la desesperación los cuales quizá no logren desaparecer pero al ser ellos quienes otorgan los cuidados dentro del hogar les ayuda a elaborar un mejor duelo.

Para el licenciado en enfermería implica poner en práctica sus conocimientos para otorgar una atención integral que permita en lo posible ayudar a las pacientes a tener una muerte digna, dejando a este profesional una gran enseñanza a través del desarrollo de habilidades y destrezas para enfrentar los retos que demanda atender el cierre de un ciclo de vida.

8. RECOMENDACIONES

Los cuidados paliativos, constituyen una alternativa importante para el paciente en fase terminal al considerar no sólo al enfermo, sino también a su familia que sufre por no saber cómo manejar la situación de atención en el domicilio; ya que tanto el enfermo como la familia tienen necesidades, muchas de ellas en coincidencia y otras muy particulares respecto al rol que le toca desempeñar.

A partir de la experiencia académica y laboral en la atención de este tipo de pacientes, me permite tener en cuenta que la tarea de cuidar tiene dos objetivos: apoyar a las personas para hacer frente a los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas, para que puedan llevar la vida con aceptable satisfacción, y ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible a pesar de los síntomas y el progreso de la enfermedad.

Para lograr lo anterior es de suma importancia la formación de profesionales en enfermería que cuente, no solo con una amplia formación general, sino también de una formación específica en cuidados paliativos, ya que en el hacer diario de la enfermería y en la asistencia de los pacientes que requieren cuidados en su domicilio, es necesario contar con recursos humanos competentes que dispongan de conocimientos, habilidades y actitudes para ofrecer cuidados paliativos, capaces de valorar y tener en cuenta que los pacientes importan hasta el último momento de su vida.

Se sugiere, se oferten a través de Educación Continua, diplomados de actualización profesional, así como la planeación e implementación de programas a nivel de maestría, que preparen al personal de enfermería en el manejo y atención de los pacientes terminales y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Organización Mundial de la Salud (2012). La incidencia del cáncer de mama. Consultado el 2 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/oms-la-incidencia-del-cancer-de-mama-aumenta-un-20-desde-2008/>
- ² Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito del... Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama*. Consultado el 3 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
- ³ Hospital General de México. (2012). *Antecedentes Históricos*. Consultado en octubre del 2013. Disponible en: <http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/dirgral/antecedentes2.html>
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. (2011) “*Octubre -Mes Internacional del Cáncer de Mama*”. Consultado el 4 de octubre del 2013. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=443:octubre--mes-internacional-del-ca%C2%A1ncer-de-mama&catid=697:noticias
- ⁵ Instituto Nacional de Cancerología. *Principales Causas de Mortalidad Hospitalaria*. Consultado el 4 de octubre de 2013. Disponible en: http://incanmexico.org/incan.jsp?iu_p=/dirección/incanNumeros.xml
- ⁶ Infocáncer. (2014). *El cáncer en cifras*. Consultado el 18 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.infocancer.org.mx/cncer-en-cifras-con487i0.html>
- ⁷ Bonfill Abella T. et al (2009). *Neoplasias sólidas más frecuentes*. En: El paciente Oncológico. Atención Integral a la persona. Edit. Formación Alcalá; Pág. 87-95
- ⁸ De Carlo Lira G. I. (2012). *Relación de la ansiedad y depresión que presenta el cuidador principal y el apoyo familiar proporcionado a la paciente con Cáncer de Mama*. Tesis de maestría. Consultado el 6 de agosto del 2015. Disponible en: http://www.lareferencia.info/vufind/Record/MX_a7a80ddfba068eeff5f63edfeb4d6360
- ⁹ Martínez M. O. et. al. (2009). *Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México*. Salud Pública Mex Consultado el 24 de mayo de 2014, en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a28.pdf>
- ¹⁰ Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC)]. Consultado 21 de agosto de 2015. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/salud/2014/10/01/una-camara-escondida-en-el-escote-concientiza-sobre-el-cancer-de-mama>
- ¹¹ Benítez, del R.M., Salinas, M.A. (2000). *Cuidados paliativos y atención primaria*. Aspectos de organización. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona España.

- ¹² Herrera E, Villegas R. (2006). *Evolucionando hacia la atención domiciliaria*. Medicina de Familia; 2:169-73.
- ¹³ Sociedad Española de Oncología. (2015). Consultado el 19 de octubre de 2015. Disponible en: www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=1#content
- ¹⁴ Picollini, J., Allemand, C. (2012). *Cáncer de Mama*. Buenos Aires. Editorial Paidós. p. 68
- ¹⁵ American Cancer Society, (2014). *El cáncer de mama*. Consultado el 22 de agosto de 2015. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- ¹⁶ Organización Mundial de la Salud. (2007). “Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados Paliativos”. Consultado el 8 de agosto del 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf
- ¹⁷ Organización Panamericana de Salud.” *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*”. Panamá. Editorial Sibauste. Consultado, 22 de agosto del 2015. Disponible en: [http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20\(2\).pdf](http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20(2).pdf)
- ¹⁸ Sanfilippo B.J., Moreno H.I. (2006). “Cáncer, el asesino silencioso de la mujer mexicana”. *Conversus*. Instituto Politécnico Nacional. México, p. 47
- ¹⁹ INEGI (2014). Estadísticas del cáncer de mama. Día internacional del cáncer de mama. Consultado el 18 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.infocancer.org.mx/estadsticas-inegi-2014-cncer-de-mama-con892i0.html>
- ²⁰ INEGI. (2013). Consultado el 3 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mama0.pdf>
- ²¹ Torres MG, Llerenas A. (2009). Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. Disponible en: *Revista Salud Pública de México*. Vol. 51, suplemento 2.
- ²² Boyle P. (2007). Breast Cancer Control: signs of progress, but more work required. *Breast*. 14:429-38

- ²³ Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch Z.A, et al. (2005). Breast Cáncer. Lancet, 365:1727-41. Consultado el 3 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15894099>
- ²⁴ Boyd N F, Guo H, Martin LJ. et al. (2007). *Mamographyc density and the risk and detection of breast cancer*: Engl J Med, 356: 227-36. Consultado el 3 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17229950N>
- ²⁵ Parmet S. (2004). *Genética y cáncer de mama*. JAMA, Vol. 292, No. 4, Consultado el 3 de enero de 2015. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/292/4/522/DC1/1>
- ²⁶ American Cancer Society (2014). *Cáncer de seno*. Consultado 10 de agosto 2015. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types22>
- ²⁷ Instituto Nacional del Cáncer, USA. (2012). *Cáncer de seno*. Consultado el 12 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-paget-seno>
- ²⁸ Instituto Nacional del Cáncer, USA. (2015). *Estadificación del cáncer*. Consultado el 12 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/estadificacion>
- ²⁹ Isakoff y Ryan (2009). Cáncer de mama metastásico. Manual de Oncología, Editorial Mc Graw Hill España: Pág 527-535
- ³⁰ Rizo, V.A. et al (2012). *Enfoque bioético en los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama avanzado*. Consultado el 22 de octubre de 2015. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_4_12/spu10412.htm
- ³¹ Organización Mundial de la Salud. (2007). “*Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados Paliativos*”. Consultado el 8 de octubre del 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf
- ³² Merino, L.N et al (2010). *Ética, Bioética y legalidad en los Cuidados Paliativos; competencia de enfermería*. Instituto Nacional de Cancerología. Consultado el 22 de octubre de 2015. Disponible en: www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/.../1294868609.pdf
- ³³ Grupo Cuidados Paliativos. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Consultado el 23 de octubre de 2015. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/apartado04/control_sintomas03.html

³⁴ NANDA International. (2012). *Diagnósticos enfermeros*. Edición 2012-2014. Elsevier, Barcelona.

³⁵ Bulechek, M. G. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* 5ª ed. Barcelona: Elsevier.

³⁶ González, B. M. (2007). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. 2da ed. Buenos Aires; Madrid: Panamericana.

³⁷ Reyes. Ch. D., Betancourt, A.M., González, O.J., Meneses, G.A (2011). *Epidemiología del dolor por cáncer*. Disponible en: Rev. Soc. Esp. Dolor, vol. 18 No. 2 Coruña-España.

³⁸ Garrido, L. R. (2013). *Manejo del dolor en cáncer*. Rev. Med. Clin. CONDES; (24 (4) 661-666. Consultado 2 de octubre de 2015. Disponible en: http://clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/12_Dr.-Rudy-Hern-in-Garrido-L.pdf

³⁹ Grupo Cuidados Paliativos. Op cit

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud (2000). *Alivio de los síntomas en el enfermo terminal*. Ginebra Suiza

⁴¹ PAHO/WHO (2002). *Guías para el manejo Clínico*. Consultado el 2 de octubre de 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php%3Fgid%3D18717%26option%3Dcom_docman

⁴² Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*. Consultado el 2 de octubre de 2015. Disponible en: www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1

⁴³ Alonso, J. I. (2000). *Diccionario Espasa de Medicina*. Universidad de navarra: Planeta Actimedia S.A.

⁴⁴ Felliú, B. J., Belda, I.C. (2007) *Tratamiento de la astenia*. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2da ed. Buenos Aires; Madrid: Panamericana. Págs.442-451.

⁴⁵ OPS/PAHO (2004). *Cuidados Paliativos. Guías para el manejo Clínico*. Consultado el 29 de septiembre de 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php%3Fgid%3D18717%26option%3Dcom_docman

⁴⁶ Jiménez G. A., Felliú B. J. y González B. M. (2007). *Pronóstico de la enfermedad neoplásica progresiva*. Disponible en: Tratado de medicina paliativa y tratamiento de

soporte del paciente con cáncer. 2da ed. Buenos Aires; Madrid: Panamericana. Págs. 790-798.

⁴⁷ Cantalejo F.M y Pillado R. E. (2007). *Linfedema y patología neoplásica*. Disponible en: Medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2da ed. Buenos Aires; Madrid: Panamericana. Págs. 575- 579.

⁴⁸ Rodríguez, A. J., y Sánchez C.E. (2007). *Úlceras por presión, úlceras malignas y fístulas entero cutáneas*. Disponible en: Medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2da ed. Buenos Aires; Madrid: Panamericana. Págs. 627-648.

⁴⁹ Astudillo W. (2005). *¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?*. España Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Consultado el 5 de Enero del 2016. Disponible en: http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/aspectos-psicosociales/comunicacion/como_mejorar_comunica_fase_terminal.pdf.

⁵⁰ Hernández M. et al (2013). *Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer*. Rev. Psicooncología. Vol. 9, Núm. 2-3, pp. 233-257. Consultado 30 noviembre de 2015. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40895>

⁵¹ Ley general de Salud (2009). *Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos*. Art.166 Bis 3Capitulo II De Los derechos de los Enfermos en Situación Terminal. Consultado el 5 de Enero de 2016. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009.

⁵² Costas, M.R (2013). *El diagnóstico de cáncer de mama desde una perspectiva familiar: Retos para la psico-oncología en América Latina*. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. Vol. 47, Núm. 1, pp. 121-130. Consultado 2 de noviembre de 2015. En: <http://journals.fcla.edu/ijp/article/viewFile/78355/pdf>

⁵³ Muñoz, C.F., et al. (2002). *La familia en la enfermedad terminal*. Medicina de Familia (And) Vol. 3. N 4. Consultado el 3 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/07.pdf>

⁵⁴ Newberg, A. (2012). *Espiritualidad del paciente en fase terminal*. Consultado el 17 de octubre de 2015. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Enfoqueclinico/espiritualidad-del-paciente-en-fase-terminal>

⁵⁵ Sánchez, H. B. (2004). *Dimensión espiritual del cuidado en situación de cronicidad y muerte*. Consultado el 17 octubre de 2015. Disponible en: <http://www.redaluy.org/articulo.oa?id=74140402>

⁵⁶ Núñez P., Enríquez D. Irarrázaval E. (2012). *La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad*. Consultado el 2 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v10n1/v10n1a5.pdf>

⁵⁷ Watson Max. (2008). *Manual Oxford de Cuidados Paliativos*. Madrid-España. Editorial Series Manuales. Págs. 625-635

ANEXOS

ANEXO 1: GRÁFICA 1

Diez principales causas de mortalidad hospitalaria 2008-2012

Instituto Nacional de Cancerología



Fuente: Instituto Nacional de Cancerología, 2008-2012

ANEXO 2: CUADRO 1

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012. Subdirección de Enfermería

AVANCES CUANTITATIVOS	Julio - Agosto	Septiembre - Noviembre
Número de pacientes	24	91
Número de visitas realizadas	65	193
Capacitación de cuidados de confort a la familia	3	14
Evaluación de la escala numérica del dolor	38	172
Visitas Domiciliarias	3	10
CUIDADOS DE CONFORT OTORGADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Cuidados de la boca	106	273
Alivio del dolor	268	699
Alimentación e hidratación	89	412
Higiene	110	381
Cuidados de la piel	220	520
Eliminación	91	249
Prevención de úlceras por presión	114	253
Prevención de caídas	83	234
TOTAL	1081	3021

NOTA: Estas actividades incluyen enseñanza al paciente y su familia para preservar la autonomía y que continúen con los cuidados de confort, al egreso del paciente, en su domicilio.

Fuente: Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

ANEXO 3: CUADRO 2

20 principales causas de consulta enero – marzo 2013.
Hospital General de México



HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

Oncología 111 A

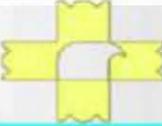
20 Principales Motivos de Consulta enero – marzo 2013

Causa	Femenino	Masculino	Total	%
Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama	2,912	19	2,931	21.36
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	1,429	0	1,429	10.41
Tumor maligno del exocervix	1,278	0	1,278	9.31
Caries dental y enfermedades del periodonto	490	115	605	4.41
Tumor maligno del ovario	567	0	567	4.13
Examen de pesquisa especial para tumor de la mama	502	0	502	3.66
Otros trastornos no inflamatorios especificados del cuello del útero	496	0	496	3.61
Tumor maligno de la piel	301	189	490	3.57
Enoftalmias	138	207	345	2.51
Tumor benigno del cuello del útero	328	0	328	2.39
Tumor maligno del endometrio	321	0	321	2.34
Tumor maligno del tejido conjuntivo y tejido blando	151	108	259	1.89
Tumor maligno del testículo	0	250	250	1.82
Tumor maligno del colon	143	93	236	1.72
Obesidad	194	36	230	1.68
Tumor maligno del estomago	99	101	200	1.46
Tumor maligno de la glándula tiroides	144	42	186	1.36
Tumor maligno del recto	90	92	182	1.33
Tumor maligno de la próstata	0	177	177	1.29
Atención paliativa	118	46	164	1.19
Otros	1,805	744	2,549	18.57
Total	11,506	2,219	13,725	100.00

Fuente: Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Cuaderno Estadístico enero-marzo 2013

ANEXO 4: CUADRO 3

20 diagnósticos de egreso por Grupo de Edad y Sexo más frecuentes
Enero – marzo de 2013. Hospital General de México

 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO									
Oncología 111 A									
20 Diagnósticos de Egreso por Grupo de Edad y Sexo más frecuentes enero – marzo 2013									
CAUSA	45 – 59		60 - 64		65 o +		Total Fem.	Total mas	Total general
	f	m	f	m	f	m			
Tumor maligno del colon	35	21	11	2	13	12	72	52	124
Tumor maligno del ovario	28	0	6	0	8	0	78	0	78
Tumor maligno del testículo	0	2	0	0	0	0	0	72	72
Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama	35	1	2	0	17	0	69	1	70
Tumor maligno del exocervix	28	0	10	0	6	0	62	0	62
Tumor maligno del recto	9	8	2	9	6	7	27	28	55
Tumor maligno del estomago	5	5	4	11	2	2	24	23	47
Tumor maligno del endometrio	19	0	3	0	8	0	43	0	43
Tumor maligno del tejido conjuntivo y tejido blando	7	9	1	0	1	1	19	13	32
Tumor maligno de la piel	7	3	0	2	9	4	17	11	28
Tumor maligno de boca	2	1	2	1	3	4	8	15	23
Tumor maligno del pezón y areola mamaria	7	0	2	0	3	0	19	0	19
Tumor maligno de la glándula tiroides	5	1	1	0	7	1	16	3	19
Tumor maligno del hígado y vías biliares	6	2	5	1	3	1	14	4	18
Tumor maligno del esófago	4	1	1	3	2	0	7	8	15
Tumor maligno del endocervix	4	0	1	0	5	0	15	0	15
Tumor maligno de la laringe	0	6	1	5	1	0	2	11	13
Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	3	2	2	2	0	3	5	8	13
Tumor maligno del páncreas	5	1	0	1	2	2	7	5	12
Tumor maligno del retroperitoneo	2	1	0	0	0	0	8	2	10
Otros	73	32	18	5	25	23	160	69	249
TOTAL	284	96	72	42	121	60	672	345	1,017

Fuente: Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Cuaderno estadístico enero-marzo2013

ANEXO 5: CUADRO 4
Principales Causas de Defunción enero – marzo 2013
Hospital General de México

 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO			
Oncología 111 A			
Principales Causas de Defunción enero – marzo 2013			
Causa	Femenino	Masculino	Total
Tumor maligno del estomago	1	1	2
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón	1	1	2
Tumor maligno del ovario	2	0	2
Tumor maligno del testículo	0	2	2
Leucoemia	0	2	2
Infección estreptococica	0	1	1
Tumor maligno del colon	1	0	1
Tumor maligno del recto	0	1	1
Tumor maligno de la ampolla de vater	0	1	1
Tumor maligno de sitios mal definidos de los órganos digestivos	1	0	1
Tumor maligno de la piel	1	0	1
Tumor maligno del tejido conjuntivo y tejido blando de la cabeza, cara y cuello	0	1	1
Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama	1	0	1
Tumor maligno de la corteza de la glándula suprarrenal	1	0	1
Linfosarcoma	1	0	1
Carcinoma in situ del recto	0	1	1
Trombocitopenia	1	0	1
Hipertensión pulmonar primaria	1	0	1
Total	12	11	23

Fuente: Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Cuaderno Estadístico enero-marzo 2013

ANEXO 6: CUADRO 5

Estadificación Sistema TNM

Cuadro 16.2 Sistema TNM (tumor, ganglios, metástasis) de clasificación por etapas del cáncer mamario	
Tumor primario (T)	
TX	No puede valorarse el tumor primario
T₀	Sin evidencia de tumor primario
T_{is}	Carcinoma <i>in situ</i> T _{is} (CDIS) Carcinoma ductal <i>in situ</i> T _{is} (CLIS) Carcinoma lobulillar <i>in situ</i> T _{is} (Paget) Enfermedad de Paget del pezón sin tumor
T₁	Tumor de 2 cm o menor en su dimensión máxima T _{1mic} Microinvasión, 0.1 cm o menos en su dimensión máxima T _{1a} Tumor de más de 0.1 cm pero menor de 0.5 cm en su dimensión máxima T _{1b} Tumor mayor de 0.5 cm pero menor de 1 cm en su dimensión máxima T _{1c} Tumor mayor de 1 cm pero menor de 2 cm en su dimensión máxima
T₂	Tumor mayor de 2 cm pero menor de 5 cm en su dimensión máxima
T₃	Tumor mayor de 5 cm en su dimensión máxima
T₄	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a: a) la pared torácica o b) la piel, sólo como se describe a continuación T _{4a} Con extensión a la pared torácica sin incluir el músculo pectoral mayor T _{4b} Edema (incluye el aspecto de piel de naranja) o ulceración de la piel de la mama, o nódulos cutáneos periféricos confinados a la misma mama T _{4c} Ambos procesos (T _{4a} y T _{4b}) T _{4d} Carcinoma inflamatorio (véase la sección sobre carcinoma inflamatorio)
Ganglios linfáticos regionales (N)	
NX	No pueden valorarse los ganglios linfáticos regionales (p. ej., antes extirpados)
N₀	Sin metástasis de ganglios linfáticos regionales
N₁	Metástasis en ganglio(s) linfático(s) axilar(es) ipsolateral(es) móvil(es)
N₂	Metástasis en ganglio(s) linfático(s) axilar(es) fijo(s) o agrupado(s), o en ganglios mamarios internos ipsolaterales clínicamente aparentes ^a en ausencia de evidencia clínica de metástasis de ganglio linfático axilar N _{2a} Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsolaterales fijos entre sí (unidos) o a otras estructuras N _{2b} Metástasis sólo en ganglios mamarios internos ipsolaterales clínicamente aparentes ^a y en ausencia de evidencia clínica de metástasis en ganglios linfáticos axilares
N₃	Metástasis en ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsolateral(es) o en ganglio(s) linfático(s) mamario(s) interno(s) ipsolateral(es) aparente(s) por clínica ^a y en presencia de metástasis ganglionares axilares evidentes por clínica; o metástasis en ganglio(s) linfático(s) supraclavicular(es) con o sin afección de ganglio linfático axilar o mamario internos N _{3a} Metástasis en ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsolateral(es) y axilar(es) N _{3b} Metástasis en ganglio(s) linfático(s) mamario(s) interno(s) ipsolateral(es) y axilar(es) N _{3c} Metástasis en ganglio(s) linfático(s) ipsolateral(es) supraclavicular(es)

Fuente: Bonfill Abella T. Neoplasias sólidas más frecuentes. En: El paciente Oncológico. Atención Integral a la persona. Editorial Formación Alca

ANEXO 7: CUADRO 6

Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

Fuente: Guías de prácticas clínicas en el SNS. Consultado el 3 de Noviembre 2015. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf

ANEXO 8: TABLA 1

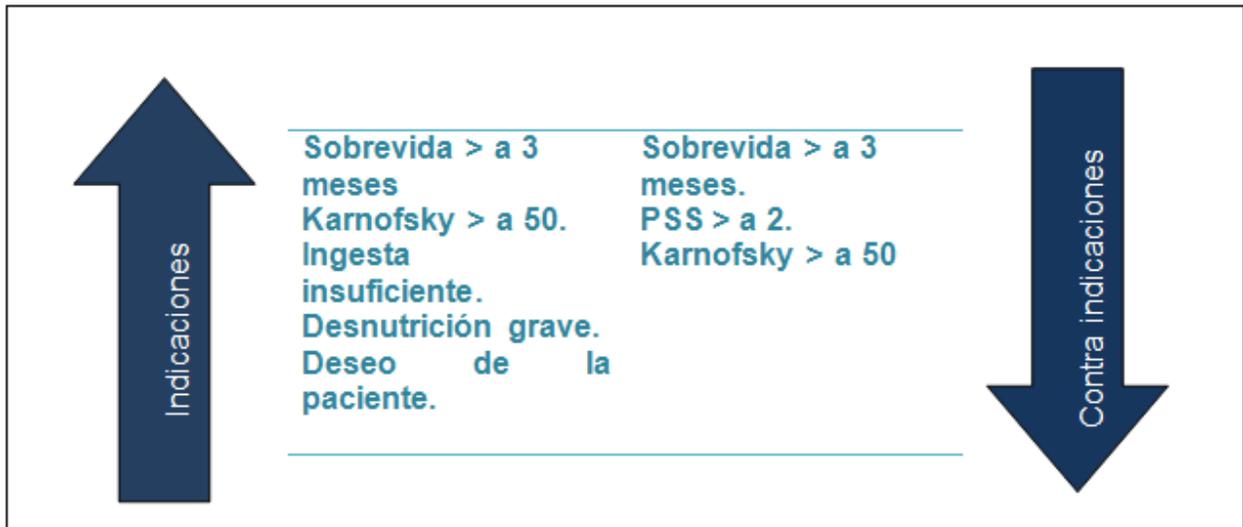
Tabla parámetros de valoración nutricional

	Parámetros	Características
Antropometría	Peso, talla, IMC, medición del pliegue cutáneo triptal	Tomar en cuenta calzado y ropa, así como presencia de edema, ascitis o tumor de gran tamaño
	Albúmina	Muy útil para valorar desnutrición crónica. <2.5 g/dl riesgo elevado de complicaciones
Concentración plasmática de proteínas	Transfererrina	Mayor utilidad durante el seguimiento
	Prealbúmina	Mayor sensibilidad para valorar cambios nutricionales agudos

Fuente: Allende / Verástegui. (2014). El ABC en Medicina Paliativa. México. Editorial Panamericana. págs. 245 -257.

ANEXO 9: CUADRO 7

Indicaciones y contraindicaciones del soporte nutricional.



Fuente: Allende / Verástegui. (2014). El ABC en Medicina Paliativa. México. Editorial Panamericana. págs. 245 -257.

ANEXO 10: CUADRO 8. Escala de Sobrecarga del Cuidador –Test Zarit

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

Fuente: Escala de Sobrecarga del Cuidador. Consultado en noviembre del 2014. Disponible en:
http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_E