

## II CURSO Y IV REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LA SETS

### Resúmenes de Comunicaciones Orales

#### PUNCIÓN/ASPIRACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON LÍQUIDO SEROLINFÁTICO ACUMULADO EN HERIDAS DE CIRUGÍA DE MAMAS. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

**Martínez-Romero L, Gata C**

*Consulta de Enfermería de Consultas Externas. Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** La aparición de seromas postoperatorios es la complicación más frecuente en la cirugía de mamas.

El tipo de seromas que nos ocupa se pueden definir como bulto o tumefacción causada por una acumulación de líquido seroso dentro de la cavidad residual postoperatoria.

En la cirugía de mamas se crea un ambiente favorable para este tipo de seroma, debido a la gran cantidad de vasos sanguíneos y conductos linfáticos seccionados y a la formación de una cavidad virtual entre la pared torácica y la piel.

**Objetivos:** a) disminuir el riesgo de infecciones; y b) favorecer la curación de la herida

**Material y métodos:** Hemos observado que un número considerable de pacientes que acuden a nuestra consulta de enfermería tras una intervención de mamas, para "cura y retirada de puntos", presentan líquido serolinfático acumulado dentro de la cavidad residual postquirúrgica, careciendo esta de orificio externo para su evacuación.

En consulta, la enfermera realiza una valoración correcta mediante una exploración visual y manual de la mama intervenida.

Durante el año 2008, de los pacientes atendidos en dicha consulta, en 75 se detectaron una zona fluctuante sin signos de infección ni de inflamación, de los cuales 73 eran mujeres y 2 eran hombres, con edades comprendidas entre 33 y 86 años.

Seguidamente se aplicó el procedimiento adecuado, que consiste en realizar una punción-aspiración de la totalidad del líquido, observando su aspecto y color y enviando muestra a microbiología, si se considera necesario. Se le coloca compresión en la zona, dejando los puntos de sutura para ir retirándolos según su evolución.

**Resultados:** De los 581 pacientes atendidos en la consulta, 75 (12,9 %) de ellos presentaron este tipo de seroma, precisando la aplicación de este procedimiento para la resolución del mismo.

De los 75 pacientes, 4 sufrieron infecciones, con resultados positivos en los cultivos realizados. Tres de ellos precisaron tratamiento antibiótico y antiinflamatorio en su domicilio y 1 precisó hospitalización.

Ningún paciente sufrió dehiscencias ni necesidad de reintervención.

**Conclusiones:** El diagnóstico precoz del seroma postoperatorio y su adecuado tratamiento posterior junto con un correcto seguimiento de los pacientes es sumamente importante y decisivo a la hora de evitar riesgos y complicaciones más graves.

#### ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA PARAVERTEBRAL EN CIRUGÍA MAMARIA

**Fernández-Martín A, Sanjusto R, Sánchez-Rodríguez R**

*Servicio de Quirófano. Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** El bloqueo paravertebral consiste en la administración de sustancias analgésicas, especialmente anestésicos locales, dentro del espacio paravertebral, que se halla situado a ambos lados de la columna cervical, torácica o lumbar. Para ello es frecuente el uso de un neuroestimulador acoplado a la aguja.

El personal de enfermería desarrolla un papel muy importante en el cuidado de la paciente.

**Objetivos:** a) recibir a la paciente a su llegada a quirófano; b) explicarle la posición anatómica adecuada; c) vigilar posibles alteraciones en su estado de salud; y d) preparar el material necesario para la realización de la técnica.

**Material y método:** La enfermera acoge a la paciente a su llegada al quirófano, verifica su identidad y la ayuda a colocarse en la mesa quirúrgica. La monitoriza y le canaliza una vía venosa. Debe preparar una mesa auxiliar con el material necesario para la anestesia paravertebral, entre el que destacamos el neuroestimulador.

Antes de iniciar la técnica, la enfermera debe asegurarse de que la paciente ha adoptado la postura correcta, vigilándola de manera continua, a la vez que colabora con el anestesista mientras este realiza la técnica.

**Resultados:** La intervención enfermera favorece un adecuado manejo intra- y postoperatorio de la anestesia que puede influir sobre el pronóstico de la paciente.

**Conclusiones:** Con esta técnica se persigue mitigar el dolor postoperatorio, lo que conlleva una pronta recuperación de la paciente.

#### VISITA PREQUIRÚRGICA EN PACIENTE INTERVENIDA DE MAMA

**Rufo P, Nebot EM**

*Área Quirúrgica. Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** La visita prequirúrgica consiste en la realización de una visita a la paciente y su familia, previa a la intervención quirúrgica, llevada a cabo por el personal de enfermería de quirófano.

**Objetivos:** a) personalizar la atención a pacientes y familiares; y b) disminuir el estado de ansiedad/temor de pacientes y familiares ante el acto quirúrgico, bien por el desconocimiento del medio o falta de información.

**Material y método:** A toda paciente programada para intervención quirúrgica de la Unidad de Mama ingresada al menos en el turno de mañana del día anterior a la intervención, se le realiza visita en la habitación de la propia paciente, garantizando la mayor intimidad posible.

La enfermera se informa por la Historia Clínica de la paciente del diagnóstico, intervención prevista, hora previsible de la misma y alergias, además de todos aquellos datos de interés para el cuidado de la paciente registrados en la valoración de enfermería y/o médica. Previa comprobación del nombre de la paciente nos presentamos. Aportamos toda aquella información verbal y escrita necesaria, además de realizar una entrevista para detectar problemas que podamos resolver.

**Resultados:** Con la visita prequirúrgica conseguimos: a) personalización de la atención prestada; b) mayor seguridad y satisfacción al disponer de más información sobre la ruta quirúrgica que seguirá durante el proceso quirúrgico; y c) aumento de la calidad asistencial.

**Conclusiones:** La personalización de la atención es una demanda creciente de los pacientes, que quieren contar con profesionales que desempeñen su trabajo con capacidad para resolver sus necesidades, dispuestos a escuchar, a compartir información y ayudarles en la toma de decisiones.

## LA UNIDAD DEL LINFEDEMA DEL A.G.S. CAMPO DE GIBRALTAR. NUEVA ORGANIZACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

**Baltasar J, Sánchez-Olmedo ME, Aragón AV, Prieto C, Fernández-Nistal A**

*Área de Gestión Sanitaria. Atención Primaria. Unidad de Linfedema Postmastectomía. Campo de Gibraltar. Cádiz*

**Introducción:** Ante la alta incidencia del cáncer de mama y las peculiares características de la usuaria mastectomizada ante este proceso, se crea en Atención Primaria en el Área de Gestión Sanitaria (AGS) del Campo de Gibraltar una Unidad del Linfedema Postmastectomía. De este modo, se ofrece a la usuaria una atención continuada, permanente, accesible, cercana, específica, adaptada y descentralizada del hospital donde han sido intervenidas y recibieron el tratamiento oncológico.

**Objetivos:** a) mostrar el modelo de la Unidad del Linfedema en un enclave diferente: Atención Primaria; b) asistir a la mujer mastectomizada de forma integral, específica y adaptada; y c) plantear beneficios de esta unidad exclusiva para este proceso.

**Material y método:** Se crean 2 salas fijas de fisioterapia y rehabilitación; con ámbito de actuación la comarca del

Campo Gibraltar (ubicación: La Línea de la Concepción y Algeciras). El personal sanitario lo componen: un médico especialista en rehabilitación y un fisioterapeuta. Se atiende a todas las mujeres mastectomizadas con linfedema y las que no lo tienen; pero pueden ser susceptibles de padecerlo. Reciben tratamiento de terapia físico-descongestiva (drenaje linfático manual, presoterapia, vendaje de contención multicapas, manga compresión) y preventivo (cinesioterapia, autodrenaje linfático manual, medidas preventivas, sesión de relajación, automedición del brazo). Se revisan cada 6 meses, de forma que entran en un circuito cerrado y permanente.

**Resultados:**

–Número total de pacientes asistidos: 386.

–Tenemos constancia de 83 señoras con linfedema del miembro superior homolateral a la mastectomía (G1).

–Existe un total de 286 señoras que han sido mastectomizadas pero no han desarrollado linfedema (G2).

–Número de sesiones de terapia grupal: 111.

–Número de revisiones a pacientes ya registradas: 402.

**Conclusiones:**

1. Encuestas de satisfacción con resultados óptimos.

2. En nuestra Unidad, aproximadamente el 20% de las usuarias mastectomizadas presenta linfedema, mientras que en estudios internacionales evidenciados hablan del 25-30% que lo presenta.

3. La Unidad del Linfedema es un servicio cercano, adaptado, específico y totalmente accesible a la paciente que ha sufrido el cáncer de mama.

4. Se ha desarrollado una intensa actividad desde que la Unidad se creó en agosto 2006, como se muestra en los resultados.

## ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL ANTE EL CÁNCER DE MAMA. ¿UNA NECESIDAD NO CUBIERTA?

**Montes MC, Cruces JM, Rivas R, Alcaide R, Díaz-Rico A, Ignacio J**

**Introducción:** Dentro de la cartera de servicios de las enfermeras en Atención Primaria, está la atención a mujeres que sufren cáncer de mama.

En la práctica diaria vemos como, en Atención Primaria, muy a menudo sólo se atiende a la demanda puntual y casi siempre relacionada con la práctica de una técnica (retirada de puntos, curas, inyectables, etc.). En el caso concreto del cáncer de mama los efectos sobre la calidad de vida de las mujeres que lo padecen son bien conocidos y están descritos en múltiples estudios. Destacan las dificultades de afrontamiento, niveles elevados de ansiedad y estrés. Todo esto se traduce en una disminución en la calidad de vida desde las primeras etapas y sobre todo mientras están sometidas a tratamiento adyuvante. Por ello un grupo de enfermeras nos preguntamos si sería posible mejorar las condiciones de vida de estas pacientes marcándonos como objetivo desarrollar un proyecto de investigación en el que se midiera la efectivi-

dad de una intervención enfermera para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

**Material y método:** Se procedió a una revisión bibliográfica donde se vio la magnitud, importancia, vulnerabilidad y trascendencia del problema, siendo así que en la actualidad en nuestro medio la incidencia del cáncer mama es del 67.06 casos/100.000 habitantes. Siendo la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer y tumor más frecuente en las mismas.

Una revisión Cochrane reciente (enero 2008), pone de manifiesto que actualmente no existe evidencia suficiente (sólo se pudieron incluir 5 ensayos muy dispares) para soportar la efectividad de las intervenciones realizadas por enfermeras especializadas, dentro de grupos multidisciplinarios, para el manejo de trastornos psicosociales en pacientes con cáncer, haciendo especial hincapié en la necesidad de realizar nuevas investigaciones para poder valorar el impacto de las intervenciones enfermeras en términos de calidad de vida en paciente con cáncer.

**Resultados y conclusiones:** A la vista de los datos expresados anteriormente nos decidimos a redactar un proyecto de investigación.

No es frecuente que se realicen este tipo de estudios con diseño experimental por las dificultades que entraña, por lo que en nuestro medio no se ha realizado ninguna experiencia similar hasta ahora. Sin embargo este tipo de proyectos aportan soluciones plausibles y realistas en el entorno clínico para cubrir una laguna ampliamente demandada por la población.

## **EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) DE PATOLOGÍA MAMARIA. CLAVES PARA SU RECUPERACIÓN**

**García-Recio E, Cáceres P**

*Hospital de la Mujer. Unidad de Hospitalización Ginecología CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** La atención de enfermería es un proceso de gran importancia en la preparación del paciente para la cirugía, su cuidado en el transcurso de esta, así como en la fase postoperatoria, nos obliga a activar procedimientos, cada vez más exhaustivos que respondan a las necesidades del paciente; valorando, planificando y evaluando las actuaciones más apropiadas para lograr el mayor nivel de satisfacción del usuario.

La CMA aporta a la paciente los beneficios de poder recuperarse en su domicilio, y la independencia para realizar los cuidados postoperatorios necesarios. Para potenciar su autonomía es fundamental la información y educación sanitaria al paciente y familia. La información durante todo el proceso, antes, durante y después de la cirugía, son esenciales para disminuir la ansiedad que provoca el traslado del paciente desde el hospital a casa. Se trata en definitiva de enseñar cuidados para minimizar miedos, riesgos y complicaciones, facilitando su recuperación en el propio hogar.

**Objetivos:** a) identificar las respuestas del paciente al estrés de la cirugía mediante la valoración de enfermería; b) preveer los riesgos y complicaciones potenciales relacionados con el proceso quirúrgico; c) informar, motivar y ayudar a las pacientes en la formación para el desempeño de las actividades que deban emprender por sí misma para alcanzar un buen estado de salud.

**Material y método:** Las enfermeras de la Unidad junto con la supervisión, detectamos necesidades de formación en Metodología Enfermera. Posteriormente organizamos un Curso de Formación para los profesionales del Área Quirúrgica (Consultas Externas, Quirófanos, URPA y Hospitalización) a través del cual unificamos criterios y pusimos en marcha el Proceso Enfermero en nuestra actividad diaria.

Asumimos el Registro de Valoración Inicial disponible en nuestro Hospital y elaboramos un Plan de Cuidados Estandarizado para el paciente quirúrgico. De la misma manera, se elaboró otro Registro de Enfermería donde evolucionamos los cuidados del paciente en cada Área que lo atiende el día de su intervención.

**Resultados:** a) empleamos una valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad para detectar las respuestas humanas ante los distintos patrones de salud según M. Gordon; b) identificamos problemas y empleamos diagnósticos de enfermería para planificar cuidados y evaluarlos; y c) educamos en todo el proceso mediante información y educación sanitaria con recomendaciones escritas para el cuidado en domicilio, hacemos entrevista telefónica de seguimiento a las 24 horas y repetimos a las 48 si observamos necesidades alteradas

**Conclusiones:** El papel de la enfermería en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria es proporcionar información, cuidados y apoyo para lograr la recuperación de las pacientes.

Los diagnósticos enfermeros son una herramienta útil en la planificación de nuestro trabajo, que nos permite evaluar y modificar nuestras actuaciones si fuese necesario.

Todos los cuidados han de estar protocolizados, con el fin de que existan criterios unificados entre el personal de enfermería que trabaja en los distintos niveles de responsabilidad de la CMA.

## **PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA: ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**Romero MJ, Fragero MC, Gómez M, Rejano M, Escalante C, Palero F, Caraballo R, Leal J, Reyes R, Hurtado E, de la Serna N, García MJ, Rodríguez I, Llopis R, Ruiz MJ, Artacho E, Merino MJ, Gómez E, Romero I, Varas ML, García DP**

*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

**Introducción:** En el Hospital Universitario Reina Sofía en los últimos años se ha realizado un esfuerzo importante, por mejorar la atención a pacientes con cáncer de mama, y ofrecer un abordaje multidisciplinar en esta enfermedad.

La implantación del proceso cáncer de mama en nuestro centro, así como la creación de la subcomisión clínica de

mama, han permitido mejorar dimensiones como accesibilidad del paciente, seguridad del paciente, continuidad asistencial, disminución de la variabilidad, etc.

Actualmente nos encontramos elaborando un plan de seguridad del paciente para el proceso cáncer de mama. En este marco de seguridad y calidad asistencial, hemos elaborado un catálogo de posibles efectos adversos que se pueden presentar a lo largo del proceso cáncer de mama, así como un catálogo de medidas para evitar dichos efectos adversos. Entre las medidas emprendidas están la realización y revisión de planes de cuidados y procedimientos operativos estandarizados de los cuidados de enfermería aplicados en el proceso cáncer de mama.

*Objetivo:* Estandarizar los cuidados de enfermería para el proceso cáncer de mama evitando la variabilidad en la práctica y minimizando los efectos adversos.

*Material y método:* Para la elaboración y revisión de los protocolos y procedimientos de cuidados enfermeros prestados en el proceso cáncer de mama, han participado profesionales en representación de cada uno de los servicios que intervienen en dicho proceso:

- Una enfermera de la Unidad de Radiodiagnóstico.
- Una enfermera de la consulta externa de Patología Mamaria.
- Una enfermera de la consulta de alto riesgo de Patología Mamaria.
- Nueve enfermeras y una supervisora de la Unidad de Hospitalización.
- Dos enfermeras de Quirófano.
- Una enfermera de Radioterapia.
- Una supervisora de Oncología.
- Dos enfermeras de Cirugía Plástica.
- Dos enfermeras del Servicio de Medicina Nuclear.

Se eligieron como responsables de la coordinación del grupo a una de las enfermeras de la consulta de Patología Mamaria y a la supervisora de Hospitalización.

En una primera reunión se presentó a todos los profesionales implicados el plan de seguridad para pacientes con cáncer de mama y un listado de posibles efectos adversos y de medidas para evitarlos. Dicho listado fue revisado por los profesionales y devuelto al grupo de trabajo del plan de seguridad para sus modificaciones.

Posteriormente las responsables del grupo asesoradas, por el servicio de calidad y documentación clínica de nuestro hospital, mantienen reuniones con los profesionales enfermeros de los distintos servicios para acordar la sistemática de trabajo y definir las áreas de cuidados que necesitan estandarizarse, definiendo el formato que se les daría (POE, Plan de cuidados, etc.) así como los que necesitan revisión y/o actualización.

Los procedimientos operativos estandarizados (POE) y planes de cuidados elaborados son derivados a la comisión de Calidad de Cuidados para su aprobación y validación. Una vez validados se diseñará un plan de difusión para darlos a conocer a todos los profesionales de los servicios implicados.

*Resultados:*

- Se han elaborado los siguientes procedimientos operativos estandarizados:

- POE cuidados de enfermería en la linfogamagrafía de mama.
  - POE cuidados de enfermería en quirófano de patología mamaria.
  - POE cuidados de enfermería en radiología intervencionista de mama.
  - POE cuidados de enfermería en consulta de alto riesgo de patología mamaria.
  - POE de acogida a pacientes de patología mamaria.
  - POE de cura de herida quirúrgica y retirada de puntos en pacientes tras cirugía de mama.
  - POE de vigilancia y drenaje de seromas.
  - POE de cuidados de enfermería con drenajes tras cirugía de mama.
  - POE de cuidados de enfermería a pacientes con expansor tisular en reconstrucciones de mama.
- Se ha elaborado un plan de cuidados para pacientes sometidas a cirugía conservadora de la mama y sus correspondientes recomendaciones al alta para incluirlas en el informe de continuidad de cuidados.
- Pendiente de revisar los planes de cuidados realizados para pacientes mastectomizadas, en tratamiento con quimioterapia y en tratamiento con radioterapia.

*Conclusiones:*

1. La elaboración de estándares de cuidados permite al profesional de enfermería unificar criterios ante determinadas intervenciones, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica para asegurar una atención segura y de calidad a la población objeto de sus cuidados.
2. Permiten apoyar y potenciar de forma continua y reglada las dinámicas de mejora ante situaciones adversas e incorpora de forma sistemática las normas de calidad de los procedimientos.
3. La coordinación de profesionales que intervienen en distintas fases del proceso cáncer de mama, facilita la continuidad en la asistencia y la atención integral de las pacientes.

## LA INCERTIDUMBRE COMO OPORTUNIDAD EN LA PATOLOGÍA MAMARIA

Álvarez-Gómez S, García-García JA, Carne L, Pérez-Baena M, Pulido P, Rodríguez-Lera S, Rullo A

Servicio de Cirugía General. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

*Introducción:* Cualquier tipo de cirugía supone una situación estresante para la persona. En el caso de la cirugía de mama, hay además otros factores que aumentan dicho estrés por la elevada carga simbólica que representa a nivel biopsicosocial para la mujer.

Por otra parte la disminución de las estancias hospitalarias de estas personas hace que sean necesarias intervenciones formativas que permitan asumir su autocuidado en el domicilio.

La utilización de las guías estandarizadas nos ayuda a conseguir una planificación detallada en el terreno de la or-



ganización de los cuidados de enfermería dando continuidad a los mismos, teniendo en cuenta siempre las necesidades individuales de cada persona. Así mismo facilita la coordinación entre las intervenciones del equipo y su posterior registro y evaluación.

Para conseguir la adaptación de la persona al proceso que vive nos hemos basado en la teoría de Mishel que aplica el marco de la incertidumbre como oportunidad en la patología mamaria.

**Objetivos:** a) potenciar el pensamiento probabilístico para asegurar el auto cuidado de la persona una vez dada de alta de nuestra unidad; y b) proporcionar recursos/estrategias para disminuir la incertidumbre y así conseguir la adaptación de la persona a la nueva situación.

**Material y método:** a) búsqueda bibliográfica; b) reuniones del personal sanitario para unificar criterios; y c) elaboración de un cuaderno informativo y de seguimiento.

**Resultados y conclusiones:** El pensamiento probabilístico lleva a la persona a percibirse capaz de asumir su auto cuidado. Mediante la educación sanitaria damos recursos a la persona para que se adapte a la nueva situación participando activamente, fomentamos la confianza en el personal sanitario y logramos disminuir la incertidumbre.

### Bibliografía recomendada

1. Editorial. Enfermería basada en la evidencia: un instrumento para la práctica clínica. *Enferm Clin* 2002; 12: 133-4.
2. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Harcourt; 2000.
3. Bailey D, Stewart L, Mishel M. La incertidumbre frente a la enfermedad. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 561-82.
4. Sánchez B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 13-30.
5. Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (III). *Rev Enferm* 2002; 25: 408-10.

### EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA DE APOYO PSICOSOCIAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Gómez-Morillas M, Granados AE, Peinado MC, Gata C, Muñoz-Sáez F, Cabrerizo R

Servicio de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**Introducción:** El cáncer de mama constituye en la actualidad un relevante problema de salud. A pesar de ser la primera causa de muerte en mujeres por neoplasias, está considerada una enfermedad de carácter crónico, cifrándose la supervivencia a 5 años en el 74%. Esto hace necesario el desarrollo de una nueva herramienta en el modelo asistencial que proporcione, a estas mujeres, mayor capacidad de afrontamiento y calidad de vida.

**Discusión:** Las mujeres con cáncer de mama que reciben una intervención de apoyo psicosocial de las enfermeras de familia, manifiestan una mayor capacidad de afrontamiento y consecuentemente, una mayor calidad de vida.

**Objetivos:** *General:* valorar la efectividad de una intervención de apoyo psicosocial a mujeres con cáncer de mama. *Específicos:* a) determinar en qué medida influye una intervención de apoyo psicosocial sobre la calidad de vida y la capacidad de afrontamiento del cáncer de mama; b) determinar los niveles de ansiedad y depresión; c) determinar, el comportamiento ante el dolor, consumo de fármacos, utilización de los servicios de salud, y modificación de la sintomatología acompañante; d) determinar la prevalencia y evolución de los principales diagnósticos enfermeros de la población objeto de estudio; y e) establecer el grado de satisfacción con la atención recibida.

**Material y método:** Estudio cuasiexperimental longitudinal y prospectivo para valorar la efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, desde Atención Primaria de salud.

Dos grupos, experimental y control, de mujeres con cáncer de mama que cumplan los criterios de inclusión. El periodo de captación será de 12 meses, hasta completar el tamaño muestral de 46 sujetos por grupo.

**Criterios de inclusión/exclusión:** mujeres diagnosticadas de cáncer de mama primario, uni- o bilateral, no metastásico, que hayan sido intervenidas quirúrgicamente y vayan a recibir tratamiento adyuvante.

**Variables de estudio:** a) variable independiente: programa de intervención de apoyo psicosocial en cáncer de mama; y b) variables dependientes: calidad de vida, ansiedad, depresión, dolor, diagnósticos enfermeros, satisfacción de las usuarias, afrontamiento y variables de control.

**Resultados:** Este proyecto pretende aportar evidencia sobre la efectividad del apoyo psicosocial prestado por enfermeras de familia, traducido en calidad de vida para las mujeres con cáncer de mama.

**Conclusiones:** La verificación de la hipótesis de trabajo podría suponer la inclusión de una intervención de apoyo psicosocial, muy demandada por la población objeto de estudio, en la cartera de servicios de Atención Primaria.

### ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DEL LINFEDEMA

González-Rubiño JB, Aragón AV, Prieto C, Sánchez-Olmedo ME, Fernández-Nistal A

Área de Gestión Sanitaria. Atención Primaria. Campo de Gibraltar. Cádiz

**Introducción:** La prevención del linfedema es una actividad crónica de por vida. Se busca por ello el relacionar la cinesiterapia preventiva con actividades de ocio e integrarla en las actividades de la vida diaria de la usuaria. El componente psicológico de la usuaria tras haber sufrido un "cáncer", haber sido intervenidas quirúrgicamente y tener el tratamiento oncológico se ve deteriorado. Para ello se propone

la actividad en el medio acuático (hidrocinesiterapia), danza popular y el uso de medios multimedia para promoción de la salud: TIC, dvd "Escuela de Prevención del Linfedema".

**Objetivos:** a) asociar la cinesiterapia para prevenir el linfedema al ocio y a actividades lúdicas; b) usar medios multimedia para instar a la usuaria a la actividad preventiva del linfedema; y c) mejorar el estado anímico con actividades dinámicas alternativas a lo usual.

**Material y método:** Se instauran 3 actividades novedosas dentro de la Unidad del Linfedema: a) hidrocinesiterapia: en la piscina del polideportivo municipal de la ciudad de Algeciras, en colaboración con la AECC y el Excmo. Ayuntamiento, se desarrolla una hora semanal. El fisioterapeuta de la Unidad del Linfedema acude a monitorizar la sesión con música adaptada al movimiento; b) danza popular: la monitorea es una usuaria afectada. Se imparten 2 sesiones semanales de una hora de duración. Actualmente se dan sesiones de "sevillanas"; y c) dvd "Escuela de Prevención del Linfedema": se crea un dvd de fácil uso y manejo por parte de cualquier tipo de usuaria; que es entregado a cada usuaria, una vez finalizado los talleres de prevención.

**Resultados:** a) se dan 36 sesiones de hidrocinesiterapia hasta la actualidad. El grupo cuenta con 15 usuarias; b) se dan 26 sesiones de danza popular hasta la actualidad. Los grupos cuentan con 10 usuarias cada uno de ellas (2 grupos); y c) dvd, que cuenta con 8 vídeos, con una duración total de 45 minutos y un menú en el que la usuaria puede acceder al contenido que le interese sin tener que ver el vídeo entero.

**Conclusiones:** Estas 3 actividades dan la posibilidad a la usuaria mastectomizada de elegir entre ellas con la que se siente más identificada, además de la terapia grupal impartida en la Unidad con la cinesiterapia básica diaria. Se crean grupos entre estas usuarias, en función a las afinidades (grupo con amplia diversidad de edad), mejorando su estado psicoemocional indirectamente.

## ESTUDIO MOLECULAR INTRAOPERATORIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA DE LOS TEAP

**García del Busto S, Tortajada M, Canet C, Gala MA, Bernet L**  
*Servicio de Patología. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva, Valencia*

**Introducción:** El estudio del ganglio centinela se ha incorporado como procedimiento de rutina para el estadiaje axilar del cáncer de mama.

A pesar de la experiencia acumulada, no se ha conseguido todavía estandarizar el protocolo de trabajo y el estudio histológico exhaustivo comporta una importante sobrecarga de trabajo para el técnico y el patólogo.

Describimos nuestra experiencia con un nuevo procedimiento molecular para el estudio del ganglio, evaluando el impacto de su implementación en un Servicio de Patología general y comparando con el protocolo de trabajo anterior en un mismo servicio.

**Material y métodos:** El procedimiento OSNA consiste en la amplificación del ARNm de la citoqueratina 19 (CK19) en un solo paso, a temperatura isoterma (*One-Step Acid Nucleic Amplification*) y en condiciones de trabajo no necesari-

amente estériles. El sistema permite el estudio de un máximo de 4 ganglios en paralelo.

Tiempo de trabajo del TEAP: 30 min. Tiempo de trabajo del patólogo responsable: 5 min.

**Resultados:** Un protocolo de estudio histopatológico exhaustivo para el ganglio centinela consiste en el estudio intraoperatorio de la totalidad del ganglio en cortes gemelos (IHE + ICK) a intervalos de 150  $\mu$  hasta agotar el tejido.

Ello conlleva el trabajo de un patólogo durante aproximadamente 30-40 min en función del número de cortes y del diámetro del ganglio y el trabajo de 3 TEAP durante el mismo tiempo. El principal inconveniente de este procedimiento es, a pesar de agotar el tejido, la pérdida inevitable de algunos cortes por el desvastado y el estrés que comporta.

El procedimiento OSNA, basado en técnicas de biología molecular, permite estudiar el tejido en su totalidad, reducir el gasto en recursos humanos (10 min de TEAP y 5 de patólogo) y equiparar el gasto fungible del estudio seriado con HE + CK.

Además, permite la estandarización diagnóstica, evitando el coste de las segundas intervenciones en caso de metástasis y la consiguiente morbilidad física y psicológica para la paciente.

**Conclusiones:**

1. El método OSNA mejora la eficiencia del Servicio de Patología al mejorar la sensibilidad diagnóstica respecto del estudio histológico con menor consumo de recursos humanos.

2. Permite el diagnóstico intraoperatorio en cualquier Servicio de Patología sin necesidad de aumentar los recursos humanos.

## TÉCNICAS Y CUIDADOS EN RM DE MAMA

**Fuentes G, Andrés J**

*Fundación Instituto Valenciano de Oncología*

**Introducción:** La RM de mama es un examen médico no invasivo. Es la técnica más sensible pero no la más específica para la detección del cáncer de mama. Esta técnica se complementa con otras pruebas diagnósticas como mamografía, ecografía y biopsia percutánea. Es una técnica con gran potencial y probada fiabilidad en el manejo de la patología mamaria

**Indicaciones:**

— Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama: con la RM podemos valorar y evaluar la extensión de la lesión a estudio.

— Detección precoz de recidiva en mama tratada: podremos valorar la respuesta al tratamiento así como posibles recidivas.

— Pacientes con alto riesgo de padecer cáncer de mama: se hará un estudio que por factores hereditarios en familiares tengan más posibilidad de padecerlos.

— **Control de prótesis mamaria:** la RM es el examen de elección en la evaluación de las prótesis mamarias y posibles complicaciones.

**Contraindicaciones:** Las contraindicaciones para realizar un estudio por RM de mama son las mismas que existen a la hora de realizar cualquier exploración mediante RM.

**Cómo se realiza:**

—**Informar a la paciente:** presentarnos al paciente, informaremos al paciente en qué consiste la prueba, nos aseguraremos que la ha entendido, aclarándole las dudas o preguntas. Todo esto nos ayudará a resolver y minimizar la ansiedad o miedo de la paciente.

—**Realizar cuestionario:** esta encuesta nos ayudara a obtener información del paciente, tanto datos personales información de su estado general así como si es portadora de algún implante, cuerpo extraño e insistir en ello y valorar si es compatible con la RM. En nuestro centro en este cuestionario va también el consentimiento informado.

—**Valoración de las necesidades:** una vez terminado el cuestionario con los datos recogidos valoramos las necesidades del paciente, tanto físicas como psíquicas.

Físicas podrían ser la movilidad, dolor ante una determinada posición de exploración.

Psíquicas sobre todo nos encontramos con pacientes con ansiedad por claustrofobia, en estos casos su médico puede recetarle un sedante suave.

También habría que valorar la función renal mirando la última analítica.

—**Obtener información sobre la fecha de la última regla:** tiene gran importancia a la hora de realizar el estudio el momento del ciclo menstrual en que se encuentre la paciente; el estudio debe realizarse en la segunda semana del ciclo en las mujeres fértiles.

**Método:** Una vez recogidos los datos y valorado a la paciente se acompaña a la cabina donde puede desvestirse, daremos una bata que se pondrá abierta por delante.

—**Colocación de una vía intravenosa:** procederemos a colocar una vía para la administración de contraste endovenoso; solemos utilizar una cánula del 22 G, este contraste se administrara mediante una bomba de inyección. En pacientes sometidos a cirugías por cáncer de mama, se intentará colocar la vía en el miembro contrario del pecho operado, de esta forma nos aseguramos un flujo adecuado, en estas pacientes pueden presentar cambios postcirugía como edemas en el brazo de la mama operada.

—**Posición del paciente en decúbito prono:** ya cogida la vía procederemos a colocar al paciente en decúbito prono con las mamas dentro de las aberturas acolchadas con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, esta posición de estudio es bastante incómoda e intentaremos colocarla lo más cómoda posible dentro de la posibilidades. Con esta posición conseguimos disminuir artefactos por movimientos respiratorios y relajar los pectorales importantes que permanezca inmóvil mientras dura la exploración.

—**El estudio se realiza de forma bilateral:** la mama se estudia de forma comparativa cuando es posible, para observar asimetrías.

Planos a realizar: a) COR-T2-TSE; b) AX-STIR; c) COR-T1-TSE; d) COR-3D-dinámico; y e) SAG-3D.

**Dinámica de captación:** a) los tumores malignos incitan la formación de neovasos; b) estos se impregnan con el gadolinio precozmente; y c) el aumento de la permeabilidad

capilar y el aumento de espacios de difusión son la causa de la impregnación del tejido tumoral maligno con el gadolinio.

**Patrones funcionales de salud M. Gordon:** a) nutricional-metabólico; b) eliminación; c) sueño-descanso; y d) adaptación-tolerancia al estrés.

**Diagnósticos de enfermería:** a) riesgo de hipoglucemia en pacientes diabéticos, r/c la ayuna necesaria para la realización del estudio, m/p mareo, nauseas y desvanecimiento; b) riesgo de fallo renal en pacientes con aumento de la creatinina r/c la administración de contraste i.v.; c) alteración del patrón sueño-descanso r/c la ansiedad producida por la RM; y d) alteración del patrón adaptación tolerancia al estrés r/c el posible resultado del estudio.

**Conclusiones:**

1. La RM no expone al paciente a ningún tipo de irradiación peligrosa ni es dolorosa.

4. Es una prueba inocua, muy útil y en algunos casos imprescindible.

## INTERVENCIÓN ENFERMERA: ESCUCHA ACTIVA

**Álvarez-Fernández R, Nieves M, López-Cepero M, de la Torre V, Muñoz F, Gómez-Morillas M**

*Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** El cuidado supone diálogo y construcción de significados compartidos, pero sobre todo significa respeto y comprensión por el otro, lo que sólo es posible a través de la escucha activa. Entendemos por escucha activa la implicación atenta con el interlocutor, la habilidad del profesional para recibir el mensaje del paciente sin interpretar sus palabras.

Afirmar que escuchar es un proceso activo, tiene un significado real. Escuchar requiere comprometerse y esto es más que oír. Escuchar es un arte que puede aprenderse, una habilidad que se puede desarrollar, cultivar y cimentar.

**Objetivos:** a) identificar las actividades que realizamos para comunicarnos desde un plano más humano, en el cual se tolere y se respeten las necesidades, percepciones y sentimientos, proporcionando seguridad y mejorando la calidad asistencial; y b) aumentar la satisfacción percibida.

**Material y métodos:** La comunicación es una herramienta terapéutica esencial. La enfermera tiene la obligación ético-profesional de escuchar, significa estar presente y dispuesta propiciando espacios que permitan el reconocimiento de la dignidad humana para cuidar.

Hemos consultado la taxonomía NIC (*Nursing Interventions Classification*) y mediante consenso hemos seleccionado las actividades que realizamos al cuidar a nuestras pacientes.

**Resultados:** 4920 *Escucha Activa:* gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente. Actividades:

- Mostrar interés en el paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar senti-

mientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).

- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos pensamientos y preocupaciones. Aumento de la satisfacción percibida por las pacientes.

*Conclusiones:* Cuando los cuidados que prestamos son significativos para nuestros pacientes, estos se convierten en un potente generador de salud.

La Enfermería es "la más bella de las Bellas Artes", su verdadera esencia está en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente.