



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

**Implementación del servicio de cirugía reconstructiva de mamas en
pacientes mastectomizadas en el Hospital Julio Villacreses Colmont.
SOLCA Manabí Portoviejo. Año 2013**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTOR: Delgado Cedeño, Stalin Clemente Dr.

DIRECTOR: Viteri, Rita Marcela, Mg. Sp.

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO
2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Magister.

Rita Marcela Viteri

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado Implementación del servicio de cirugía reconstructiva de mamas en pacientes mastectomizadas en el Hospital Julio Villacreses Colmont. SOLCA Manabí Portoviejo. Año 2013, realizado por: Delgado Cedeño, Stalin Clemente, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Portoviejo, Marzo 2014

f.....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Stalin Clemente Delgado Cedeño declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de maestría: Implementación del servicio de cirugía reconstructiva de mamas en pacientes mastectomizadas en el Hospital Julio Villacreses Colmont. SOLCA Manabí Portoviejo. Año 2013, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Mg. Rita Marcela Viteri directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f).....

Autor: Dr. Stalin Clemente Delgado Cedeño

Cédula de Identidad: 1304305376

DEDICATORIA

El presente informe, que representa todos los esfuerzos y sacrificios para cumplirlo, lo dedico a todas las personas que se sienten y actúan como corresponsables y protagonistas en la construcción de una sociedad justa, pacífica y solidaria.

Dr. Stalin Clemente Delgado Cedeño

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por la oportunidad brindada para mi mejoramiento y capacitación profesional.

A las Autoridades de la Escuela de Medicina de manera particular a los catedráticos de la Maestría de Gerencia en Salud por la entrega hacia los estudiantes y por hacer de mí, un profesional capaz y con un sentido amplio de responsabilidad y honestidad.

Mi agradecimiento a la Mg. Marcela Viteri, Directora de la presente Tesis, quien supo guiarme de manera acertada en el desarrollo de este trabajo.

Un especial agradecimiento a las autoridades, profesionales y pacientes del Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses de SOLCA por el apoyo durante la ejecución del proyecto.

Dr. Stalin Clemente Delgado Cedeño

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS	8
CAPITULO I.....	9
MARCO TEÓRICO	9
1.1. Marco institucional.....	10
1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.	10
1.1.2. Dinámica poblacional.....	10
1.1.3. Misión de la institución.....	11
1.1.4. Visión de la institución	11
1.1.5. Organización administrativa.....	11
1.1.6. Servicios que presta la institución	13
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.....	14
1.1.8. Características geo-físicas de la institución.....	15
1.1.9. Políticas de la institución.....	16
1.2. Marco Conceptual.....	17
1.2.1. Gerencia hospitalaria.....	17
1.2.2. Cáncer de mama.....	18
1.2.3. Mastectomía.....	19
1.2.4. Terapéutica de apoyo.....	20
2.1. Matriz de involucrados.....	23
2.2. Árbol de Problemas.....	25
2.3. Árbol de Objetivos	26

2.4. Matriz de marco lógico	27
CAPITULO III	32
RESULTADOS	32
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES.....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS	76
BIBLIOGRAFÍA.....	129

RESUMEN

En el Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses de SOLCA Manabí, se ejecutó el proyecto para la implementación del servicio de cirugía reconstructiva de mama para pacientes oncológicas para mejorar su calidad de vida.

Se analizó el problema definiéndose como factores importantes de discusión: Un servicio de cirugía reconstructiva de mamas no organizado, un equipo multidisciplinario desactualizado en reconstrucción mamaria y la escasa información al paciente y su familia.

Ante la problemática existente, se elaboró propuesta de acción en desarrollar una investigación de mercado, coordinando acciones con autoridades de la institución, se logró organizar el funcionamiento de cirugía reconstructiva de mamas, se brindó talleres de actualización del tema a los profesionales que participan en este proyecto, se elaboró material informativo y se socializó a pacientes y familiares.

Finalmente de acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo, se espera que el Hospital Oncológico de SOLCA Manabí, continúe con las intervenciones quirúrgicas, que fortalezcan el servicio de cirugía reconstructiva de mama de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, otorgando a la comunidad manabita otra opción para el tratamiento integral de su enfermedad.

PALABRAS CLAVES: cáncer de mama, mastectomía, cirugía reconstructiva, tratamiento integral.

ABSTRACT

In the Cancer Hospital Dr. Julio Villacreses SOLCA Manabí, the project for the service implementation reconstructive breast surgery was performed to provide oncology patient the opportunity to improve their quality of life.

Lack of breast reconstruction area, an updated breast reconstruction and limited patient information multidisciplinary team and family about breast reconstruction: To effect the problem defined as important factors discussion was analyzed.

Faced with the problem affection on a propose to develop a market research , coordinating with the institution authorities, refresher workshops for professionals involved in this project were provided , information material was developed and socialized with was developed patients and their families.

Finally, according to the results obtained in this study, is expected to Manabí SOLCA Oncology Hospital surgical interventions continue to strengthen service reconstructive breast surgery patients who underwent mastectomy for breast cancer manabita giving the community another option for comprehensive treatment of their disease.

KEYWORDS: breast cancer, mastectomy, reconstructive surgery, comprehensive cancer treatment.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, la cirugía ha constituido un tratamiento básico en el manejo de la mujer con cáncer de mama. Pero las circunstancias han evolucionado notablemente en los últimos años y, por ello, el papel de esta disciplina ha tenido que adaptarse a los nuevos retos.

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. 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. Aunque reducen en cierta medida el riesgo, las estrategias de prevención no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico del problema se hace en fases muy avanzadas. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama.(OMS, 2013, ¶ 1,2).

La cirugía oncoplástica y reconstructiva de la mama es una 'cirugía de método', es decir, que su aprendizaje es posible y, con ello, la consecución de resultados previsibles. Para lograrlo, se vuelve especialmente necesaria la formación oncológica del cirujano, así como su educación y entrenamiento en las diferentes técnicas quirúrgicas de remodelación y reconstrucción mamaria.

Desde sus inicios el Hospital Oncológico de SOLCA Portoviejo, recibe mensualmente un promedio de 10 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que son sometidas a tratamientos de cirugía para extirpar su mama, posteriormente reciben tratamientos de radioterapia y quimioterapia; sumado a sus expectativas de curación existe la de recuperar su órgano amputado, en este caso su glándula mamaria enfrentándose a situaciones de stress y modificaciones en su cuerpo ya que el tratamiento quirúrgico es devastador por la única razón de la pérdida de parte de su feminidad.

Por lo tanto la cirugía de la mama es parte del tratamiento oncológico electivo, por lo que el especialista debe seleccionar el mejor procedimiento para cada paciente, así como la planificación y ejecución, paso a paso, de cualquier técnica quirúrgica.

La organización para el funcionamiento del servicio de cirugía oncológica reconstructiva en el hospital oncológico de Portoviejo, permitirá tanto a la paciente, como al profesional en oncología alternativas técnicas en el manejo quirúrgico del cáncer de mama, lo que sin duda, mejorará la discusión individualizada de cada paciente en los grupos multidisciplinares.

Además proporcionara a cada mujer beneficiaria del servicio mejor calidad de vida, retorno en algunos casos de su sexualidad y apoyara en la inclusión de estas usuarias a la sociedad.

La propuesta de organización para el funcionamiento de este servicio, está orientada a trabajar con los más altos estándares de calidad, seguridad y trato individualizado profesional y amable, creando un ambiente de seguridad para nuestras pacientes, médicos y colaboradores, para lo cual la metodología utilizada permitió planificar actividades de organización del servicio y las acciones que esto conlleva, así como también la realización de talleres de capacitación al personal involucrado sobre reconstrucción de mama, la socialización del proyecto a las usuarias y su respectiva difusión a la comunidad.

Los resultados esperados de la presente investigación fueron alcanzados mediante la ejecución, monitoreo y análisis de las actividades programadas en cumplimiento de sus respectivos indicadores.

PROBLEMATIZACIÓN

A nivel mundial las estadísticas del cáncer de mama, representan un problemática alarmante, es así que la OMS menciona:

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004, citado por la OMS, 2013, ¶ 1).

El Hospital Oncológico de SOLCA Manabí Dr. Julio Villacreses Colmont se especializa en el tratamiento del cáncer, en donde se combina la tecnología de punta, la calidad y calidez en la atención de la paciente y su familia. De acuerdo a estadísticas hospitalarias en Manabí, durante el periodo 2012 se detectaron 124 casos nuevos de cáncer de mama, incluido Portoviejo con 36 casos, de éstos 93 pacientes fueron mastectomizadas equivalente al 75% ,que corresponde una población importante para plantear el presente proyecto, de acción que está orientado a mejorar aspectos psicosociales en pacientes mastectomizadas y aumentar el número de pacientes que se beneficien de la conservación de la mama, a través de la implementación del servicio de cirugía reconstructiva, mamaria en el Hospital Oncológico de SOLCA Manabí Dr. Julio Villacreses Colmont.

En el Hospital de SOLCA al no contar con el servicio de cirugías reconstructivas, limita la calidad de vida de aquellas pacientes que son mastectomizadas, ya que éstas sufren trastornos psicosociales, que repercuten en su diario vivir y en el entorno en el que se desenvuelven, ocasionando por un lado abandono del tratamiento oncológico por la escasa información de opciones, como es la cirugía reconstructiva de mamas (sea ésta unilateral o bilateral) y por otro esta desinformación causa también limitado apoyo conyugal, familiar repercutiendo en su reinserción social y laboral.

A pesar que el servicio de cirugía cuenta con un profesional especializado en cirugía reconstructiva, surge la necesidad de preparar un equipo multidisciplinario en el campo de la reconstrucción mamaria, como parte de un tratamiento complementario de calidad, lo cual ampliaría la cartera de servicios e incrementaría los ingresos de SOLCA Manabí a través de los convenios existentes (IESS, MSP) brindando además una mejor calidad de servicio.

Actualmente el Hospital Oncológico de SOLCA Manabí Dr. Julio Villacreses Colmont no cuenta con un servicio de cirugía reconstructiva organizado, lo cual origina el deterioro de la calidad de la atención a la usuaria, esto causa que la paciente no tenga acceso a la cirugía

reconstructiva de mamas repercutiendo en el aumento de gastos económicos con otras casas asistenciales al tratar de aplicar a otras opciones que mejoren su calidad de vida.

En la parte profesional se puede observar que no existe un equipo multidisciplinario actualizado en reconstrucción mamaria lo cual tiene como consecuencia déficit en capacitación sobre este tema, repercutiendo en la paciente con un tratamiento complementario limitado y en la institución pues disminuye sus ingresos económicos por cartera de servicios.

Por otro lado la escasa información al paciente y su familia, sobre reconstrucción mamaria y la inadecuada orientación a la paciente implica en ésta el abandono y resistencia al tratamiento situación que trae como consecuencia un limitado apoyo conyugal y familiar y una limitada reinserción social y laboral.

Todo esto origina un déficit de cirugías reconstructivas de mamas en el Hospital Oncológico de SOLCA Manabí Dr. Julio Villacreses Colmont cuya consecuencia es el incremento de trastornos psicoafectivos y aislamiento social de las pacientes mastectomizadas en esta institución oncológica, por lo que es un desafío para las autoridades y profesional médico establecer una estrategia que eleve no sólo la cantidad, sino la calidad de vida de estas pacientes y puedan reinsertarse armónicamente en su medio social y familiar.

Ante este contexto surge la siguiente interrogante: ¿Es factible implementar el servicio de Cirugía reconstructiva de mamas en pacientes mastectomizadas en el hospital Julio Villacreses Colmont SOLCA Manabí año 2013?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el cáncer mamario está siendo detectado más tempranamente, lo que permite que la terapia encaminada a contrarrestar su avance sea aplicada con mayor efectividad. Sin embargo todavía es grande el número de pacientes a las que necesariamente se debe mastectomizar; debido a ello, surge la necesidad de preparar al cirujano plástico en el campo de la reconstrucción mamaria, como parte de su formación y uno de los ejes centrales de su futura labor profesional.

En los últimos años, se ha tomado muy en serio la reconstrucción de la mama como mecanismo necesario para lograr la rehabilitación de estas pacientes y mejorar así su autoestima, a través de influir en el concepto de auto imagen que pueda lograrse en ella, posterior al procedimiento correctivo.

La cirugía oncoplástica es el resultado de la irrupción de las técnicas propias de la cirugía plástica en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, para conseguir un resultado estético mejor, aumentar el número de pacientes que se benefician de la conservación de la mama y de tejidos no implicados directamente, consiguiendo mejores resultados en las reconstrucciones mediatas después de mastectomía.

El diseño e implementación de un servicio de cirugía oncológica reconstructiva en el hospital oncológico de Portoviejo, permitirá tanto a la paciente como al profesional en oncología ,alternativas técnicas en el manejo quirúrgico del cáncer de mama, lo que sin duda mejorará la discusión individualizada de cada paciente en los grupos multidisciplinares.

Además proporcionara a cada mujer beneficiaria del servicio mejor calidad de vida, retorno en algunos casos de su sexualidad y apoyara en la inclusión de estas usuarias a la sociedad.

Estas estrategias, estamos conscientes que liderara la calidad de vida de nuestras usuarias oncológicas, así como elevar el nivel técnico científico de nuestro hospital.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Implementar el servicio de cirugía reconstructiva de mama en el Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA Manabí, mediante la organización del servicio, actualizando al equipo multidisciplinario e informando sobre reconstrucción de mama a la paciente y su familia sobre esta técnica a fin de disminuir los trastornos psicoafectivos y aislamiento social de las mujeres que padecen de cáncer mamario.

Objetivos específicos

- Organizar el servicio de cirugías reconstructiva de mamas.
- Actualizar al equipo multidisciplinario en el manejo de pacientes con reconstrucción mamaria.
- Desarrollar una estrategia de comunicación para las pacientes mastectomizadas y su familia sobre los beneficios de la reconstrucción mamaria.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.

Según datos del Gobierno Municipal del cantón, se describe:

Portoviejo es la capital de la provincia de Manabí; se localiza en el centro de la costa ecuatoriana y tiene una superficie de 954,9 km². El cantón Portoviejo se encuentra inmerso en la parte media y baja de la cuenca hidrográfica del río Portoviejo, cuya área es de 2 060 km².,la ciudad de Portoviejo, capital del cantón, está conformada por nueve parroquias urbanas: Portoviejo Matriz, 12 de Marzo, Andrés De Vera, Colón, Francisco Pacheco, Picoazá, San Pablo, 18 De Octubre Y Simón Bolívar. el área rural está conformada por cinco parroquias: San Plácido, Alajuela, Abdón Calderón, Crucita Y Río Chico.(Secretaría General de la Comunidad Andina, 2008, p 11).

1.1.2. Dinámica poblacional.

De acuerdo al último censo realizado por el INEC 2010, la dinámica poblacional de la Provincia de Manabí es:

Manabí posee el 18.893,7 km² que representan el 7,36% del territorio nacional y su población de 1.185.025 habitantes corresponde al 9,8% del total del Ecuador. Manabí tiene, según el último censo de población y vivienda 1.186.025 habitantes, de los cuales 596.502 son hombres (50,3%) y 589.523 corresponde a mujeres (49,7%). La población de la provincia representa el 9,8% de la población total del Ecuador. Con respecto a las defunciones, según estadísticas del año 2010, Portoviejo se evidencian 1182 de las cuales 669 fueron varones y 513 mujeres, 45 fueron menores de un año (27hombres, 18 mujeres), y 1134 fueron mayores de 1 año (640 hombres, 494 mujeres), 3 en edades ignoradas. 892 pertenecen a zona urbana y 18 zona periférica de la ciudad; y 272 en sus parroquias rurales.(INEC, 2010, p.1).

En relación a la natalidad según el último censo realizado por el INEC al 2010:

En Portoviejo existieron 4759 nacidos vivos, de los cuales 2455 son hombres y 2304 mujeres. Atendidos por profesionales fueron 4621 (4497 por médicos, 121 obstétricas, 3 por enfermeras), y los atendidos por no profesionales 138 (1 por auxiliar de enfermería, 23 por parteras, 108 por comadronas, y otras personas 6) 4044 pertenecen a zona urbana, 7 zona periférica y 708 de las parroquias rurales. (INEC,2012).

Según datos de migración del INEC al 2010 en Manabí existieron 3840 ecuatorianos migrantes y 4344 extranjeros, y en Esmeraldas 2034 ecuatorianos migrantes y 7823 extranjeros. (INEC, 2012)

Imagen 1.
Ciudad de Portoviejo



Fuente: <http://www.lahora.com.ec>

1.1.3. Misión de la institución

El Hospital SOLCA, en su misión señala: “Brindamos atención con calidad y calidez en las acciones de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del cáncer, impulsamos la práctica docente e investigación científica, apoyándonos en certificaciones internacionales de calidad y gestionamos la sostenibilidad institucional” (Plan Estratégico SOLCA Manabí 2013-2016, p.28).

1.1.4. Visión de la institución

La visión institucional es: “En el 2016 somos una institución que brinda atención integral de calidad contra el cáncer, con dos servicios certificados, autofinanciable, acreditada como docente y de investigación” (Plan Estratégico SOLCA Manabí 2013-2016, p.28). (SOLCA, 2012)

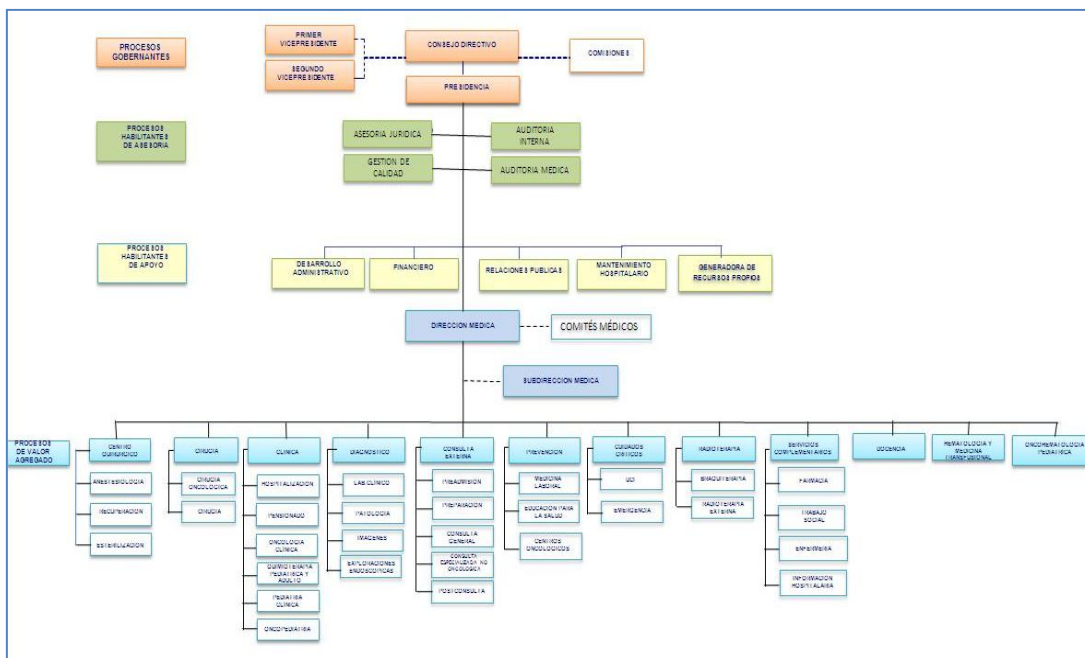
1.1.5. Organización administrativa

En función del Estatuto de la Institución, SOLCA Manabí está constituida por directores y directoras con distintas nominaciones: fundadores/as, principales, alternos/as y vitalicios/as. La estructura organizacional está compuesta por una autoridad máxima denominada Consejo Directivo, misma que está compuesta como máximo por 14 directores/as y como

mínimo por 11 de ellos/as. De éstos/as se designa a un/a Presidente/a y dos vicepresidentes/as. El/la Presidente/a es quien ostenta la representación legal de la Institución.

El trabajo del Consejo Directivo se lo organiza a través de comisiones que tienen el carácter de: permanentes, de apoyo y ocasionales. Las comisiones permanentes que han sido nominadas son: de administración (misma que se encuentra nominada en el Estatuto de la Organización); la Comisión Legal, de Archivo y Comunicación; Comisión Académica y Científica; Comisión Técnica, y; Comisión de Excusas, Calificaciones y Supervisión.

Organigrama Nº 1 Estructura orgánica funcional vigente de SOLCA Manabí



Fuente: Departamento administrativo SOLCA-Portoviejo, 2012

El Reglamento General de SOLCA Manabí contempla la nominación de un/a Gerente/a General y de directores/as departamentales con la finalidad de dar cumplimiento a las políticas administrativas, operativas y agilizar los procedimientos que permitan cumplir con los objetivos Institucionales. Los/as directores/as departamentales nominados/as en el Reglamento General son: el/la directora/a Jurídico/a, el/la directora/a Médico/a, y el/la directora/a Técnico/a.

El Manual de Clasificación de Puestos de la Institución es el instrumento mediante el cual

SOLCA Manabí ha definido las diversas instancias administrativas y de gestión de la Institución; este instrumento administrativo determina fundamentalmente las funciones específicas del personal y los requisitos para cumplir estos roles específicos; dentro de las principales áreas que se regulan con este Manual se encuentran: la Secretaría General, Jefatura de Comunicación, Dirección Jurídica, Dirección Financiera, Auditoría Interna, Dirección Administrativa, Trabajo Social, Dirección de Programas Preventivos, Dirección de Centro Oncológico, Estadísticas y Registros Médicos, Enfermería, Diagnóstico y Laboratorios, y finalmente Psicología.

1.1.6. Servicios que presta la institución

SOLCA Manabí Núcleo de Portoviejo ha evolucionado considerablemente en infraestructura física, pero este no es el único indicador de su crecimiento institucional. Con el desarrollo físico ha ido de la mano el desarrollo tecnológico que se evidencia en la evolución de la tecnología en los procesos de diagnóstico y de tratamientos de las diversas patologías que atiende, actualmente cuenta con equipos y pruebas de diagnóstico de los siguientes tipos: endoscópicos, imagenológicos, de laboratorio clínico, cito-anatomopatológico por congelación (transoperatorio) y por parafina. Entre los principales procedimientos utilizados en los tratamientos encontramos: quimioterapia, cirugía, hormonoterapia y cuidados paliativos. Todos estos esquemas han significado un mejoramiento en la atención y hoy en día esas probabilidades han mejorado significativamente.

A más del avance tecnológico en los medios de detección y tratamiento se ha visto un desarrollo singular en su recurso humano especializado; dentro del staff profesional destinado a la lucha contra el cáncer que implican más de 146 profesionales de la salud, se encuentran las siguientes especialidades: Cirugía Oncológica en general y Digestiva, Dermatología Oncológica, Oncohematología, Ginecología Oncológica, Pediatría Oncológica, Oncología Clínica, Patología Clínica, Anestesiología Oncológica y Terapia del Dolor, Intensivistas, Anatomía Patológica, Patología del Tracto Genital Inferior y Traumatología Oncológica. Entre las especialidades profesionales existentes en áreas no médicas se pueden mencionar: Magíster en Economía de la Salud, Magíster en Auditoría de Gestión de Calidad, Magíster en Salud Pública, Magíster en Desarrollo Local y Salud Pública, Magíster en Administración de Empresas y Especialistas en Desarrollo y Organización de Recursos Humanos.

Actualmente se cuenta con más de 30 especialidades, cuenta con Ambulancia, Clínica Oncológica, Cirugía Oncológica, Cuidados Paliativos, Cuidados Preventivos, Dermatología,

Emergencia, Enfermería, Farmacia, Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Hospitalización, Tomografía, Ecografía, Neurología, Laboratorio Patológico, Laboratorio Clínico, Mastología, Medicina General, Medicina Intensiva, Preadmisión, Psicología, Urología, Patología de tacto, Programa de Prevención del Cáncer, Trabajo Social, Terapia del dolor, Traumatología y los servicios de Quimioterapia y Radioterapia.

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.

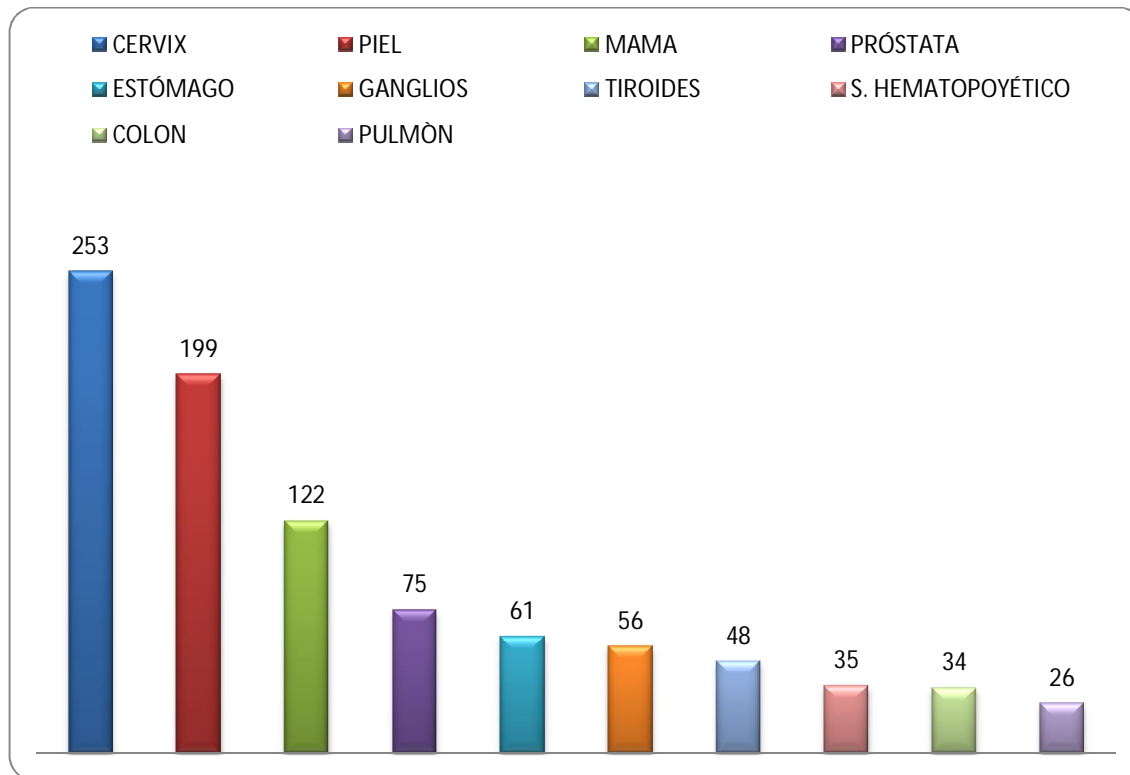
TABLA 1
Hospital de SOLCA-Portoviejo
Patologías más frecuentes - periodo 2012 (CIE-10)

CIE-O	SITIO DE PRESENTACIÓN	SEXO		TOTAL	
		HOMBRE	MUJER	#	%
C53	CERVIX		253	253	23,85
C44	PIEL	96	103	199	18,76
C50	MAMA	5	117	122	11,50
C61	PRÓSTATA	75		75	7,07
C16	ESTÓMAGO	34	27	61	5,75
C77	GANGLIOS	33	23	56	5,28
C73	TIROIDES	5	43	48	4,52
C42	S. HEMATOPOYÉTICO	22	13	35	3,30
C18	COLON	13	21	34	3,20
C34	PULMÓN	18	8	26	2,45
C49	TEJIDOS BLANDOS	5	13	18	1,70
C20	RECTO	5	10	15	1,41
C22	HIGADO	7	8	15	1,41
C64	RIÑÓN	6	4	10	0,94
C67	VEJIGA	5	5	10	0,94
C56	OVARIO		9	9	0,85
C15	ESÓFAGO	6	2	8	0,75
C54	ENDOMETRIO		6	6	0,57
C32	LARINGE	5	1	6	0,57
C48	PERITONEO Y	1	5	6	0,57
C60	PENE	5		5	0,47
C52	VAGINA		5	5	0,47
C02	LENGUA	3	1	4	0,38
C21	CANAL ANAL	3	1	4	0,38
C51	VULVA		3	3	0,28
C71	CEREBRO	1	2	3	0,28
C23	VESICULA BILIAR		3	3	0,28
C07	GLÁNDULA PARÓTIDA	2	1	3	0,28
C38	MEDIASTINO Y PLEURA	2		2	0,19
C55	UTERO		2	2	0,19
C05	PALADAR	2		2	0,19
C40	HUESO	2		2	0,19
C04	PISO DE LA BOCA		1	1	0,09
C06	CAVIDAD BUCAL		1	1	0,09
C19	UNION RECTOSIGMOIDE	1		1	0,09
C30	CAVIDAD NASAL	1		1	0,09
C25	PÁNCREAS	1		1	0,09

C69	CONJUNTIVA	1		1	0,09
C03	ENCIA	1		1	0,09
C38	PLEURA	1		1	0,09
C09	AMIGDALA	1		1	0,09
C08	GLANDULA SUBMAXILAR	1		1	0,09
C10	INTESTINO DELGADO		1	1	0,09
TOTAL		369	692	1061	100,00
PORCENTAJE		35%	65%	100%	

Fuente: Registro de Tumores del Hospital de SOLCA-Portoviejo, 2012

Gráfico 1
Hospital de SOLCA-Portoviejo
Tumores malignos más frecuentes en SOLCA Manabí
2012



Fuente: Registro de Tumores del Hospital de SOLCA-Portoviejo, 2012

1.1.8. Características geo-físicas de la institución.

El Hospital Oncológico de SOLCA "Dr. Julio Villacreses Colmont" está ubicado en la autopista del Valle "Manabí Guillem" dentro de los límites de la ciudad de Portoviejo capital de la provincia de Manabí en el noroccidente, su acceso se realiza a través del bypass que une la carretera Portoviejo-Crucita con la vía que va desde Portoviejo a Picoazá sus coordenadas geográficas son: 9° 887´.500 mt de latitud Norte y 559.300mt de longitud Este.

Su construcción es de hormigón con 17 mil metros cuadrados de construcción, por tres pisos formados por tres bloques en donde se encuentran distribuidos las áreas de farmacia, laboratorio, imágenes, centro quirúrgico con área de recuperación, central de esterilización, emergencia, consultorios de atención ambulatoria y áreas administrativas.

1.1.9. Políticas de la institución.

SOLCA Manabí Núcleo de Portoviejo brinda servicios de promoción de estilos de vida saludable, prevención y diagnóstico precoz del cáncer, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de pacientes oncológicos utilizando equipos de última generación.

Ofrece servicios de atención a la población en general y en especial a sospechosos y pacientes con cáncer a nivel institucional y ambulatorio, siendo sus actividades encaminadas a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de una atención cálida y oportuna, basada en la evidencia científica.

Procura una instancia que acoge las quejas y requerimientos de los usuarios, así como entrega información general y especializada por escrito con detalles que les produzca satisfacción.

SOLCA mantiene a su personal informado, capacitado y actualizado, estableciendo un sistema de incentivos que permite elevar el grado de satisfacción de los mismos y el compromiso con la institución, promoviendo en el personal los valores institucionales (solidaridad, mejoramiento continuo y excelencia, innovación, ética profesional, equidad y liderazgo).

Para ello cuenta con un sistema de indicadores de producción, rendimiento, resultados y sobre todo impacto) que permite controlar y monitorear los principales procesos identificados en cada área o sección.

Mantiene un vínculo de cooperación y buenas relaciones con los proveedores con el fin de obtener productos que cumplan con normas de calidad.

1.2. Marco Conceptual.

1.2.1. Gerencia hospitalaria.

Las organizaciones se preocupan por brindar una adecuada calidad de atención a sus usuarios, sobre todo en la creación de servicios que mejoren la calidad de vida de los usuarios, un ejemplo claro son las cirugías de reconstrucción de mamas, que mejoran el estado psicológico de las pacientes que han tenido extirpación mamaria, por cáncer de mamas, la implementación de áreas se realiza mediante un análisis y estudio de las necesidades, ejecutando acciones organizativas con el fin de dar solución al problema.

El hospital tiene puesto preferencia! Dentro del esquema general de la atención de la salud. Su papel se distingue en la actualidad, por reunir en di, todos los requisitos de una buena gerencia que planea, investiga, evalúa, proyecta, desarrolla, compite por calidad. (Malagon, Gala, & Pontón, 2008, p.3).

Estas actividades dan como resultado un proceso de mejora continua de la satisfacción del usuario, en búsqueda de calidad, eficiencia y eficiencia del servicio, maximizando su tratamiento integral. En cada organización los servicios brindados deben estar orientados a implementar estrategias, procesos y planteamientos gerenciales que permitan ordenadamente y bajo indicadores medibles, para alcanzar la excelencia.

Un ser humano con una clara visión de futuro, metas y objetivos, camina firmemente para conseguirlos, sabe qué, cómo y cuándo hacer? Tener una visión y objetivos definidos significa saber exactamente qué deseamos. Esta es la estrategia básica para alcanzar el éxito profesional y como ser humano en todas sus facetas. (Santillán, F, 2012, p.23).

La gerencia permite a los trabajadores que intervengan en cuanto sea preciso para los intereses y minimizar las necesidades de recuperación de sus usuarios, la administración de las distintas áreas, fomenta estrategias de servicio, capacitando y potencializando a todos sus talentos humanos para conseguir brindar servicios de calidad a sus usuarios.

Los procedimientos del hospital moderno, enmarcados dentro de la estrategia de calidad total, obedecen a estándares investigados y probados en los grandes centros científicos y asistenciales del mundo: esto no obsta para que el hospital sea generador de nuevas y mejores técnicas para los problemas que debe manejar; desde luego que esta actitud es confiable hoy, por el hecho mismo de la gran trascendencia que se otorga a la investigación y a la evaluación sistemática de toda actividad. (Malagon, Gala, & Pontón, 2008, p.3).

1.2.2. Cáncer de mama.

El cáncer de mama es el desarrollo de células malignas en el tejido mamario. Según su tipología hay dos grupos primordiales, el que se presenta con menos frecuencia es el carcinoma lobulillar, que comienza en de las mamas, son lobulillos, que originan la leche materna, y el más frecuente el carcinoma ductal, inicia en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón.

Sólo 55% a 60% de los cánceres de mama se han atribuido a causas conocidas. Hasta 45% de las mujeres con cáncer mamario no presentan factores de riesgo conocidos. Entre los factores de riesgo más claramente establecidos son los reproductivos, incluyendo la edad del primer nacimiento, la paridad, edad de la menarquía y edad de la menopausia. Las mujeres cuyos familiares, madres o hermanas han tenido cáncer mamario se encuentran en mayor peligro; de igual manera la alta densidad de la mama, la enfermedad mamaria benigna y ciertas mutaciones genéticas también presentan un mayor riesgo de cáncer. (Robles, 2001, p.32).

Según algunos estudios sugieren varias causas para la incidencia del cáncer de mamas, para el estudio diagnóstico, se utilizan diferentes técnicas y pruebas, como la mamografía, ultrasonido, pruebas de receptores de estrógeno y progesterona, o resonancia magnética. El diagnóstico determinante se lo realiza por medio de una biopsia mamaria, que es un procedimiento por punción o aspiración, con aguja fina, pistola de corte, guiados por ultrasonido.

Hasta finales del siglo xix la presentación clínica de las neoplasias mamarias era desoladora: cánceres localmente sobrepasados, frecuentemente ulcerados e infiltrando tejidos vecinos, a lo cual se le asociaba una importante afectación sistémica con metástasis hepáticas en el 43% de las pacientes y pulmonares en el 21%. Por el contrario, durante las últimas décadas se han producido una serie de acontecimientos que han permitido al cirujano tratar enfermas con lesiones asintomáticas gracias a la generalización de la mamografía que ha conducido a un cambio en la presentación de la enfermedad, con una mayor incidencia de tumores pequeños no palpables. Estos cambios en la presentación clínica. (Acea, 2008, p. 1)

Para tratar cáncer de la mama se requiere de un equipo multidisciplinario, un conjunto de unidades terapéuticas y modalidades para lograr un tratamiento y control eficiente de la enfermedad.

Al igual que otras técnicas, la cirugía oncoplástica debe situarse en el contexto del tratamiento multidisciplinario de la mujer con cáncer de mama, la introducción de estas técnicas hace necesaria la participación de todas las especialidades involucradas en el tratamiento de la mujer con cáncer de mama. (Acea, 2008, p. 30)

Las técnicas terapéuticas para el tratamiento del cáncer de mama son: la cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia; y la terapia biomolecular, cabe indicar que la

cirugía y radioterapia actúan a nivel local, sobre las mamas y los ganglios linfáticos, la quimioterapia, hormonoterapia y terapia biomolecular actúan tanto a nivel local, como sistémico, y se utilizan de forma coadyuvante al tratamiento de cirugía y radioterapia, como tratamiento primordial en la enfermedad metastásica o diseminada.

Actualmente, la terapia del cáncer de mama incluye cirugía, radiación, quimioterapia y hormonas; la secuencia de estos tratamientos varía según la situación personal de cada mujer. En la mayoría de los casos podemos tener un diagnóstico preoperatorio mediante una biopsia por punción. Estas biopsias pueden hacerse incluso en caso de lesiones pequeñas, no palpables, mediante la asistencia guiada por las imágenes que proporciona una máquina de ecografías o una mamografía. Lógicamente que también pueden hacerse biopsias por punción en lesiones palpables. Así es cómo la mujer conoce el diagnóstico antes de someterse a la intervención quirúrgica.(P.16)

La cirugía tiene como finalidad extirpar el tumor en su totalidad a nivel local, es decir a nivel de la mama y de los ganglios linfáticos.

El primer tratamiento quirúrgico eficaz fue la mastectomía asociada a la extirpación de los ganglios linfáticos axilares, introducida a finales del siglo XIX y principios del XX. Ha de tenerse en cuenta que, en esta época, habitualmente resultaba el único tratamiento quirúrgico factible, ya que las pacientes solían consultar en una fase avanzada, con un desarrollo tumoral importante. (López Z, 2008, p.37).

1.2.3. Mastectomía.

La mastectomía se la define como:

Mastectomía: Extirpación quirúrgica de la mama. Por lo común, se acomete como tratamiento del cáncer, pero, de vez en cuando, un tumor benigno (no canceroso) muy grande que no puede ser eliminado sin extirpar la mama completa (como ocurre con el CISTOSARCOMA HLOIDES) O el alto riesgo de cáncer justifican esta operación (véase más adelante la definición 8). Hay varias clases de mastectomía, dependiendo de la cantidad de tejido que se extirpe. (Ammer, 2008. P.133).

Se efectúan diferentes técnicas quirúrgicas de mastectomía, que puede ser radical o parcial. en algunos casos se extirpan ganglios linfáticos porque se encuentran ubicados dentro del tejido mamario. A la mayoría de las usuarias diagnosticadas con cáncer de mama invasivo se les practica mastectomía radical modificada, para poder examinar los ganglios linfáticos. El examen de ganglios linfáticos permite determinar si las células cancerosas están diseminadas fuera de la mama.

Desde alrededor de 1895 a 1975, cerca del 90 % de las enfermas de cáncer de mama estadounidenses que fueron operadas sufrieron la mastectomía radical de Halsted (definición 2 de más adelante), en la que se extirpa no solo la mama, sino también el músculo subyacente y los nódulos linfáticos adyacentes, bajo la teoría de que las células cancerígenas se propagan a otras partes del cuerpo a través de la LINFA. Desde 1975 se ha ido imponiendo la

tendencia a considerar el CANCER como una enfermedad sistémica que debería ser tratada localmente extirpando solo el tumor y luego sometiendo sistemáticamente al cuerpo de los enfermos a radioterapia y/o quimio- terapia (fármacos anticancerosos), hormonas y otros tratamientos. (Ammer, 2008, p.133).

1.2.4. Terapéutica de apoyo.

El tratamiento de apoyo Psicológico a pacientes mastectomizadas, ocasiona un trauma por la pérdida del órgano, demanda de la aceptación de la paciente, sus familiares y entorno social, los cuales intervienen en la actitud de ésta frente a su problema.

La ausencia de una o ambas mamas, trae para la mujer trastornos psicológicos, éstos dependerán de su entorno familiar: amigos, hijos, esposo, trabajo y el grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, por lo que en la actualidad hay la opción de aplicar la cirugía reconstructiva de mamas.

La gravedad del diagnóstico requiere, antes de seguir adelante, que esté plenamente segura de estos profesionales y del plan de tratamiento que le proponen. Una segunda opinión que coincida con la primera puede proporcionarle esa seguridad. Inversamente, aunque la confirmación diagnóstica y terapéutica es reconfortante, la información que aporta puede diferir de la que ya había recibido. De todas formas, en el supuesto de que ambas opiniones no coincidan, esto puede iniciar un diálogo productivo que la conduzca hacia un plan de tratamiento más adecuado y a una mayor comprensión de la situación. Además, a causa de las características del sistema asistencial, muchas mujeres tienen pocas alternativas en cuanto a la elección del equipo médico o a las diferentes opciones de tratamiento, y quieren estar seguras de que su equipo médico está haciendo lo correcto. Una segunda consulta puede proporcionarles el apoyo que necesitan para obtener unos cuidados apropiados.(p29)

La cirugía reconstructiva de mamas, realizada por la extirpación de cáncer, es uno de los procedimientos quirúrgicos que dispone de aceptación en la actualidad. Los avances en de las nuevas técnicas médicas, y los actuales dispositivos viabilizan a los cirujanos plásticos instaurar una mama que se acerca mucho a la apariencia a la mama normal.

La reconstrucción mamaria debe considerarse una parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes portadoras de cáncer de mama, habiéndose demostrado que disminuye los trastornos psicológicos asociados a la mastectomía. Estos incluyen depresión, sensación de falta de feminidad, una imagen corporal negativa y la pérdida del interés sexual.

El concepto de completar el tratamiento local del cáncer de mama con una restitución completa de la imagen corporal es lo esencial, ya que es conocida la importancia que tiene este órgano como signo de feminidad y su influencia sobre la esfera psíquica, al sentir las mujeres rechazo, pérdida de feminidad y de autoestima, hasta tal punto que afrontan peor su enfermedad. (Acea, 2008, p. 31)

“Las alteraciones físicas más frecuentes son los problemas en la columna vertebral, resultado de la diferencia de pesos entre la zona amputada y la sana y las contracturas musculares que pretenden buscar un nuevo equilibrio.” Camacho R. (2007) Guía de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

A nivel psicológico la ausencia de la imagen y distintivo de feminidad, lo que lleva a estados depresivos, conductas de ansiedad y alteraciones en el comportamiento, que afecta la vida familiar, social y conyugal. El propósito de la reconstrucción mamaria es intentar recuperar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida.

Las secuelas de la mastectomía pueden ser tan traumáticas como la propia cirugía, o incluso más. Muchas mujeres pierden una considerable movilidad en el brazo y en el hombro adyacente, y alguna sufre también, en mayor o menor medida, un LINFEDEMA permanente. Asimismo, los nervios corlados y el tejido cicatricial del área del pecho pueden producir una combinación de entumecimiento e hipersensibilización en la zona, convirtiendo cualquier contacto en algo doloroso o molesto. Una nueva técnica quirúrgica parece minimizar las principales cicatrizaciones. (Ammer, 2008, pp 133, 134).

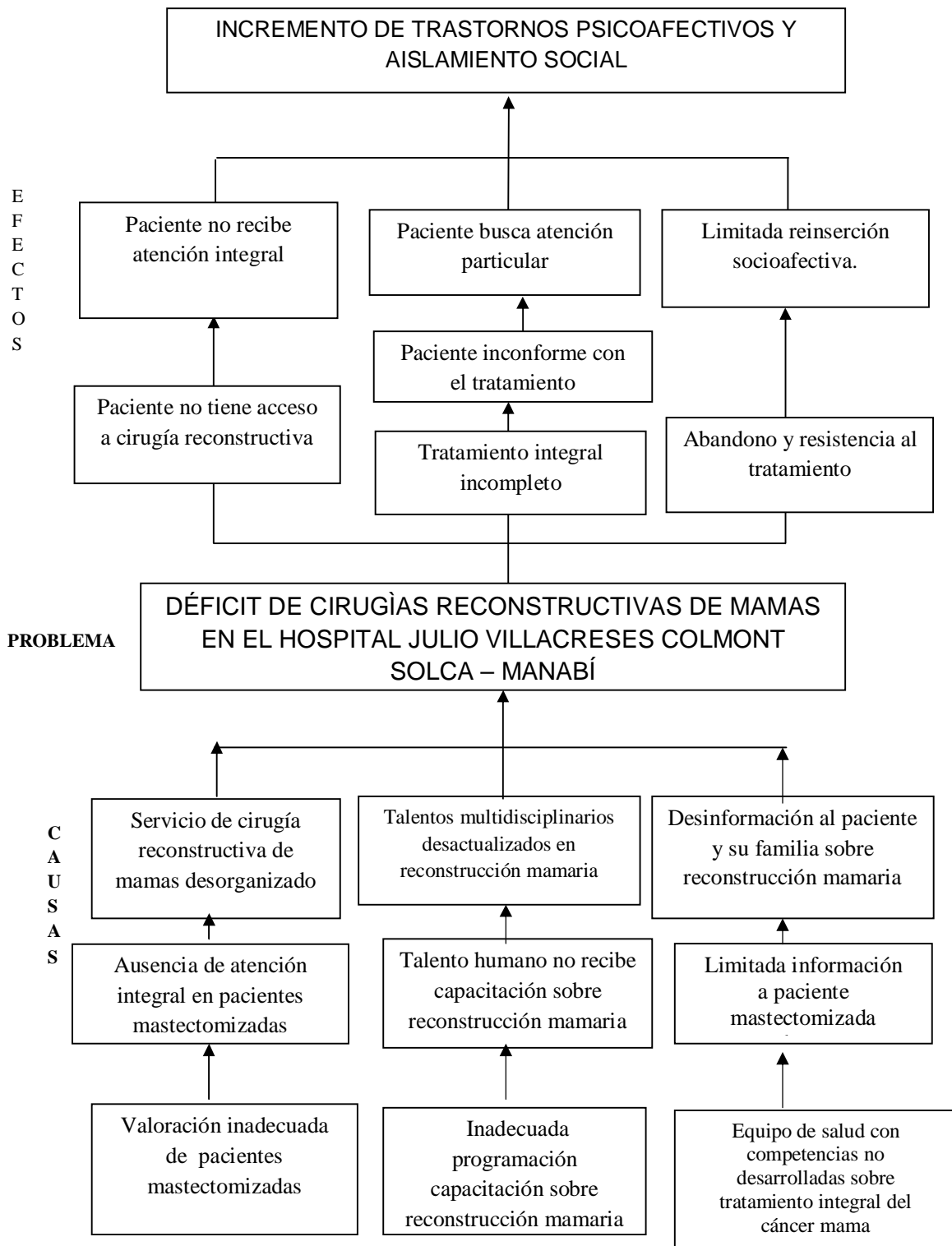
CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de involucrados.

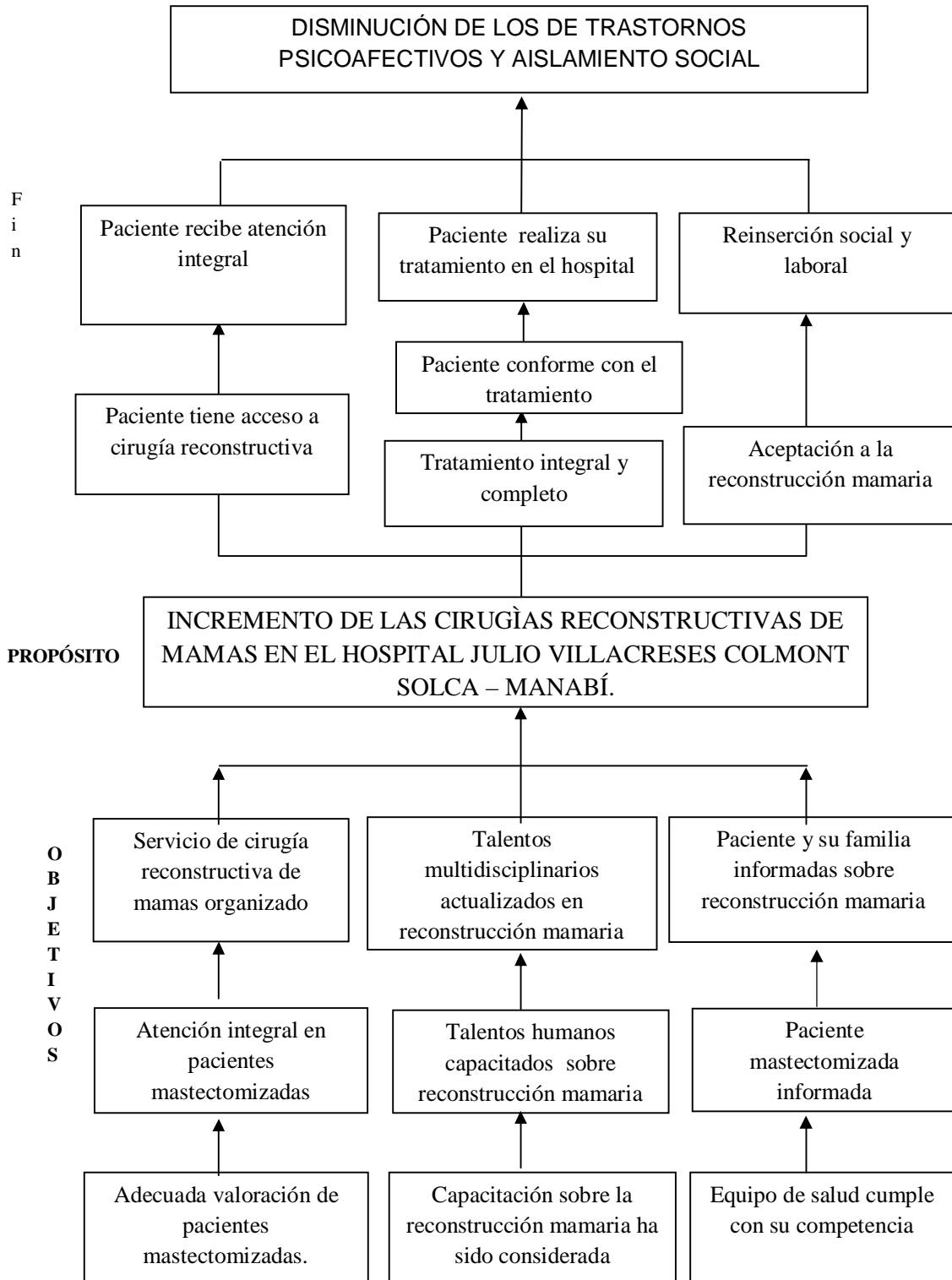
Grupo y/o instituciones	Intereses	Recursos y mandatos	Problemas percibidos
Directivos y talentos humanos del servicio de cirugía del Hospital Villacreses Colmot Julio	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar un servicio integral a pacientes mastectomizadas - Aumentar la cartera de servicios y mejorar la cobertura de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal especializado. - Infraestructura para cirugía reconstructiva de mama. - Artículo 50, de la Constitución de la República del Ecuador “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente” - Resolución 020 del IESS en cuanto a la acreditación de prestadores de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado material quirúrgico de especialidad reconstructiva. - Inexistencia de un banco de prótesis. - Déficit de equipo multidisciplinario. - Área física no seleccionada.
Pacientes mastectomizadas	<p>Mejorar la calidad de vida</p> <p>Mejorar la relación conyugal, familiar, social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Solventado por convenios. - PNB Objetivo 3. Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población. - Consentimiento informado. - Política institucional 	<p>Limitada información con relación a procedimientos post quirúrgicos.</p> <p>Desconfianza e inseguridad para plantear inquietudes</p>
Familia de usuarias	Mejorar la relación conyugal	<ul style="list-style-type: none"> - Material educativo. - Política institucional 	Por desinformación no motivan en esa opción de apoyo al tratamiento.
Cirujanos oncológicos	Mejorar la calidad de atención. Satisfacción laboral personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso humano especializado para implementar el nuevo procedimiento. - Cumplir con la misión y visión de la institución. 	Inexistencia de un proyecto que respalde la implementación como apoyo de tratamiento.
Maestrante	Implementar el proyecto	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con la ley y misión de la UTPL. - Título IV Evaluación y aprobación de materias 	Limitación de información

		trabajo de fin de carreras, modalidad presencial. - Art. 12. Del proyecto de fin de carrera.	
--	--	---	--

2.2. Árbol de Problemas.



2.3. Árbol de Objetivos



2.4. Matriz de marco lógico

Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin Contribuir en la disminución de los de trastornos psicoafectivos y aislamiento social en pacientes mastectomizadas.			Colaboración de la usuaria. Apoyo del personal responsable.
Propósito Servicio de cirugía reconstructiva de mamas, implementado en el Hospital Dr. Julio Villacreces Colmont para brindar atención integral a las usuarias mastectomizadas	Hasta el 30 de Noviembre del 2013 se realizaron el 40% de cirugías reconstructivas a las pacientes calificadas.	- Registros clínicos - Record	Recursos económicos. necesarios Apoyo del directorio.
RESULTADOS			
1. Servicio de cirugía reconstructiva de mamas organizado.	Hasta octubre del 2013 el 100% del servicio de cirugía reconstructiva de mamas organizado.	- Registros clínicos - Oficios de aprobación - Fotografías	Apoyo y participación de la presidenta y autoridades de la institución.
2. Talentos humanos multidisciplinares actualizados en reconstrucción mamaria.	Hasta octubre del 2013 el 100% del personal que realiza cirugía, capacitado en reconstrucción de mamas	- Registros de asistencia. - Fotografías - Evaluación	Participación del talento humano en la capacitación.
3. Paciente y entorno familiar informado sobre reconstrucción mamaria.	Hasta octubre del 2013 el 100% del paciente y su familia informados sobre reconstrucción mamaria	- Evidencias fotográficas - Evaluaciones - Nota de prensa	Participación activa de los pacientes y sus familias en la capacitación.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1: Servicio de cirugía reconstructiva de mamas organizado			
1.1. Exposición de la propuesta ante la presidenta de la institución para la aprobación del proyecto. 1.1.1. Socialización de la organización dl servicio de cirugía reconstructiva de mamas con autoridades. 1.1.2. Autorización para la ejecución y puesta en marcha de la propuesta 1.1.3. Compromiso de autoridades.	- Maestrante Dr. Stalin Delgado - Presidenta de la Institución SOLCA Manabí.	Mayo del 2013	- Material de oficina - (\$10,00)
1.2. Programación de las actividades para la organización del servicio de cirugía reconstructiva de mamas. 1.2.1. Cronograma de actividades 1.2.2. Listado de insumos y requerimientos 1.2.3. Listado de materiales 1.2.4. Equipamiento del área	- Maestrante Dr. Stalin Delgado - Director medico - Jefe de cirugía - Equipo de salud	Mayo del 2013	- Material de oficina - (\$10,00)
1.3. Equipamiento del área de cirugía reconstructiva de mamas organizado 1.3.1. Delegación de responsabilidades. 1.3.2. Adecuación del área.	- Maestrante Dr. Stalin Delgado - Director medico - Jefe de cirugía - Equipo de salud	Mayo del 2013	- Materiales y equipos varios
1.4. Elaboración de protocolos de atención 1.4.1. Autorización de los protocolos de atención.	- Maestrante Dr. Stalin Delgado - Director medico - Jefe de cirugía - Equipo de salud	Mayo del 2013	- Material de oficina (\$50,00)
1.5. Ejecución de la atención de acuerdo a los protocolos.	- Maestrante Dr. Stalin Delgado - Director medico - Jefe de cirugía - Equipo de salud	Mayo del 2013	- Materiales y equipos varios

RESULTADO 2. Talentos humanos multidisciplinarios actualizados en reconstrucción mamaria.			
<p>2.1. Elaboración de la programación de la capacitación sobre reconstrucción mamaria.</p> <p>2.1.1. Introducción</p> <p>2.1.2. Objetivos</p> <p>2.1.3. Contenido</p> <p>2.1.4. Recursos</p> <p>2.1.5. Selección de los temas</p> <p>2.1.6. Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dr. Stalin Delgado 	<p>Mayo del 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de oficina - (\$10,00)
<p>2.2. Elaboración del material de apoyo y gestión de recursos para las conferencias de capacitación</p> <p>2.2.1. Diseño de diapositivas</p> <p>2.2.2. Petición del área</p> <p>2.2.3. Invitación a capacitadores y participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dr. Stalin Delgado 	<p>Mayo del 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de oficina - (\$10,00)
<p>2.3. Ejecución de la actualización al talento humano</p> <p>2.3.1. Conferencia N° 1: Área Médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transposición de colgajo del dorsal ancho miocutaneo (tejido propio) Transposición de colgajo del recto abdominal Colocación de prótesis (implantes) expansores previos. <p>2.3.2. Conferencia N° 2: Área Psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introducción a los aspectos psicológicos Reacciones más habituales ante la noticia del diagnóstico - Vida en pareja - Aliviar el dolor y el estrés, importancia de la ayuda emocional ante el dolor Programa de ayuda para la mujer mastectomizada 	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dr. Stalin Delgado - Director medico - Jefe de cirugía - Equipo de salud - Capacitadores 	<p>4 y 24 de octubre , 13 de noviembre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de oficina - Enfocus - Computadora - Refrigerios - (\$200,00)

<p>2.3.3. Conferencia N° 3</p> <p>Área Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Breves indicaciones del postoperatorio - Rehabilitación y ejercicios físicos - Sugerencias para los cuidadores 			
<p>2.4. Evaluación de la capacitación</p> <p>2.4.1. Encuesta de satisfacción</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dr. Stalin Delgado - Director medico - Jefe de cirugía - Equipo de salud 	<p>Mayo del 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de oficina - (\$20,00)
<p>RESULTADO 3. Paciente y entorno familiar informado sobre reconstrucción mamaria.</p>			
<p>3.1. Diseño del programa de información y difusión al paciente y su entorno familiar sobre reconstrucción mamaria.</p> <p>3.1.1 Objetivos</p> <p>3.1.2 Contenido</p> <p>3.1.3 Recursos</p> <p>3.1.4 Actividades</p> <p>3.1.5 Selección de los temas</p> <p>3.1.6 Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dr. Stalin Delgado - Director medico - Jefe de cirugía - Equipo de salud 	<p>Mayo del 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de oficina - (\$10,00)
<p>3.2. Socialización de la programación de actividades información y difusión al paciente y su entorno familiar sobre la reconstrucción mamaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dr. Stalin Delgado - Director medico - Jefe de cirugía - Equipo de salud 	<p>8 de Noviembre del 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de oficina - (\$20,00)
<p>3.3. Elaboración del material de apoyo y gestión de recursos para las conferencias de capacitación</p> <p>2.4.2. Búsqueda bibliográfica</p> <p>2.4.3. Elaboración de trípticos a los/as usuarios del Hospital y el servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dr. Stalin Delgado 	<p>Noviembre del 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de oficina - (\$20,00)

3.4.	Entrega de material informativo(Trípticos) a los/as usuarios del Hospital y el servicio de	- Maestrante Dr. Stalin Delgado - Equipo de salud	Noviembre del 2013	- Material de oficina - (\$50,00) - Materiales varios - (\$100,00)
3.5. 3.6.	Difusión del servicio a la comunidad a través de medios de comunicación Comunicado y nota de prensa.	- Maestrante Dr. Stalin Delgado	Octubre del 2013	- Material de oficina - (\$40,00) - Transporte - (\$20,00)
3.7.	Casa Abierta sobre el servicio y la importancia de la reconstrucción mamaria	- Maestrante Dr. Stalin Delgado - Equipo de salud	Octubre del 2013	- Material de oficina - (\$10,00) - Materiales varios - (\$100,00)
3.8.	Orientación a los pacientes y familiares.	- Maestrante Dr. Stalin Delgado - Equipo de salud	Octubre del 2013	- Material de oficina - (\$10,00) - Materiales varios - (\$200,00)

CAPITULO III
RESULTADOS

Resultado 1: Servicio de cirugía reconstructiva de mamas organizado

Como paso previo para lograr la implementación del área se realizó una investigación de mercado en donde se entrevistó a 15 pacientes operadas de cáncer de mama. La mayoría manifestó estar satisfecha con el trato recibido por parte del personal de salud, la información recibida al ingreso, así como también se refieren de manera positiva a la calidad y confort de los servicios recibidos en el hospital de SOLCA. Las expectativas con respecto a la creación del nuevo servicio fueron altas poniéndose de manifiesto la necesidad de mejorar su calidad de vida. (Ver apéndice 1)

1.1. Socialización de la organización del servicio de cirugía reconstructiva de mamas con las autoridades.

En esta actividad se expuso ante las autoridades la propuesta de organización del servicio de cirugía reconstructiva de mamas, con el antecedente que el hospital cuenta con cuatro quirófanos, solicitando en primera instancia se autorice a través de Dirección Médica un quirófano para ser utilizado en este tipo de cirugías, asignándose el quirófano 4 para realizar las cirugías reconstructivas de mama.

Se creó el compromiso entre autoridades y personal para continuar con la puesta en marcha del área de reconstrucción de mamas, mantuve reuniones consecutivas con el director para planificar una preparación técnica previa con los talentos humanos colaboradores con este servicio creado y la autorización para lograr la planificación de una casa abierta dirigida a los pacientes y su entorno familiar.

Como plan de acción el Servicio de Cirugía Oncológica Reconstructiva del Hospital de SOLCA Portoviejo, será una unidad de servicio orientada a atender la demanda de servicios médicos en los cuales un procedimiento quirúrgico reconstructivo se deba realizar en un ambiente especializado: un quirófano o sala de cirugía.

Se ofrece atención durante 6 horas laborables de Lunes a Viernes de 8:00 a 14:00 horas del día a pacientes con cáncer de mama que recibieron tratamiento de cirugía, quimioterapia y radioterapia y que pasan de los dos años de recibir estos tratamientos; las pacientes provienen del área de pos consulta de clínica oncológica, de los consultorios médicos de la Institución.

La propuesta de servicio está orientada a trabajar con altos estándares de calidad,

seguridad y trato amable e individualizado, creando un ambiente de seguridad para nuestras pacientes, médicos y colaboradores.

El Hospital Oncológico permiten tener a disposición quirófanos dotados con equipos de última tecnología, dos salas de recuperación y la infraestructura administrativa, talento humano especializado en la rama de Cirugía reconstructiva y logística para el manejo del paciente desde que llega a la institución y luego de su procedimiento quirúrgico es enviado a hospitalización o a su casa.

Para lograr cobertura de los servicios prestados por el servicio se coordinara con el área de Comunicaciones para la difusión de los beneficios del área por medios escritos y televisivos; además se contara con un Plan de seguimiento intrahospitalario en las áreas de pos consulta de cirugía y clínica oncológica, en donde se captara las pacientes por las Enfermeras Oncólogas responsables de las áreas.

Este servicio de cirugía reconstructiva se mantendrá ofertando sus servicios y beneficios por medio de la red de atención en salud que cubren los convenios del IESS, MIES y PPS que son programas de cobertura a los involucrados y financiados en su totalidad, ya que las beneficiadas son pacientes con enfermedades catastróficas.

Imagen 2

Reunión con la presidenta del directorio



Fotografía de la reunión con la Mg. Marcela Viteri de Delgado en la que se expuso la propuesta.

1.2. Programación de las actividades para la organización del servicio de cirugía reconstructiva de mamas.

Para esta actividad se procedió a realizar un cronograma de actividades con el equipo de salud, en el cual se formó un equipo colaborador, quedando establecido de la siguiente manera:

Cronograma Nº 1

Actividades para la organización del servicio de cirugía reconstructiva de mamas

Actividades	Responsable	Fecha de cumplimiento
Elaboración del listado de insumos y requerimiento	Maestrante Jefe de Cirugía Jefe de Centro Quirúrgico	Abril del 2013
Elaboración del listado de materiales	Maestrante Jefe de Cirugía Jefe de Centro Quirúrgico	Abril del 2013
Equipamiento del área.	Maestrante Jefe de Centro Quirúrgico Jefe de Mantenimiento	Abril del 2013
Elaboración de protocolos	Maestrante Jefe de Cirugía Departamento de Docencia	Abril del 2013
Socialización aprobación de protocolos	Maestrante Dirección Medica Jefe de Cirugía Departamento de Docencia	Abril del 2013

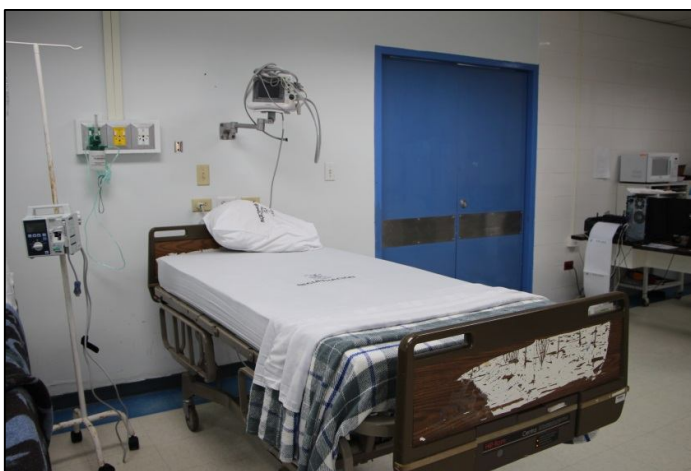
1.3. Equipamiento del área.

Para esta actividad se adecuo el servicio con los materiales existentes, actualmente se están realizando las cirugías con los implementos e instrumentos quirúrgicos existentes para el presente año, sin embargo y gracias a la ejecución de este proyecto se incrementó en la programación operativa anual de cirugía para el 2014 la adquisición para completar el equipamiento del servicio.

Imagen 3
Instrumental quirúrgico



Imagen 4
Sala de recuperación



Listado de equipamiento requerido y aprobado para el 2014 en el servicio de cirugía reconstructiva de mama

2 Pinza quirúrgica grande	\$40
2 Pinza quirúrgica pequeña	\$30
2 Pinza de disección grande	\$40
2 Pinza de disección pequeña	\$30
2 Pinza Lucas Bayoneta Anatómico	\$60
10 Pinza hemostática kelly recta (mosquito 14 cms)	\$200
10 Pinza hemostática kelly curva (mosquito 14 cms)	\$200
10 Pinza hemostática recta (grande)	\$300
10 Pinza Hemostática Curva (Grande)	\$300
10 Pinza maier recta	\$200
10 Pinza kocher recta	\$200
10 Pinza kocher curva	\$200
10 Pinza hartman recta 10cms	\$250
10 Pinza hartman curva 10cms	\$250
2 Pinza aro collins 16cms	\$60
10 Pinza allis 12 cms	\$200
5 Pinza adoson con dientes	\$100
5 Pinza adoson sin dientes	\$100
2 Tijera mayo recta grande	\$70
2 Tijera mayo recta pequeña	\$70
2 Tijera mayo curva grande	\$70
2 Tijera Mayo Curva Pequeña	\$70
2 Tijera metzembaun recta grande	\$70

2 Tijera metzembaun recta pequeña	\$40
2 Tijera metzembaun curva grande	\$70
2 Tijera metzembaun curva pequeña	\$40
1 Tijera Spencer	\$35
1 Mango de bisturí pequeño	\$40
1 Mango de bisturí grande	\$45
2 Riñonera Quirúrgica	\$50
2 Recipiente quirúrgica pequeña	\$40
4 Espansores de mama	\$720
1 Lampara fria de zenon de 6 focos pedestal	\$7.900
TOTAL	\$11.990

1.4. Revisión de procesos y elaboración de protocolos del servicio de cirugía reconstructiva de mamas.

Para esta actividad se efectuó una reunión, para revisar el proceso elaborado por el personal involucrado, realizándose correcciones y finalmente se lo documentó para su posterior aprobación, por las instancias superiores, quedando de la siguiente manera:

Bajo las guías internacionales quirúrgicas el cirujano especialista se elaboró el protocolo para la reconstrucción de mamas, de tipo adaptativo a nuestra realidad institucional, siguiendo el órgano regular se entregó al Jefe de Docencia para su verificación. En este proceso intervienen además los cirujanos y el autor del presente proyecto, cumpliéndose de esta manera la actividad planificada.

Esquema de los contenidos en los protocolos de atención servicio de cirugía reconstructiva de mama

AREAS POS CONSULTA CLINICA ONCOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> •Captacion Paciente con cancer de mama •Cita para valoracion por Medico Cirujano •Explicacion inicial
VALORACION CIRUGIA ONCOLOGICA RECONSTRUCTIVA	<ul style="list-style-type: none"> •Valora clinicamente a la paciente. •Explica el procedimiento y si es apta para la cirugía •Solicita Exámenes preoperatorios •Envía a Pos Consulta para coordinacion de citas posteriores con cardiologia, Anestesiologia, Trabajo Social
AREA POS CONSULTA CIRUGIA ONCOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> •Coordinacion de turnos para valoracion Cardiologia, Anestesiologia, Convenios, Trabajo Social •Constatacion de realizacion de exámenes preoperatorios •Apoyo en medidas de programacion quirurgica •Informacion de cuidados preoperatorios
ACTIVIDADES EN HOSPITALIZACION DE CIRUGIA	<ul style="list-style-type: none"> •En hospitalización el personal de Secretaria ingresa al Sistema •El personal de enfermeria, asigna cama, revisa medicamentos, realiza preparacion prequirurgica •El personal de medicos residentes, valora clinicamente y realiza evoluciones medicas •El personal de camilleros y auxiliar enfermeria entrega paciente al area de quirofano.
ACTIVIDADES EN CENTRO QUIRURGICO	<ul style="list-style-type: none"> •El personal Medico realiza intervencion quirurgica . Medico Anestesiologo brinda anestesia . Personal de Recuperacion brinda atencion pos operatorio inmediata •Se envia a archivo la documentacion remitida por las diferentes áreas. •Estabiliza hemodinamicamente a la paciente. •Traslado al area de Hospitalizacion

1.5. Ejecución de la atención de acuerdo a lo organizado.

Para la atención del paciente se realizó el siguiente procedimiento:

La paciente oncológica es captada en las áreas de Pos consulta Oncológica y se le asigna una cita para las evaluaciones preoperatorias en el Consultorio C2 de Cirugía Oncológica. En una entrevista “pre quirúrgica” el Médico valora clínicamente y realiza examen físico a la paciente y analiza con ella los criterios de inclusión y exclusión para el procedimiento, el registro de datos encontrados en la historia clínica informática y el llenado, firmado y legalizado del Consentimiento Informado Formulario 024, así como la solicitud de los

exámenes respectivos.

En la misma cita en el área de pos consulta la Enfermera Oncóloga registra y confirma el procedimiento a realizar orienta a la paciente con las dudas generales que tiene sobre el evento y le da indicaciones sobre la preparación en casa antes de la cirugía, sobre el ayuno adecuado y hace una indicación sobre la hora de llegada para su procedimiento; además de informar las citas que debe programar con Anestesiología, Cardiología, Nutrición y Trabajo Social.

Continúa con una entrevista administrativa por parte de Trabajo Social, en donde se verifica el cumplimiento de los procesos administrativos con el pagador (convenios IESS, MIES, PPS), se orienta sobre las obligaciones financieras si es del caso y deja elaborada la admisión del paciente.

Durante la misma ocasión o en una cita diferente, se realiza la consulta con el anesthesiólogo a cargo, “consulta pre anestésica”, quien hace la valoración médica especializada, solicita y evalúa resultados de laboratorio o exámenes especiales cuando estén indicados, además de solucionar las dudas que el paciente tiene sobre el proceso de la anestesia que se indique para cada caso.

El día del procedimiento, todas las pacientes deben llegar al hospital oncológico con un acompañante el día anterior a la cirugía, o si es el caso, llegar con más de 1 hora si se lo han indicado en la entrevista pre – quirúrgica; este tiempo se destina para realizar entrevista con la Enfermera del área, revisar medicina, exámenes realizados; también se realiza por parte del Médico Residente valoración clínica y demás indicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico y normas de la institución.

A su llegada, debe reportarse con las secretarías de cirugía, quienes informarán al personal de enfermería para la recepción dentro del área de cirugía y quirófanos. Cada paciente será recibida por el personal dentro de las instalaciones de los servicios de cirugía, para hacer las verificaciones pertinentes de rutina sobre identidad, cirugía, peso, estado adecuado de la paciente para el procedimiento quirúrgico y verificar el sitio a operar. La preparación del paciente se realiza en el piso de hospitalización y en ese momento consiste en el cambio de vestido por el usual para cirugía, lavado de área de la intervención y rasurado de la zona cuando se indique; se verifica el ayuno del paciente y se reciben las prótesis dentales cuando sean necesarias. Se recomienda no llevar el día del procedimiento objetos de valor o joyas; si los lleva, deben dejarse en custodia con sus acompañantes.

La paciente es trasladada a las 7 de la mañana del día de la cirugía por el camillero al centro quirúrgico; durante el proceso quirúrgico no está permitida la presencia de personas ajenas al grupo quirúrgico y al personal propio de las Salas de Cirugía. El interés y cuidado en la seguridad del proceso médico tiene unos altos estándares de calidad que aseguran un procedimiento adecuado, en un ambiente de amabilidad y calidad médica, dentro de estándares técnicos a la altura de los mayores requerimientos internacionales.

Terminada la cirugía, la paciente es llevada a la Sala de Recuperación, en donde el anesthesiólogo cuenta con un personal especializado en el cuidado inmediato después de la cirugía, vigilando en forma detallada cómo la paciente recupera unos signos vitales estables y recupera un estado de alerta que permita su traslado a una habitación. En este caso, se continúa el control desde el punto de vista médico, pero con la presencia de su acompañante.

Cuando la paciente esté en condiciones seguras de ser enviada a su casa, se realiza el procedimiento de alta o salida del hospital.

El Hospital Oncológico consecuente con estar comprometido con la recuperación, realizara controles vía telefónica a todas las pacientes intervenidas que no acudan a las citas posteriores.

Se ofrece atención durante 6 horas laborables de Lunes a Viernes de 8:00 a 14:00 horas del día a pacientes con cáncer de mama que recibieron tratamiento de cirugía, quimioterapia y radioterapia y que pasan de los dos años de recibir estos tratamientos; las pacientes provienen del área de pos consulta de clínica oncológica, de los consultorios médicos de la Institución.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO 1

Resultado 1: Servicio de cirugía reconstructiva de mamas organizado.

Indicador: Hasta octubre del 2013 el 100% del servicio de cirugía reconstructiva de mamas organizado. .

Este resultado se cumple en un 100%, ya que actualmente se cuenta con un área acondicionada para realizar las intervenciones quirúrgicas y asignadas el quirófano N° 4 para efectuar dichas cirugías reconstructivas además de contar con todos los instrumentos quirúrgicos requeridos.

Imagen 5

Área implementada y equipada



Fotografía del quirófano N° 4 implementado y equipado para la realización de cirugías reconstructivas de mamas

Imagen 6

Oficio para la implementación del servicio de cirugía reconstructiva de mamas

Portoviejo, 08 de marzo de 2013

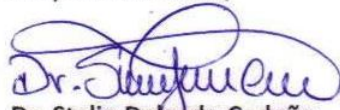
Licenciada
Marcela Viteri de Delgado
Presidenta SOLCA Manabí

Mediante la presente reciba mis cordiales saludos y a la vez solicitarle muy respetuosamente realizar mi proyecto de Implementación del servicio de Cirugía Reconstructiva de Mamas, en aquellas pacientes que han sido mastectomizadas por cáncer mamario; el mismo que estará plasmado en una tesis de Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, de quien suscribe.

Dicho proyecto será de beneficio mutuo ya que esto permitirá ampliar la cartera de servicios de vuestra Institución y permitirá dar tratamiento más integral a este tipo de pacientes, mejorando su calidad de vida.

Esperando que esta solicitud sea acogida positivamente, me despido de usted.

Muy Atentamente,



Dr. Stalin Delgado Cedeño
Maestrante UTPL.



Imagen 7

Acta de socialización del proyecto

ACTA DE SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIO EN PACIENTES MASTECTIZADAS

Hoy 03 de octubre de 2013, se realiza una reunión en presencia del Director Médico; Jefe de Cirugía; Jefa de Servicios Complementarios, Jefa Administrativa, Psicóloga Clínica y mi persona, en calidad de Subdirector Médico y maestrante; para tratar y socializar el proyecto de Implementación del Servicio de Reconstrucción mamario en pacientes mastectizadas, se realiza una breve explicación de los trastornos Psicoafectivos que causa una mutilación mamaria, con el apoyo de la Sicologa Clínica María Lourdes Intriago, y como superaría dichos trastornos las pacientes con esta opción de tratamiento incluyente. De la misma manera el Jefe de Servicio de Cirugía y ejecutor de este tipo de cirugía, Dr. Cesar León, hizo una explicación en lo que consiste esta cirugía y los requerimientos que esta implica; razón por la que fueron citados la Jefe de Servicios Complementarios, Lcda. Maribel García, encargada de lo que es servicio de enfermería, estadística, trabajo social y farmacia, la Jefe Administrativo, Ing. Gisella Ordoñez, para la implementación adquisitiva de instrumentos quirúrgicos e insumos, y el director Médico Dr. Ángel Ganchozo, como personero principal del Hospital Julio Villacereces Colmont. Una vez realizada esta exposición consideraron necesaria e importante la implementación de ese servicio, brindando el apoyo para que este se lleve a feliz término por el beneficio que les dé a las pacientes mastectizadas como tratamiento integral.

Se recomienda socializarlo y actualizar sobre este tipo de intervención quirúrgica a los cirujanos que realizan este tipo de cirugías mamarias.

Para constancia firman las siguientes partes.



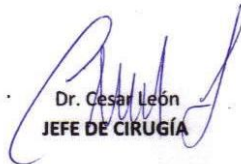
Dr. Ángel Ganchozo
DIRECTOR MÉDICO



Dr. Stalin Delgado Cedeño
SUBDIRECTOR MÉDICO (Maestrante)



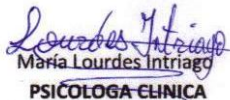
Lcda. Maribel García
JEFE DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS



Dr. Cesar León
JEFE DE CIRUGÍA



Ing. Gisella Ordoñez
JEFE DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO



María Lourdes Intriago
PSICOLOGA CLINICA

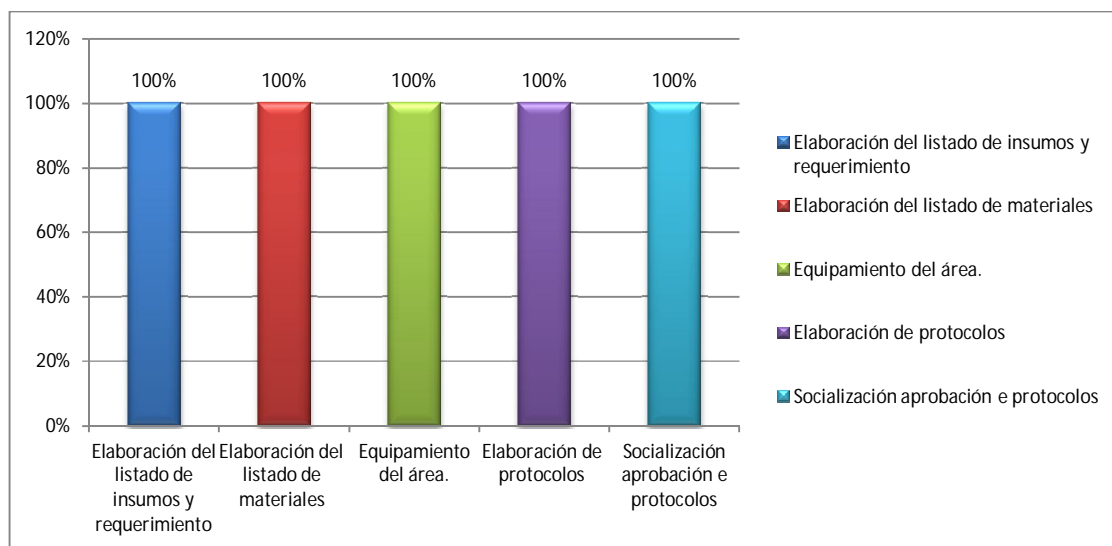


Tabla Nº 2: Distribución porcentual del nivel de cumplimiento de actividades

Actividades	Nº de actividades planificadas	Nivel de cumplimiento	
		F	%
Elaboración del listado de insumos y requerimiento	1	1	100%
Elaboración del listado de materiales	1	1	100%
Equipamiento del área.	1	1	100%
Elaboración de protocolos	1	1	100%
Socialización aprobación e protocolos	1	1	100%

Fuente: Cronograma de actividades
Elaborado por: Maestrante

Cuadro Nº 2: Distribución porcentual del nivel de cumplimiento de actividades



Fuente: Cronograma de actividades
Elaborado por: Maestrante

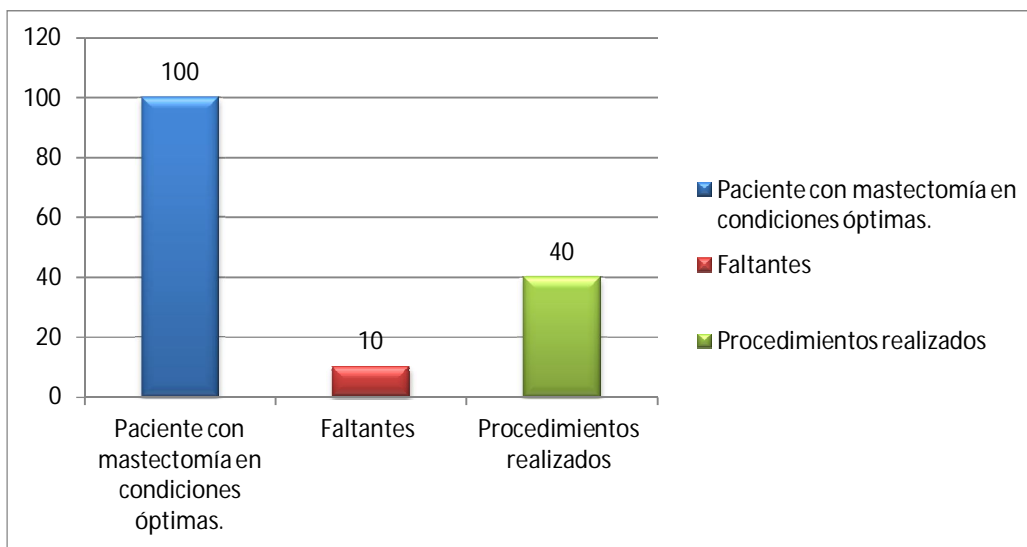
Análisis e interpretación: la tabla y gráfico nº 2 muestra el 100% del cumplimiento en elaboración del listado de insumos y requerimiento, elaboración del listado de materiales, equipamiento del área, elaboración de protocolos y socialización de aprobación de protocolos.

Tabla Nº 3: Distribución porcentual del número de atenciones efectuadas en el servicio de cirugía reconstructivas de mamas

Atenciones	F	%
Paciente con mastectomía en condiciones óptimas.	10	100
Faltantes	1	10
Procedimientos realizados	4	40

Fuente: Estadística de atención.
Elaborado por: Maestrante.

Tabla Nº 3: Distribución porcentual del número de atenciones efectuadas en el servicio de cirugía reconstructivas de mamas



Fuente: Estadística de atención.
Elaborado por: Maestrante.

Análisis e interpretación: la tabla y gráfico nº 3 muestra el 100% representa a las 10 pacientes mastectomizadas en condiciones óptimas para le reconstrucción mamaria, el 10% es decir 1 paciente de las 10 mastectomizadas, fallece de otra patología, y el 40% ósea 4 de las 10 pacientes mastectomizadas se le realizó la cirugía reconstructiva mamaria.

Resultado 2: Talentos humanos multidisciplinarios actualizados en reconstrucción mamaria.

2.1. Elaboración de la planificación de la actualización de conocimientos sobre reconstrucción mamaria.

Para esta actividad se procedió a realizar la planificación de la actualización al equipo de salud, el cual conto de los siguientes pasos:

Tema:

Capacitación técnica quirúrgica, psicológica y manejo de enfermería en pacientes mastectomizadas sometidas a cirugía reconstructiva de mamas del Hospital SOLCA de Portoviejo

Introducción:

La escasa información al paciente y su familia, sobre reconstrucción mamaria y la inadecuada orientación a la paciente implica en ésta el abandono y resistencia al tratamiento situación que trae como consecuencia un limitado apoyo conyugal y familiar y una limitada reinserción social y laboral.

A pesar que el servicio de cirugía cuenta con un profesional especializado en cirugía reconstructiva, surge la necesidad de preparar un equipo multidisciplinario en el campo de la reconstrucción mamaria, como parte de un tratamiento complementario de calidad

Contenido:

Área Médica:

- Transposición de colgajo del dorsal ancho miocutaneo (tejido propio) Transposición de colgajo del recto abdominal Colocación de prótesis (implantes) expansores previos.

Área Psicológica:

- Introducción a los aspectos psicológicos Reacciones más habituales ante la noticia del diagnóstico

- Vida en pareja
- Aliviar el dolor y el estrés, importancia de la ayuda emocional ante el dolor Programa de ayuda para la mujer mastectomizada

Área Enfermería:

- Breves indicaciones del postoperatorio
- Rehabilitación y ejercicios físicos
- Sugerencias para los cuidadores

Objetivos:

Conceptuales: Reforzar los conocimientos en relación a técnicas quirúrgicas, manejo psicológico y de enfermería reafirmando conceptos técnicos en relación al proceso de cirugía reconstructiva de mamas.

Actitudinales: Lograr cambios en la actitud profesional/usuario.

Recursos:

- Institucionales : Hospital SOLCA Manabí
- Humanos: Dirigido a: cirujanos oncólogos, enfermeras del área de cirugía reconstructiva y psicólogos vinculados en el proceso de cirugía reconstructiva de SOLCA Portoviejo.

Número de horas: 12 horas (4 horas por cada área de atención)

Lugar: Docencia

Cronograma Nº 2

Tema	Fecha	Material	Responsable
Área Médica:	24 octubre	- Proyector de imágenes. - Material diseñado en Power Point	Dr. Cesar León Dr. Stalin Delgado
- Transposición de colgajo del dorsal ancho miocutáneo (tejido propio) Transposición de colgajo del recto abdominal Colocación de prótesis (implantes) expansores previos.			

Área Psicológica:	13 noviembre	- Proyector de imágenes. - Material diseñado en Power Point	Psico. Lourdes Intriago Dr. Stalin Delgado
- Introducción a los aspectos psicológicos Reacciones más habituales ante la noticia del diagnóstico - Vida en pareja - Aliviar el dolor y el estrés, importancia de la ayuda emocional ante el dolor Programa de ayuda para la mujer mastectomizada			
Área Enfermería:	Octubre 4	- Proyector de imágenes. - Material diseñado en Power Point	Lic. Marlene Macías. Dr. Stalin Delgado.
- Breves indicaciones del postoperatorio - Rehabilitación y ejercicios físicos - Sugerencias para los cuidadores			

2.2. Elaboración del material de apoyo y gestión de recursos para las conferencias de capacitación:

Para este propósito se procedió al diseño de las diapositivas, gestión de recursos como el espacio físico, e invitación a los participantes.

2.3. Ejecución de la actualización de conocimientos al talento humano.

Para esta actividad se contó con la participación de 13 asistentes, conformado por 6 médicos, 6 personal enfermería, y 1 Psicóloga. La capacitación hacia los médicos cirujano sobre técnicas quirúrgicas que se emplearan y los procesos de atención de este tipo de usuario se evidencia con el registro de asistencia y fotografía de la reunión. Esta reunión fue participativa, en la que se efectuó un debate profesional y técnico, con la intención de unificar criterios para formalizar guías clínicas y quirúrgicas para la correcta selección de estas usuarias.

Imagen 7
Capacitación y fortalecimiento de las técnicas de reconstrucción mamaria post mastectomías



Jefe del área de cirugía debatiendo sobre la selección de usuarias para el procedimiento

En cuanto la capacitación sobre el manejo de cuidados en pacientes post-mastectomizada y post-reconstrucción mamaria, como consta en el plan de capacitaciones y reforzamiento en las áreas de atención directa con este tipo de patología, se evidencia con el registro de asistencia y fotografías de la reunión.

Imagen 8
Capacitación a personal de enfermería de manejo directo



Maestrante actualizando al personal de enfermería sobre los procedimientos

2.4. Evaluación de las jornadas de actualización

Para esta actividad se procedió a entregar a los participantes una encuesta de satisfacción sobre la información recibida.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO 2

Resultado 2: Talentos humanos multidisciplinares actualizados en reconstrucción mamaria.

Indicador: El 100% del personal que realiza cirugía recibe capacitación en el manejo y cuidado directo de este tipo de pacientes hasta octubre del año 2013.

Esta actividad se cumplió al 100%, como se lo había planificado en el cronograma establecido para capacitaciones, por lo que existe personal fortalecido con conocimientos actualizados de acuerdo al requerimiento del área para continuar con las actividades programadas.

Imagen 9

Registro de firmas de la asistencia a la capacitación



The image shows a document titled "Registro de firmas de la asistencia a la capacitación" (Signature Register for Training Attendance). At the top left is the logo of the "Sociedad de Lucha Contra el Cáncer" (Society for the Fight Against Cancer). The header text reads: "SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER NÚCLEO DE PORTOVIJEJO Anteposta del Valle Maabi Gullán Hospital Oncológico 'Dr. Julio Villacreses Colanoni' Teléfono: 258012-258013-258014-258015 www.sclcmamari.org Casilla 390". Below this, the text states: "ASISTENCIA A LA CAPACITACIÓN: ACTUALIZACIÓN CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS DE MAMAS EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN CÁNCER DE MAMA". The date "24 de Octubre de 2013" is written on the right. On the left, there is a list of names with dotted lines for signatures: Dr. Cesar León García, Dr. Gene Alarcón, Dra. Yessenia Chávez, Dr. Xavier Kon, Dr. José Wittong, Dra. Gioconda Romero, and Dr. Rodrigo Vásquez. On the right, there are several handwritten signatures in blue ink, each corresponding to a name on the list.

Encuesta de satisfacción sobre la actualización de los talentos humanos sobre la reconstrucción mamaria, cuidados de enfermería y apoyo psicológico

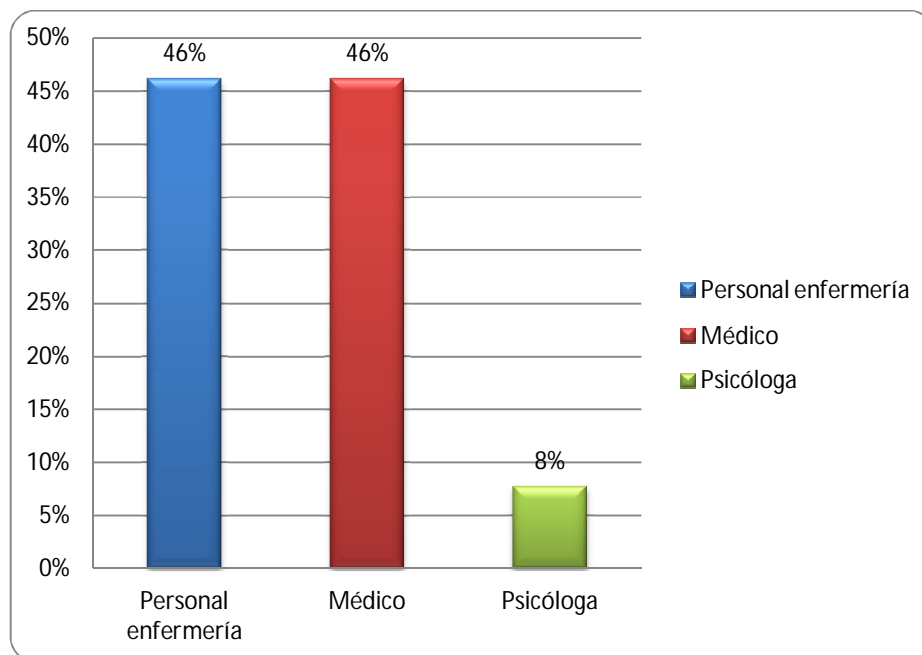
Hospital SOLCA Manabí 2013

TABLA 1

Distribución porcentual por condición de las personas que asisten a la capacitación sobre tratamiento de reconstrucción de mama

ITEM	F	%
Médico	6	46%
Personal enfermería	6	46%
Psicóloga	1	8%
TOTAL	13	54%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante.



Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante.

Análisis e interpretación: Se observó que los mayores porcentaje 46% de los asistentes fueron los médicos (Cirujanos) y personal de enfermería, y el 8% lo representa la presencia de la Psicóloga Clínica, esto demuestra que de parte de estas disciplinas prestan interés sobre el tema de formar un equipo de reconstrucción mamaria.

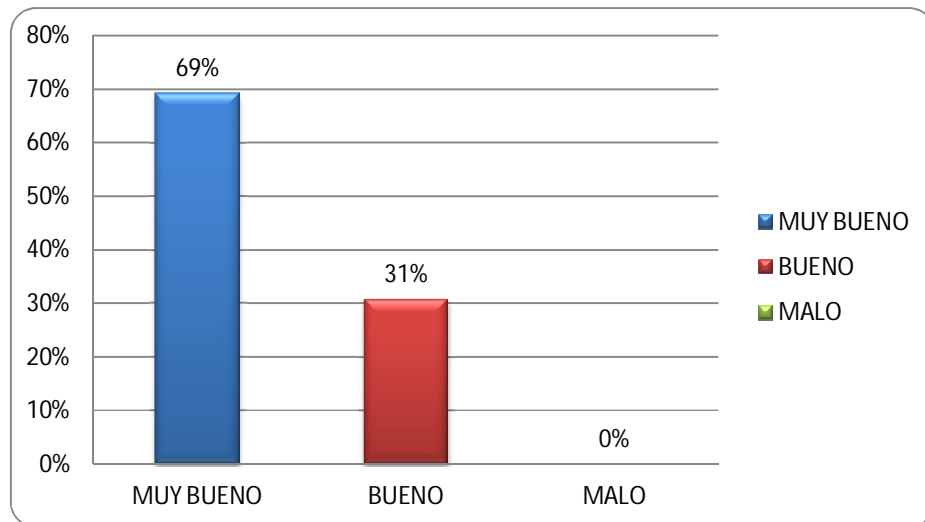
TABLA 2

Los temas expuestos de actualización fueron:

ITEM	F	%
MUY BUENO	9	69%
BUENO	4	31%
MALO	0	0%
TOTAL	13	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo

Elaborado por: Maestrante.



Fuente: Encuesta Usuario Externo

Elaborado por: Maestrante.

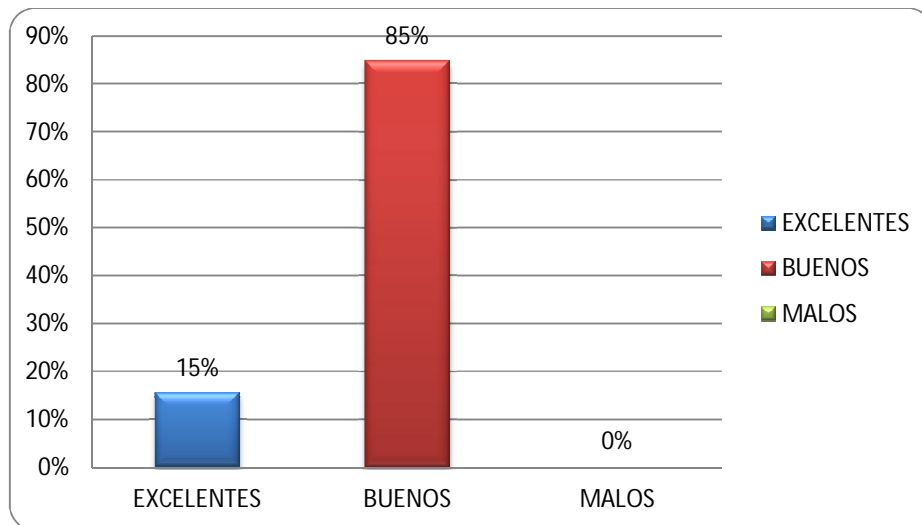
Análisis e interpretación: De los temas expuestos en esta capacitación el mayor porcentaje 69% opinó que los temas de actualización fueron muy buenos, esto demuestra un gran interés de los encuestados sobre este tipo de tratamiento.

TABLA 3

Los expositores de los temas de actualización fueron:

ITEMS	F	%
EXCELENTES	2	15%
BUENOS	11	85%
MALOS	0	0%
TOTAL	13	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante



Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante.

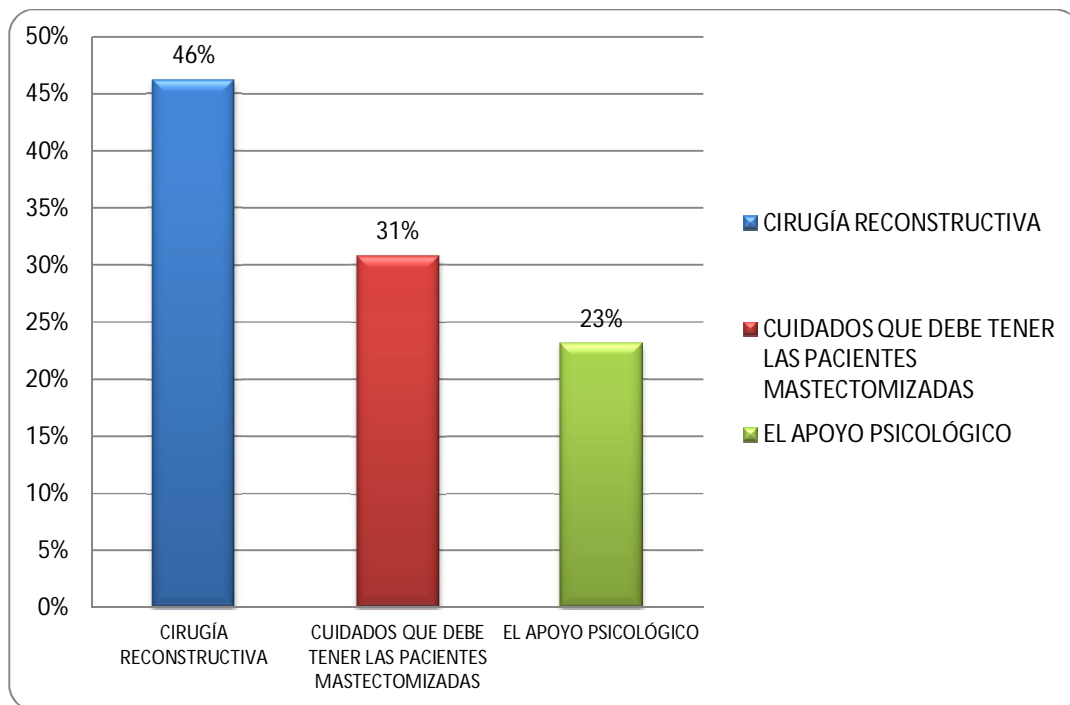
Análisis e interpretación: El mayor porcentaje con un 85% de los talentos encuestada consideraron como buena la orientación de los expositores, y un 15% excelente lo cual implica un mayor compromiso del personal técnico con las pacientes en actividades de reconstrucción mamaria.

TABLA 4

De los temas expuestos de orientación indique cuál fue de su mayor interés:

ITEMS	F	%
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	6	46%
CUIDADOS QUE DEBE TENER LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS	4	31%
EL APOYO PSICOLÓGICO	3	23%
TOTAL	13	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante.



Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante.

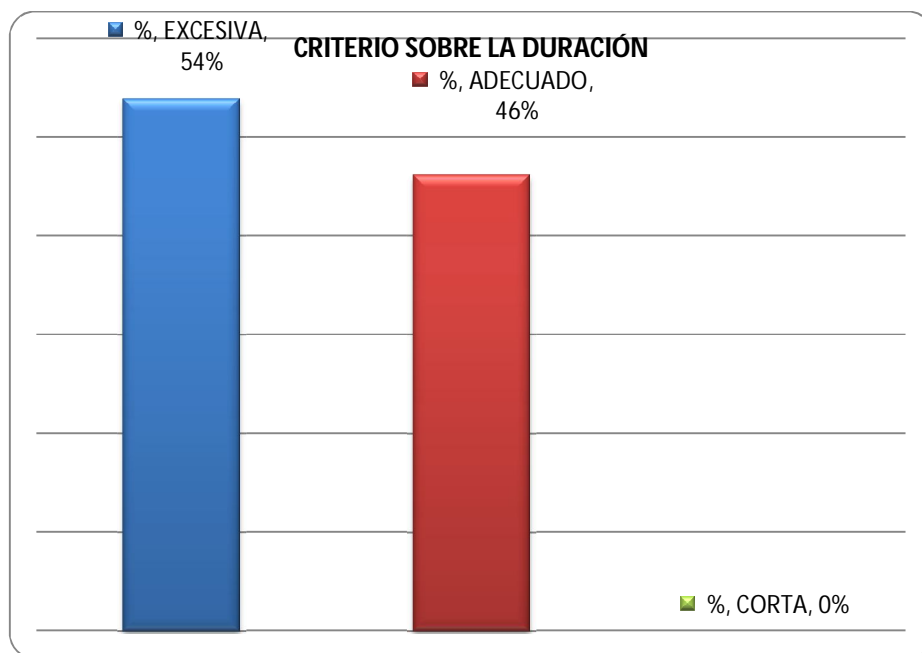
Análisis e interpretación: La mayoría de los asistentes 46% les interesó el tema de cirugía reconstructiva, sin embargo el resto de asistentes prefirió temas como el cuidado que deben tener las pacientes y el apoyo psicológico, esto demuestra un interés de los asistentes ante todos los temas brindados.

TABLA 5

El tiempo de duración de esta orientación fue:

ITEMS	F	%
EXCESIVA	7	54%
ADECUADO	6	46%
CORTA	0	0%
TOTAL	13	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante.



Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante.

Análisis e interpretación: Sobre el tiempo de duración de la orientación de actualización de cirugía reconstructiva mamaria, el mayor porcentaje 54% opinó el tiempo como excesivo, esto conlleva a un mayor cuidado por parte de los expositores para evitar el desinterés de los asistentes.

Resultado 3: Paciente y entorno familiar informado sobre reconstrucción mamaria

3.1. Diseño y aprobación del programa de información y difusión al paciente y su entorno familiar sobre la reconstrucción mamaria.

Introducción

Algunas mujeres sometidas a una mastectomía sienten la necesidad de una reconstrucción mamaria, pero para muchas de ellas es un paso importante a seguir en su recuperación y curación general. La reconstrucción mamaria es considerada la etapa final del tratamiento del cáncer mamario, beneficiosa para la paciente desde el punto de vista psicológico, al mejorar la autoestima y, como consecuencia, la calidad de vida.

Objetivos

Información y difusión al paciente y su entorno familiar sobre la reconstrucción mamaria, su importancia y beneficios:

Actividades

El programa consta de las siguientes actividades:

- Elaboración y entrega de trípticos a los usuarios del Hospital (Material informativo)
- Difusión del servicio a través de medios de comunicación
- Casa abierta

3.2. Socialización de la programación de actividades información y difusión al paciente y su entorno familiar sobre la reconstrucción mamaria.

Esta actividad fue realizada el día viernes 8 de Noviembre en el despacho de la dirección médica del Hospital Julio Villacreses Colmot , con el Dr. Ángel Ganchozo, en la que se solicitó mediante oficio la autorización para realizar una casa abierta programada para el 13 de Noviembre del 2013, previo a esto le mostré el cronograma establecidos y los temas que se impartieron con las usuarias es decir las pacientes mastectomizadas y su entorno familiar, cuya finalidad era hacer conocer una opción más a favor de este tipo de pacientes, como lo es la cirugía reconstructiva de su mama mutilada, los cuidados posterior a esto y la importancia que debe entender las usuarias psicoafectivamente frente a esta patología, y el

apoyo fundamental de las familias como soportes de las mismas. Una vez realizada esta explicación el director acogió favorablemente mi petición; la cual se logró cumplir el indicador propuesto.

Imágenes 9 y 10
Reunión con el Director Médico



Maestrante Reunido con el Director Medico

3.3. Elaboración del material de apoyo y gestión de recursos para las actividades de actividades información y difusión al paciente y su entorno familiar sobre la reconstrucción mamaria.

Se elaboró el material informativo en conjunto con la psicóloga, personal de educación para la salud y relaciones públicas, considerándose los siguientes temas:

- Que es el cáncer de mama
- Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama
- Reconstrucción del tejido mamario

Durante los meses de agosto a octubre se distribuyeron 200 trípticos entre las usuarias que acuden a SOLCA.

Imagen 11


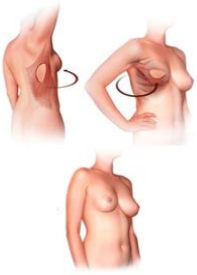

Tríptico lado frontal

<p style="text-align: center;">ALGUNOS ASPECTOS QUE DEBE TENER EN CUENTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La reconstrucción no restaura la sensibilidad normal de su mama. • Es posible que tarde entre 1 a 2 años en que se adapten los tejidos y para que las cicatrices comiencen a desaparecer. • Pregunte cuando podrá usar nuevamente los sujetadores normales. • Como regla general, debe evitar levantar objetos por encima de la cabeza, así como practicar deporte y tener actividad sexual. • Las mujeres que se reconstruyen la mama meses o años después de la mastectomía pasan por un periodo de Adaptación emocional una vez que tienen su mama reconstruida. • De la misma manera que supone tiempo a la mujer adaptarse a la pérdida de una mama, también es preciso que transcurra un periodo de tiempo hasta comenzar a aceptar que la mama reconstruida es suya conversar con otras mujeres puede ser beneficioso. • Conversar con un profesional de la salud mental puede ayudarle a aclarar la ansiedad y otros sentimientos de angustia. • Algunos cirujanos recomendarán controles periódicos. • Llame inmediatamente a su médico si nota cualquier cambio en la nueva piel/tejido, inflamación, dolor o líquido que sale de la mama, o el lugar de donde se extrajo el colgajo. 	<p style="text-align: center;">REGRESO A LA NORMALIDAD</p> <p>Usted podría regresar a sus actividades normales después de 6 a 8 semanas de la Intervención. Dependiendo de la técnica empleada puede que su periodo de recuperación sea incluso más corto.</p>  <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Teléfonos: (05) 2580012 al 2580026 www.solcamanabi.org</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MAMA</p>  <p style="text-align: center;">SERVICIO DE MASTOLOGÍA SOLCA MANABÍ NÚCLEO DE PORTOVIEJO</p>
--	--	--

Elaborado por: Autor

Imagen 12

Tríptico lado posterior

<p>¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?</p> <p>Es el crecimiento anormal de células malas en el tejido. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal (el más frecuente que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el) y el carcinoma lobulillar, que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna.</p>  <p>¿QUÉ ES LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA?</p> <p>Actualmente uno de los procedimientos quirúrgicos, en cirugía plástica gratificantes para la paciente. La reconstrucción mamaria tiene como fin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperar una mama de aspecto natural, incluyendo la areola y el pezón. • Eliminar la necesidad de llevar prótesis externas. • Restaurar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida de la paciente. <p>Algunos procedimientos son sencillos, y otros más complejos. Debemos recordar que la reconstrucción mamaria plantea mejorar la calidad de vida, en pacientes inconformes y mejorar la imagen. Esto facilita una mayor estabilidad emocional, permite enfrentarse de una forma más positiva a la enfermedad, y llevar una vida social y sexual más activa.</p> <p>Esse es el motivo por el cual los cirujanos (mastólogos) con entrenamiento en reconstrucción mamaria se han convertido en una parte integral de los equipos multidisciplinarios implicados en el tratamiento del cáncer de mama.</p>	<p>TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA</p> <p>Las técnicas de reconstrucción mamaria pueden dividirse en dos grandes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las técnicas que utilizan implantes para recrear la nueva mama. • Las técnicas que utilizan tejido autólogo (tejido de la propia paciente, comúnmente llamado colgajo) para la reconstrucción mamaria. <p>Las técnicas que han ganado más popularidad en los últimos años son las que utilizan tejido de la propia paciente para recrear la mama, puesto que ofrece resultados muy similares a los de una mama natural. Estos procedimientos usan tejido del abdomen, la espalda los muslos o los glúteos para reconstruir la mama.</p> <p>No obstante, en algunas pacientes la reconstrucción utilizando implantes mamarios es más apropiada.</p> 	<p>¿QUIÉN Y CUÁNDO PUEDE RECONSTRUIRSE LA MAMA?</p> <p>La mayoría de las mujeres (casi todas) pueden, desde el punto de vista médico, considerarse candidatas para reconstruirse la mama; la mayoría de ellas en el mismo acto quirúrgico en el que se extirpa la mama o posterior a tratamiento complementario RT-QT.</p> <p>Toda paciente que ha sido sometida a una mastectomía o cualquier mujer a la que se va a practicar una resección total o parcial de mama, pueden ser candidatas a una reconstrucción mamaria.</p>  <p>PARA TOMAR LA DECISIÓN SIN ANGUISTIARSE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tómase el tiempo que necesite para valorar sus opciones detenidamente con el cirujano. • Pídale a su cirujano que le informe de las ventajas de la alternativa. • No olvide que su decisión no tiene por qué ser compartida por otras personas. • La responsabilidad y decisión última del tipo de cirugía corresponden al cirujano. Aunque su opinión sea tenida en cuenta y, por supuesto, sea necesario su consentimiento.
---	--	---

Elaborado por: Autor

3.4. Entrega de material informativo (Trípticos) a los/as usuarios del hospital

Para esta actividad se procedió a entregar trípticos a los usuarios de asistentes al hospital SOLCA, con la finalidad de dar información sobre el servicio.

Imagen 13

Información al paciente mastectomizada mediante utilización del tríptico



Maestrante entregando tríptico a las usuarias del Hospital

3.5. Difusión del proyecto a través de los medios de comunicación a la comunidad

Se realizó la difusión del proyecto mediante medios de comunicación oral (radio).

BOLETIN: HOSPITAL DE SOLCA INCREMENTA CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS DE MAMAS EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS. “Se ha demostrado que en toda paciente que ha sido sometida a mastectomía influye mucho en vivir cotidiano ya que este tipo de mutilación ocasiona trastornos psicoafectivos que afectan a su persona y a su entorno familiar y laboral.

En el Hospital de SOLCA se ha incorporado las cirugías reconstructivas de mamas realizándolas el Dr. Cesar León y su equipo de cirujanos, con la finalidad de que estas intervenciones quirúrgicas permitan compensar esa extirpación mamaria, mejorando su autoestima y por ende su calidad de vida.

Para el éxito de este tipo de eventos quirúrgicos se cuenta con un equipo multidisciplinario como es el manejo de enfermería pre y post operatorio y el apoyo psicológico.

Se hace un llamado a aquellas pacientes de la ciudad y de la provincia que padecen de esta enfermedad para que asistan al servicios de mastología de SOLCA para que conozcan esta buena opción de tratamiento”.

Imagen 14

Difusión a través de los medios



3.6. Casa abierta dirigida a pacientes y familiares

En el mes de septiembre se realizó la casa abierta con la colaboración del personal de prevención en coordinación con el departamento de Relaciones Públicas, brindando información a las usuarias sobre la reconstrucción mamaria.

Imagen 15
Información a usuarias sobre reconstrucción mamarias

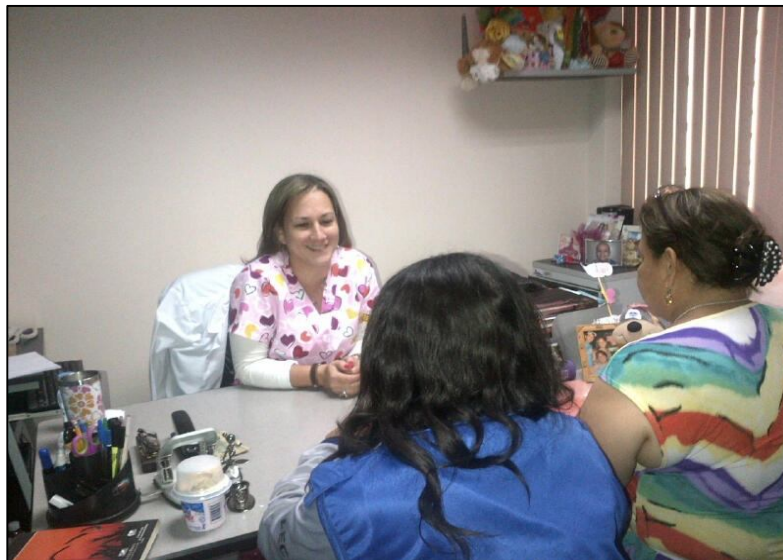


Usuarios del Hospital participando de la casa abierta

3.7. Orientación psicológica a los familiares de los pacientes seleccionados para la cirugía reconstructiva mamaria.

Las orientaciones psicológicas, por sus características especiales se han venido realizando paulatinamente, y personalizado a los pacientes y a los familiares durante el mes de noviembre así mismo como estaba planificado, la evidencia consta en las evoluciones de las historias clínicas de estos pacientes.

Imagen 16
Orientación psicológica a familiares de pacientes mastectomizadas



Psicóloga María Lourdes Intriago con pacientes mastectomizadas

3.8. Evaluación de la orientación a pacientes y familiares.

Este resultado se cumplió al 100%, la paciente y sus familiares fueron informados sobre esta opción de tratamiento, para lo cual se les entregó trípticos y se les brindó charlas de orientación en una casa abierta, realizándose al final de esta actividad una encuesta para conocer la opinión de los asistentes sobre la orientación recibida.

Encuesta de satisfacción de la orientación a pacientes mastectomizadas por cáncer de mama y a sus familiares. Hospital de SOLCA Manabí 2013

La presente encuesta tiene por objeto valorar su opinión respecto a la orientación realizada por el personal de SOLCA sobre Cirugías Reconstructivas de Mamas a Mujeres Mastectomizadas.

1. ENCUESTADO :
PACIENTE FAMILIAR
2. LOS TEMAS EXPUESTOS DE ORIENTACION FUERON :
A MUY BUENO
B BUENO
C MALO
3. LOS EXPOSITORES DE LOS TEMAS DE ORIENTACION FUERON :
A EXCELENTES
B BUENOS
C MALOS
4. DE LOS TEMAS EXPUESTOS DE ORIENTACION INDIQUE CUÁL FUE DE SU MAYOR INTERÉS :
A CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
B CUIDADOS QUE DEBE TENER LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS
C EL APOYO PSICOLÓGICO
5. EL TIEMPO DE DURACION DE ESTA ORIENTACION FUE :
A EXCESIVO
B ADECUADO
C CORTO

ODSERVACIONES:.....

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO N° 3

Paciente y entorno familiar informado sobre reconstrucción

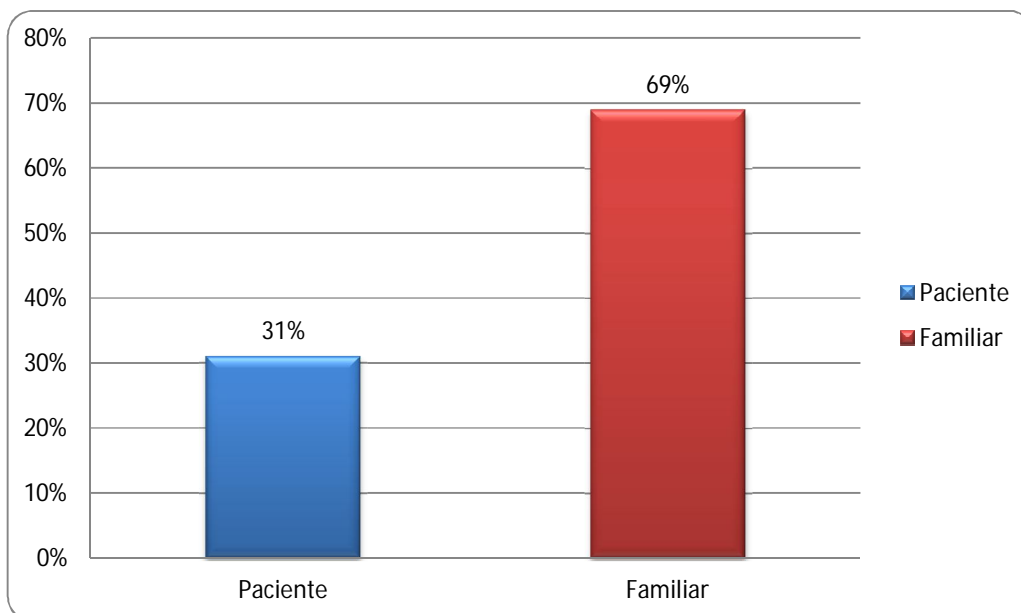
El 80% de las pacientes y su entorno reciben información oportuna sobre esta opción de tratamiento complementario hasta octubre del año 2013.

Encuesta de satisfacción de la orientación a pacientes mastectomizadas por cáncer de mama y a sus familiares. Hospital de SOLCA Manabí 2013

Tabla N° 1. Distribución porcentual por condición de las personas que asisten a la capacitación sobre tratamiento de reconstrucción de mama

ITEM	F	%
Paciente	9	31%
Familiar	20	69%
TOTAL	29	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante



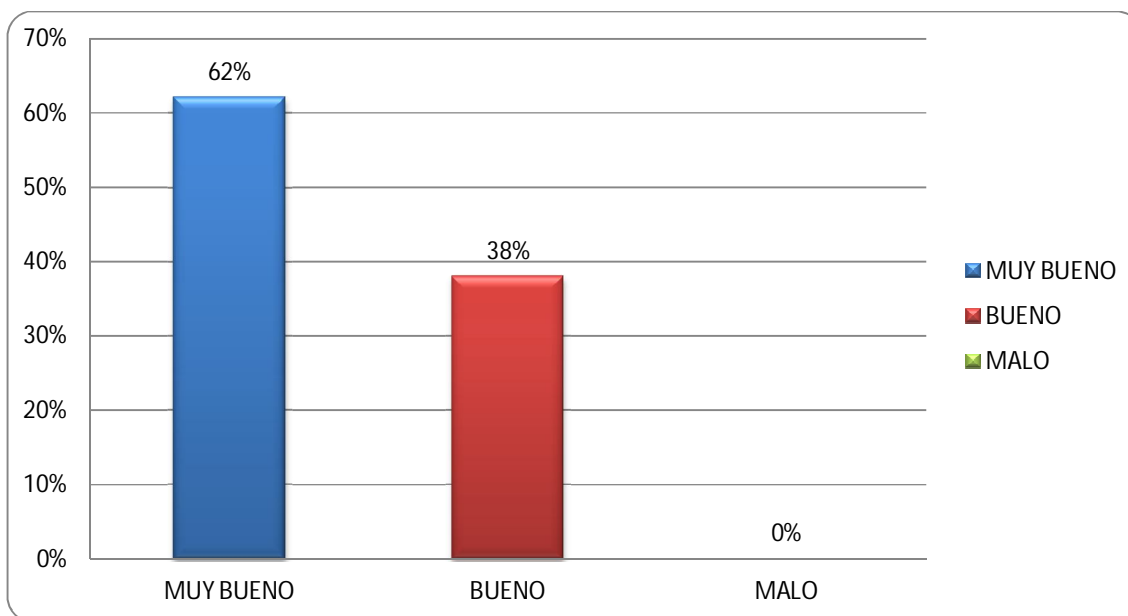
Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante

Análisis e interpretación: Se observó que el mayor porcentaje 69% de los asistentes fueron las pacientes mastectomizadas, esto demuestra que de parte de los familiares no prestan interés sobre el tema.

TABLA 2
Los temas expuestos de orientación fueron:

ITEM	F	%
MUY BUENO	18	62%
BUENO	11	38%
MALO	0	0%
TOTAL	29	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante



Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante

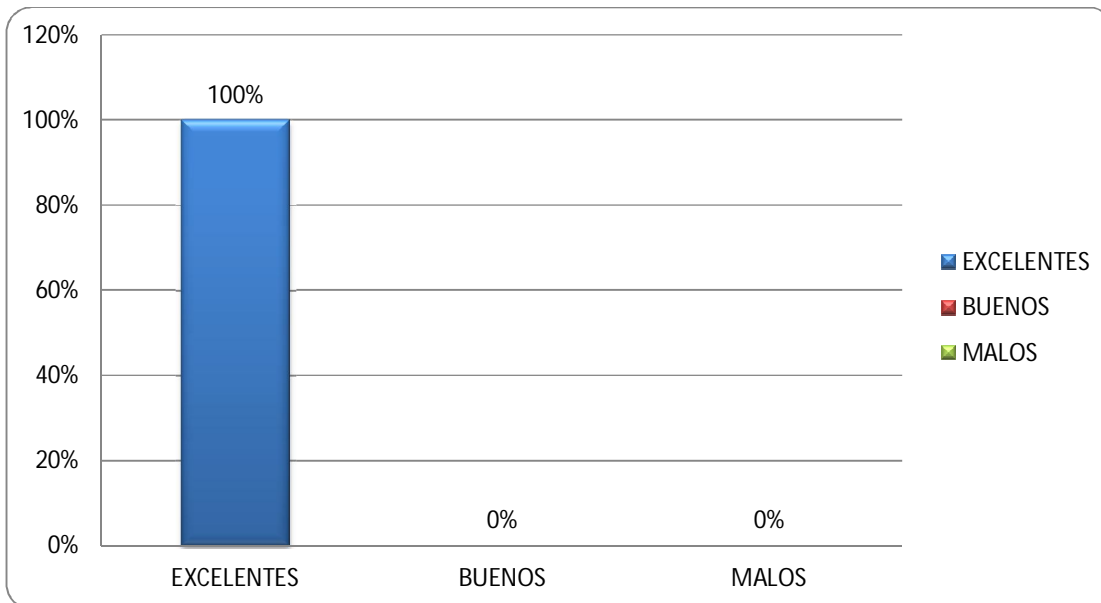
Análisis e interpretación. De los temas expuestos en la casa abierta el mayor porcentaje 62% opinó que los temas de orientación fueron muy buenos, esto demuestra un gran interés de los encuestados sobre este tipo de tratamiento.

TABLA 3

Los expositores de los temas de orientación fueron:

ITEMS	F	%
EXCELENTES	29	100%
BUENOS	0	0%
MALOS	0	0%
TOTAL	29	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante



Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante

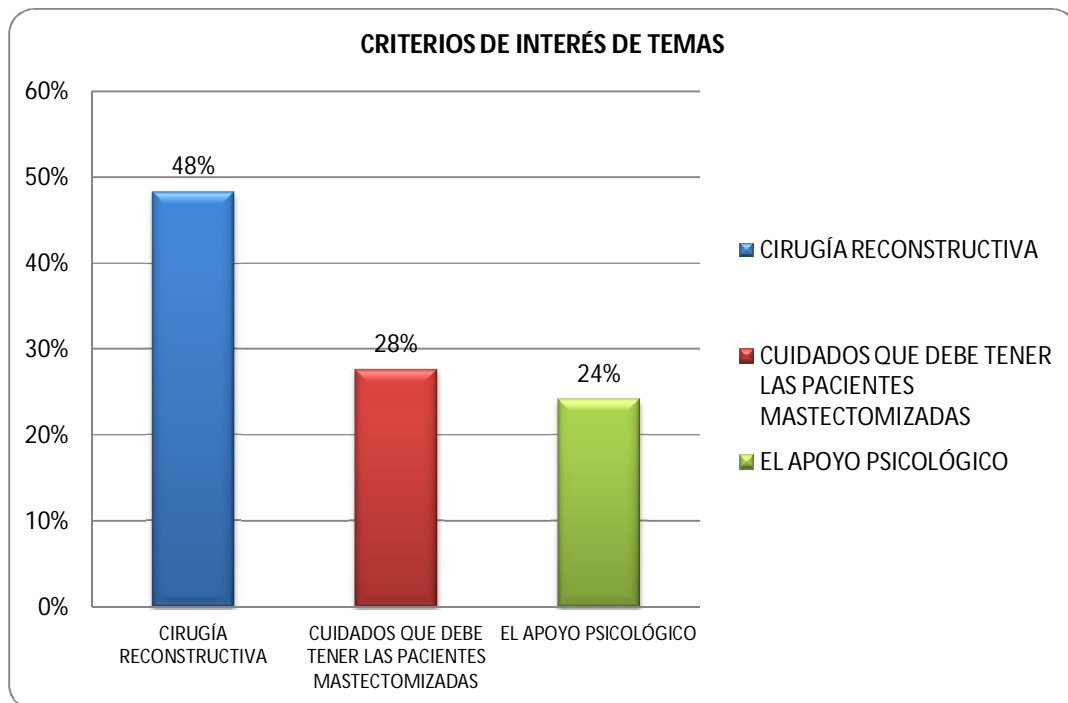
Análisis e interpretación: El 100% de las personas encuestadas tanto pacientes como familiares consideraron como excelente la orientación de los expositores, lo cual implica un mayor compromiso del personal con las pacientes en actividades futuras.

TABLA 4

De los temas expuestos de orientación indique cuál fue de su mayor interés:

ITEMS	F	%
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	14	48%
CUIDADOS QUE DEBE TENER LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS	8	28%
EL APOYO PSICOLÓGICO	7	24%
TOTAL	29	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante



Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante

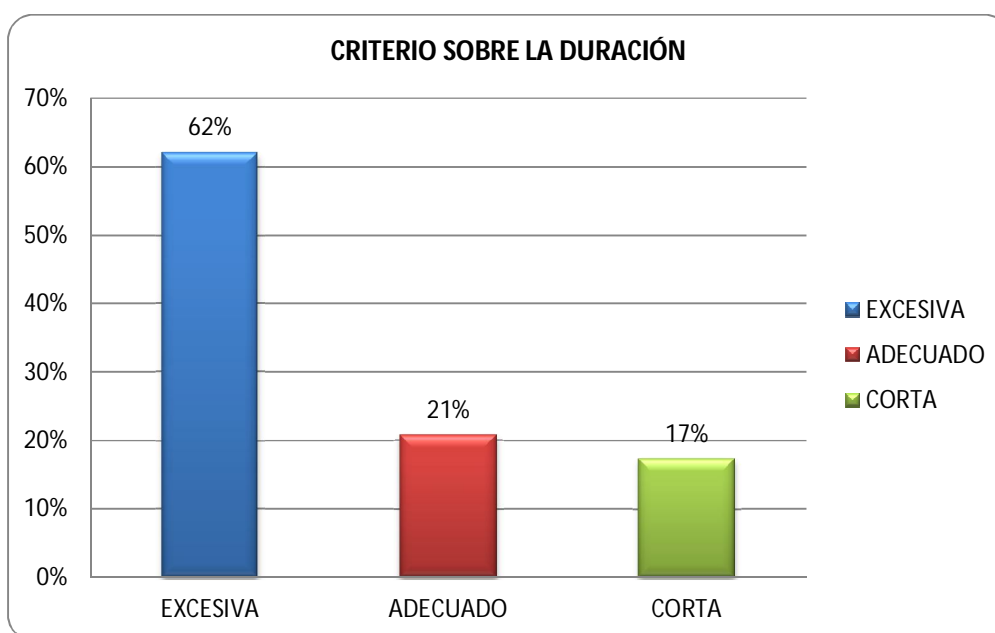
Análisis e interpretación: La mayoría de los asistentes que corresponde al 48% les interesó el tema de cirugía reconstructiva, sin embargo el resto de asistentes prefirió temas como el cuidado que deben tener las pacientes y el apoyo psicológico, esto demuestra un interés de los asistentes ante todos los temas brindados.

TABLA 5

El tiempo de duración de esta orientación fue:

ITEMS	F	%
EXCESIVA	18	62%
ADECUADO	6	21%
CORTA	5	17%
TOTAL	29	100%

Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante



Fuente: Encuesta Usuario Externo
Elaborado por: Maestrante

Análisis e interpretación: Sobre el tiempo de duración de la orientación brindada en la casa abierta, el mayor porcentaje 62% opinó el tiempo como excesivo, esto conlleva a un mayor cuidado por parte de los expositores para evitar el desinterés de los asistentes.

Observaciones: De manera general los asistentes opinaron que este tipo de actividad debe ser fomentado en la comunidad.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

Propósito: Cirugías reconstructivas de mamas del hospital oncológico de SOLCA Dr. Julio Villacreses Comont incrementadas.

Indicador: Hasta el 30 de Noviembre del 2013 se realizaron el 40% de cirugías reconstructivas a las pacientes calificadas.

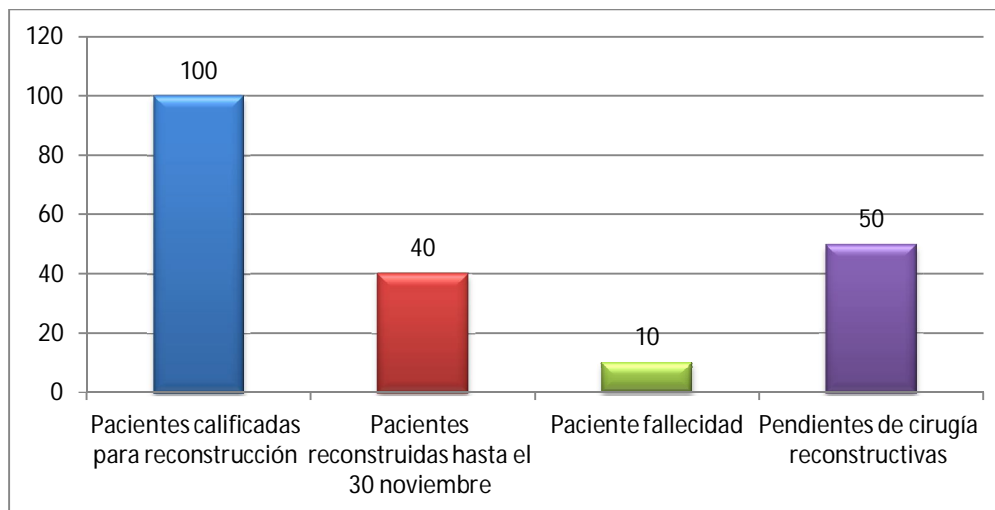
Para cumplir este indicador se reclutaron 10 pacientes de un grupo de 52 mastectomizadas, en el último semestre del 2013, que cumplieron con los parámetros establecidos para ser intervenidas, lo que se observa en la siguiente tabla y gráfico.

Taba Nº 6: frecuencia de pacientes programados y reconstruidos de mamas.

Requerimientos	#	%
Pacientes calificadas para reconstrucción	10	100
Pacientes reconstruidas hasta el 30 noviembre	4	40
Paciente fallecida	1	10
Pendientes de cirugía reconstructivas	5	50

Fuente: Registro Hospitalario.

Elaborado por: Maestrante.



Fuente: Registro Hospitalario.

Elaborado por: Maestrante

Análisis e interpretación; En el último semestre del 2013 se realizaron 52 mastectomías que representan un 100% como un indicador aproximadamente, de las cuales 10 estaban calificadas para realizarle las cirugías reconstructivas de mamas (que hayan terminado quimioterapias, que no tengan metástasis, o marcación tumoral negativo), hasta Noviembre del 2013 se han realizado 4 cirugía de reconstrucción de mamas, y quedan pendientes 6, dentro de este grupo no se esperaba falleciera una paciente que corresponde al 10%.

Es pertinente mencionar que de acuerdo con lo programado se cumplió con las expectativas de la reconstrucción de mamas, brindando satisfacción a las usuarias, logrando así las metas propuestas del propósito.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL FIN

Fin: Contribuir a la disminución de los de trastornos psicoafectivos y aislamiento social de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mamas.

Este indicador no es medible por ser a largo plazo, pero con haber logrado los objetivos, propósitos y resultados del proyecto, se espera haber contribuido a la disminución de los de trastornos psicoafectivos y aislamiento social estas pacientes en mención.

CONCLUSIONES

Los objetivos se cumplieron en un 100%

Se organizó en un 100% del servicio de cirugía reconstructiva de mama de pacientes mastectomizadas por cáncer mamario, mediante la programación de actividades, equipamiento, delegación de responsabilidades, adecuación del área, elaboración y ejecución de protocolos.

Se actualizó en un 100% al equipo de talento humano multidisciplinario que participa en este servicio creado e implementado, por medio de la elaboración de la programación de la capacitación, ejecución y evaluación de la misma.

Se ejecutaron el 100% de las actividades dirigida a las pacientes mastectomizadas y a sus familiares, contando con un alto porcentaje de asistencia a los mismos, se diseño el programa de información, se socializaron las actividades con el equipo de salud; y se ejecutaron las mismas. A través de medios de comunicación y entrega de trípticos se logró el objetivo de informar a las pacientes mastectomizadas y su entorno familiar sobre los beneficios psicosocial y afectivos de esta intervención quirúrgica.

Se cumplió con el propósito al incrementar las cirugías reconstructivas de mamas del hospital oncológico de SOLCA Dr. Julio Villacreses Comont, con un número de 10 pacientes de un grupo de 52 mastectomizadas, que cumplieron con los parámetros establecidos para ser intervenidas.

RECOMENDACIONES

Una vez implementado el servicio de cirugía reconstructiva de mama se recomienda a las autoridades del Hospital Oncológico de SOLCA Manabí que continúen fortaleciendo este servicio con el fin de darle un tratamiento integral de calidad a sus usuarias con diagnóstico de cáncer mamario.

Que se incremente dentro de la cartera de servicio del Hospital Oncológico esta técnica quirúrgica como un beneficio adicional dentro de su tratamiento.

Que se brinde el apoyo técnico académico a los talentos humanos implicados en este servicio para mantener y mejorar la productividad cualitativa.

Que se continúe informando a la comunidad manabita sobre los beneficios de esta cirugía para que exista una mayor cobertura en aquellas pacientes que desconocen de esta técnica que mejoraría su entorno familiar de manera psicosocial y afectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Abadi, M. (2004) *Administración general*. La calidad de servicio.
- Reyes, R., Vargas, F., Sosa, D., Bello, Y. 2007 46(4). *Técnica de doble pedículo lateral en reconstrucción mamaria después de tumorectomía*. Revista: Revista Cubana de Cirugía. ISSN impreso: 0034-7493 ISSN electrónico: 1561-2945
- Rincón, E., Pérez, A., Borda, M. 2012 11(1) *impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama* Universitas Psychologica,
- Robles, S. (2001) *El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: informar sobre las opciones*. OPS/OMS. Washington.
- Santillán, F. (2012) *Gerencia de Recursos*. Guía Didáctica. Universidad Técnica Particular de Loja. Segunda edición.
- Link, J. (2008). *Cancer de Mama y calidad de vida Alternativas*. España : Robinbook
- Tallón, L., Serrano, I., López, M., Sousa, J., León-Carrillo J., | 2011 79(4) *Cáncer de mama en el varón* Revista: Cirugía y Cirujanos. ISSN impreso: 0009-7411 ISSN impreso: 1415-6938 ISSN electrónico: 2178-695X
- Villalón, S., Souto, R., Alonso, V., Trujillo, P., | 2013 81(4) *Carcinosarcoma mamario una rara entidad con pronóstico fatal*. A propósito de un caso. Revista: Cirugía y Cirujanos. ISSN impreso: 0009-7411
- Ammer, C. (2008) *Salud de la mujer, la Plus vitae*. España: EDAF
- Malagón, L. G., Ricardo Galán, M. R., & Pontón, L. G., (2008) *Administración hospitalaria*. Colombia: Médica Panamericana.
- Acea N. B.; (2008). *Técnicas oncoplásticas en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama (2ª da)*. España : Elsevier
- Camacho R. (2007) *Guía de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama*, p 32.
- Cantero, A., Mederos, O., Romero, C., Barreras, C., Peralta, A., 2008 47(2). *Importancia de la información en el control de los síntomas de la displasia mamaria*. Revista: Revista Cubana de Cirugía. ISSN impreso: 0034-7493 ISSN electrónico: 1561-2945
- Carvalho, F., Melo, I., Almeida, M., Magalhães da Silva, R., |2012 16(1) *Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada* Escola Anna Nery Revista de Enfermagem ISSN impreso: 1414-8145 ISSN electrónico: 2177-9465
- Chacón, H., & Loyola, C (2012) *Guía Didáctica Dirección y Liderazgo*. Loja– Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja
- Chavarría, G. 2002 44(1) *Reconstrucción Mamaria con colgajo recto abdominal*. Revista: Acta Médica Costarricense. ISSN impreso: 0001-6002

- Cortés, H., | 2001 52(2). *Carcinoma ductal in situ de mama*. Revista: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. ISSN impreso: 0034-7434
- SOLCA (2013) Datos estadísticos *Registro de Tumores*
- Escandón, M., Zepeda, J., Ibarra, S. 2013 18(2) *Complicaciones de la reconstrucción mamaria en pacientes oncológicas del Hospital Regional 1o de Octubre del ISSSTE* Revista: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. ISSN impreso: 1665-7330
- García, A., Delgado, C. | Gutiérrez, L., Sánchez, M., Iglesias, E., Caballero, V., 2013 81(3) *Carcinoma mamario bilateral sincrónico en un varón*. Revista: Cirugía y Cirujanos
- Gonçales, S., Portella, D., Salum, M., Lunard, V., Lunardi, D., 2006 59(6) *Vivências de cuidados da mulher mastectomizada*: Revista: Revista Brasileira de Enfermagem ISSN impreso: 0034-7167 ISSN electrónico: 1984-0446
- Hernández, z., Barrios, A., Rosales, P., Martínez, B., 2012 16(6). *Citología aspirativa en mujeres operadas de cáncer mamario*. Revista: Archivo Médico de Camagüey. ISSN electrónico: 1025-0255
- ISSN impreso: 0009-7411
- Marín, L., Martínez, F., Polanía, P.,| Silvio, R., Urbano, D., Quelal, K., Sánchez, M., Urbano, F.,| 2013 15(27) *Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama*, Pereira, Colombia 2010 Revista: Investigaciones Andina. ISSN impreso: 0124-8146
- Ocampo, J., Valdez, L., González, I., Andrade, P., Oblitas, A., García, O., 2011 XX (3) *Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama*. Revista: Revista Argentina de Clínica Psicológica. ISSN impreso: 0327-6716 ISSN electrónico: 1851-7951
- Oliveira, M., Monteiro, R., 2004 13(3). *Mujeres mastectomizadas*: Revista: Texto & Contexto Enfermagem. ISSN impreso: 0104-0707 ISSN electrónico: 1980-265X
- Plan estratégico de SOLCA 2013-2016*
- Quintero, M., 2000 51(4) *El riesgo de cáncer de mama en pacientes con antecedente de patología mamaria benigna*. Revista: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. ISSN impreso: 0034-7434
- Fírvida, L., Calvo, M., Martínez de Paz, F., Salgado, M., 2005 58(1). *Metástasis mamaria como manifestación inicial de un carcinoma renal*. Revista: Archivos Españoles de Urología. ISSN impreso: 0004-0614 ISSN electrónico: 1576-8260
- Rodríguez, S., 2005 73(6) *Cáncer de mama*. Revista: Cirugía y Cirujanos ISSN impreso: 0009-7411
- Victoria, C., González, M., 2007 25(1). *Bienestar psicológico y cáncer de mama*. Revista: Avances en Psicología Latinoamericana. ISSN impreso: 1794-4724 ISSN electrónico: 21454515

Artículo: Castillo, A., | 2008 7(3) *El CUIDADO CULTURAL DE ENFERMERIA. NECESIDAD Y RELEVANCIA*. Revista: Revista Habanera de Ciencias Médicas. ISSN electrónico: 1729-519X

Ostiguín, R., Rivas-Herrera J., Vallejo, M., Crespo, S., 2012 30(1) *Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas*. Revista: Investigación y Educación en Enfermería ISSN impreso: 0120-5307 ISSN electrónico: 2216-0280

Páginas web

El cáncer de mama, principal causa de muerte de las ecuatorianas. (2012). Recuperado el 24 de marzo de 2012, de <http://espanol.upi.com/Noticias-destacadas>.

INEC (2010) Fascículo Provincial Manabí. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2013] Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/manabi.pdf>

INEC (2012) Fascículo Provincial Manabí. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2013] Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-y-defunciones-bases-de-datos-2012/>

INEC (2013) [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2013] Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/migracion/>

López, Z., González, M., Gómez, M., Morales, M., *Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operados de cáncer de mama*. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2008; 30(2). Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema01.htm>

National Cancer Institute (USA). Journal. 2009 [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2013] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol>

OMS (2004) Carga Mundial de Morbilidad, citado por la OMS (2013) [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2013] Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/index1.html>

OMS (2013) [En línea]. Consultado:[20, noviembre, 2013] Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

Secretaría General de la Comunidad Andina (2008) Proyecto piloto participativo en gestión local del riesgo de desastres en el cantón Portoviejo http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/libros/SISTE22/EC/EC_PILOTO.pdf

ANEXOS

ANEXO °

INVESTIGACIÓN DE MERCADO

ANTECEDENTES:

Durante las últimas décadas, la cirugía ha constituido un tratamiento básico en el manejo de la mujer con cáncer de mama. Pero las circunstancias han evolucionado notablemente en los últimos años y, por ello, el papel de esta disciplina ha tenido que adaptarse a los nuevos retos.

La cirugía oncoplástica y reconstructiva de la mama es una 'cirugía de método', es decir, que su aprendizaje es posible y, con ello, la consecución de resultados previsibles.

Desde sus inicios el Hospital Oncológico de SOLCA Portoviejo, recibe mensualmente un promedio de 10 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que son sometidas a tratamientos de cirugía para extirpar su mama.

Posteriormente reciben tratamientos de radioterapia y quimioterapia; sumado a sus expectativas de curación existe la de recuperar su órgano amputado, en este caso su glándula mamaria.

Día a día la paciente oncológica enfrenta situaciones de stress y modificaciones en su cuerpo; ya que el tratamiento quirúrgico es devastador por la única razón de la pérdida de parte de su feminidad.

La Cirugía de la mama es parte del tratamiento oncológico electivo, por tanto la el especialista debe seleccionar el mejor procedimiento para cada paciente, así como la planificación y ejecución, paso a paso, de cualquier técnica quirúrgica.

JUSTIFICACIÓN

El diseño e implementación de un servicio de cirugía oncológica reconstructiva en el hospital oncológico de Portoviejo permitirá tanto a la paciente como al profesional en oncología alternativas técnicas en el manejo quirúrgico del cáncer de mama, lo que sin duda mejorará la discusión individualizada de cada paciente en los grupos multidisciplinarios.

Además proporcionara a cada mujer beneficiaria del servicio mejor calidad de vida, retorno en algunos casos de su sexualidad y apoyara en la inclusión de estas usuarias a la

sociedad.

Estas estrategias, estamos conscientes que liderara la calidad de vida de nuestras usuarias oncológicas, así como elevar el nivel técnico científico de nuestro hospital.

OBJETIVO GENERAL:

1. Diseño de una investigación de mercado para la implementación del área de cirugía oncológica reconstructiva en el Hospital de SOLCA de Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Diseño de una investigación de mercado
2. Desarrollo de la propuesta
3. Tabulación y análisis de datos recolectados
4. Presentación de resultados

METODO

UNIVERSO: Pacientes con cáncer de mama que recibieron cirugía en el hospital, Usuarios internos del Hospital

MUESTRA: 15 pacientes con cáncer de mama valoradas por el talento especializado de nuestro hospital, 15 Usuarios internos del Hospital (Médicos, Enfermeras, Psicólogas, Nutricionista, Administrativos)

TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS: Encuesta SERVQUAL (anexo formato)

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS: Formulario de Encuesta SERVQUAL

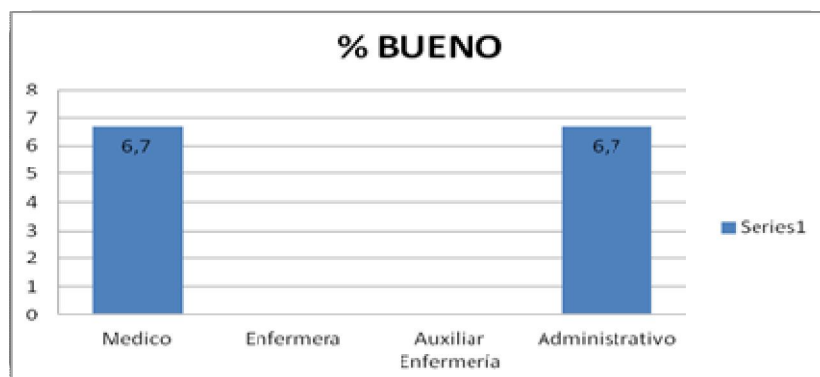
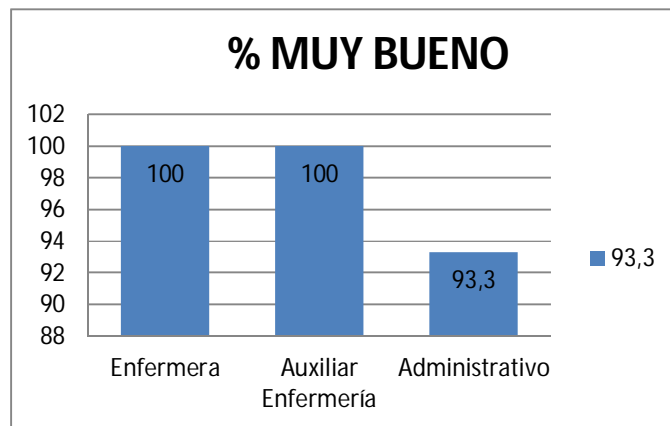
PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACION: Mediante el método manual se procesara la información recolectada y se presentara en gráficos y tablas.

Tabla # 1

CLIENTE EXTERNO: Trato que recibió del personal de salud del Hospital

TRATO	MUY BUENO	%	BUENO	%
Medico	14	93.3	1	6.7
Enfermera	15	100		
Auxiliar Enfermería	15	100		
Administrativo	14	93.3	1	6.7

*Fuente: Encuesta Cliente externo
Elaborado por: Maestrante*



Se observa que el trato que recibió del personal de salud, el cliente externo predomina el muy bueno, los talentos humanos demuestran su calidez de atención.

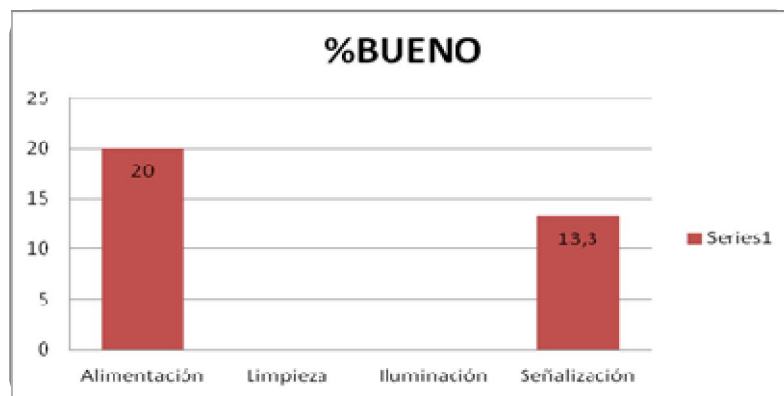
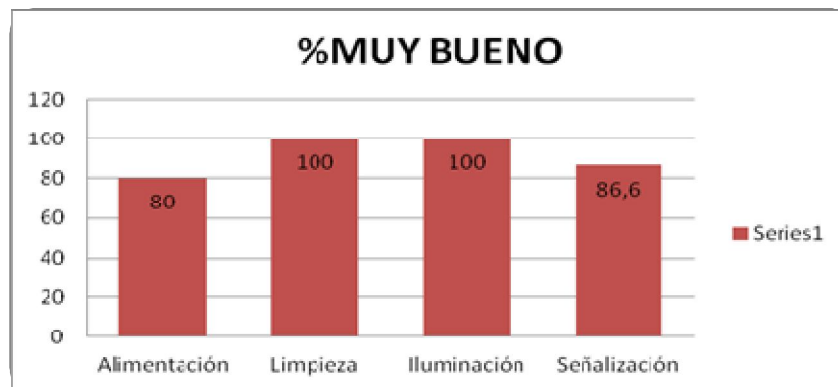
Tabla # 2

CLIENTE EXTERNO: Calidad y Confort de Servicios prestados en SOLCA

Servicios	MUY BUENO	%	BUENO	%
Alimentación	12	80.0	3	20.0
Limpieza	15	100		
Iluminación	15	100		
Señalización	13	86.6	2	13.3

Fuente: Encuesta Cliente externo

Elaborado por: Maestrante



Observamos que lo respecto a la calidad y confort de servicios prestados al cliente externo en su mayoría es muy bueno, y nuestros usuarios se sienten satisfechos por la atención.

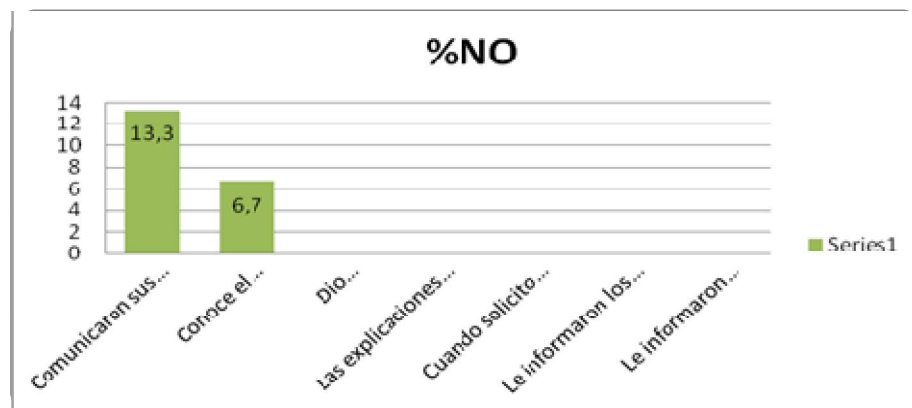
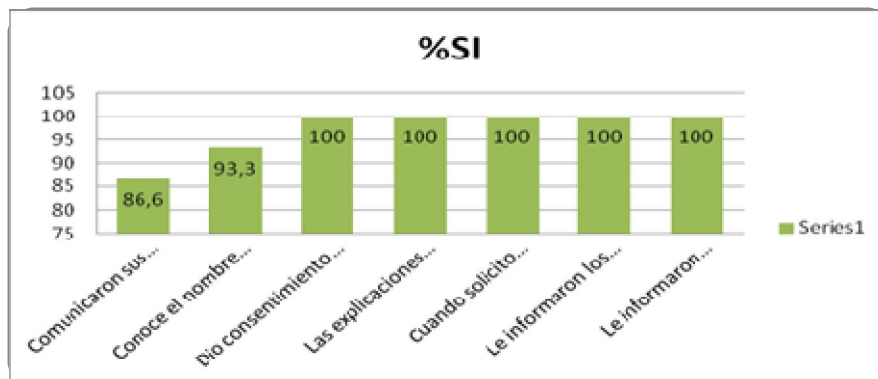
Tabla # 3

CLIENTE EXTERNO: Información Recibida

Información Recibida	SI	%	NO	%
Comunicaron sus deberes y derechos como paciente	13	86.6	2	13,3
Conoce el nombre de su Médico tratante	14	93.3	1	6.7
Dio consentimiento para la realización de los procedimientos	15	100		
Las explicaciones que le dio el médico satisficieron sus inquietudes	15	100		
Cuando solicito ayuda la respuesta fue oportuna	15	100		
Le informaron los cuidados a seguir en casa	15	100		
Le informaron cuando y donde debe regresar a control	15	100		

Fuente: Encuesta Cliente externo

Elaborado por: Maestrante

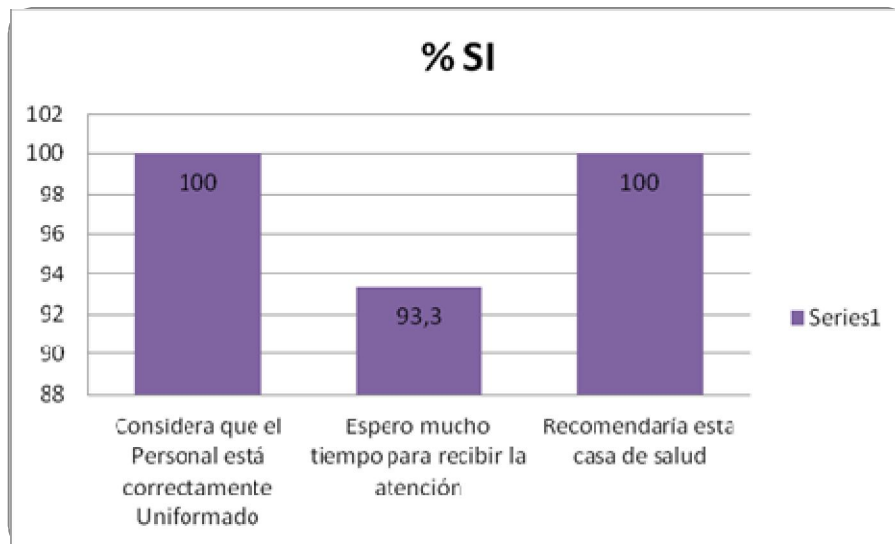


El usuario externo en su mayoría recibe información como se puede observar en el cuadro

Tabla # 4
CLIENTE EXTERNO: Atención Inicial

Atención inicial	SI	%	NO	%
Considera que el Personal está correctamente Uniformado	15	100		
Espero mucho tiempo para recibir la atención	14	93.3		
Recomendaría esta casa de salud	15	100		

*Fuente: Encuesta Cliente externo
Elaborado por: Maestrante*



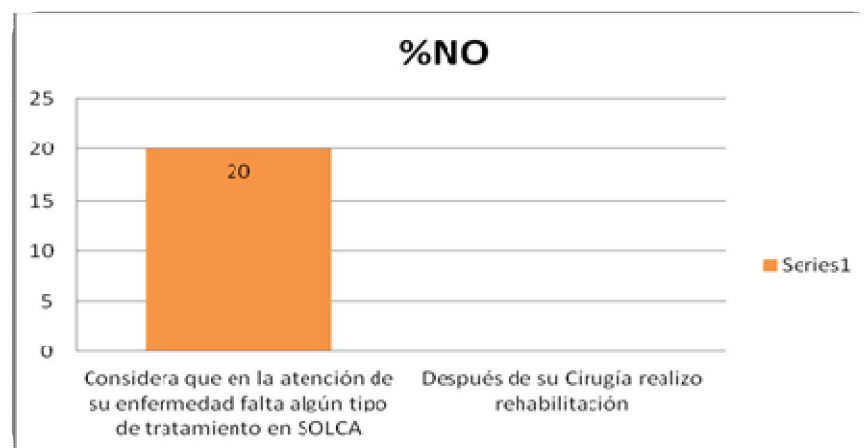
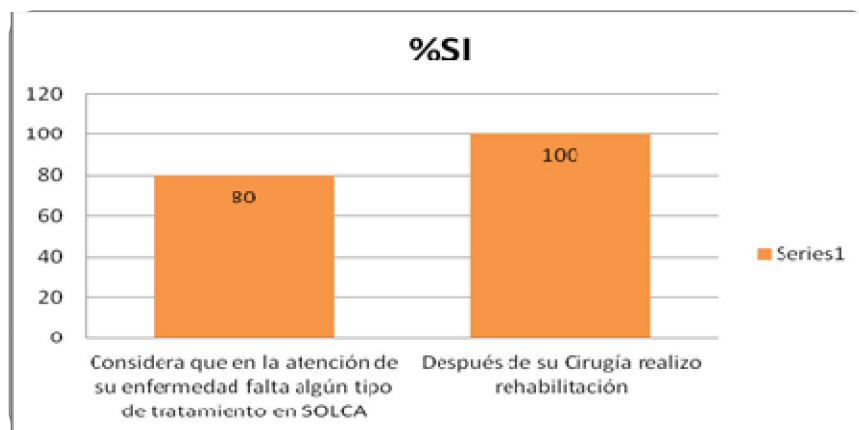
Existe una opinión mayoritariamente del cliente externo, que el personal está correctamente informado, que el tiempo para recibir la atención, la espera es mucho tiempo y la opinión que nos llena de satisfacción es de 100 % de los encuestados recomiendan esta casa de salud .

Tabla # 5

CLIENTE EXTERNO: Necesidades de creación del área de Cirugía Reconstructiva

ITEMS	SI	%	NO	%
Considera que en la atención de su enfermedad falta algún tipo de tratamiento en SOLCA	12	80.0	3	20.0
Después de su Cirugía realizo rehabilitación	15	100		

*Fuente: Encuesta Cliente Externo
Elaborado por: Maestrante*



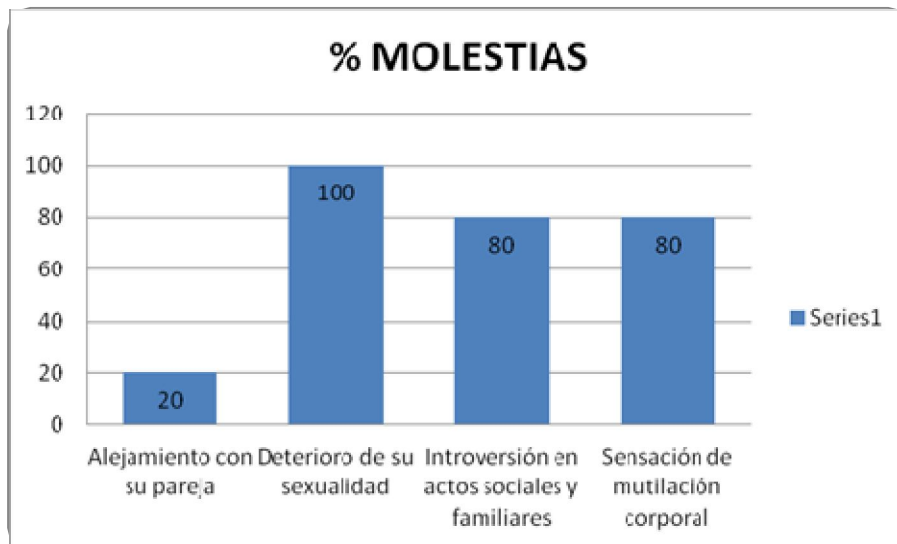
En cuanto al cliente externo en relación a la falta de tratamiento de cirugía reconstructiva es mayoritaria que mejoraría la autoestima y calidad de vida.

Tabla # 6

CLIENTE EXTERNO: Molestias que le ocasiona falta de la Mama

Molestias	#	%
Alejamiento con su pareja	3	20.0
Deterioro de su sexualidad	15	100
Introversión en actos sociales y familiares	12	80.0
Sensación de mutilación corporal	12	80.0

*Fuente: Encuesta Cliente externo
Elaborado por: Maestrante*



La opinión del cliente externo en relación a la molestia que le ocasiona la falta de mama, predomina el deterioro de sexualidad acordes a las revisiones bibliográficos.

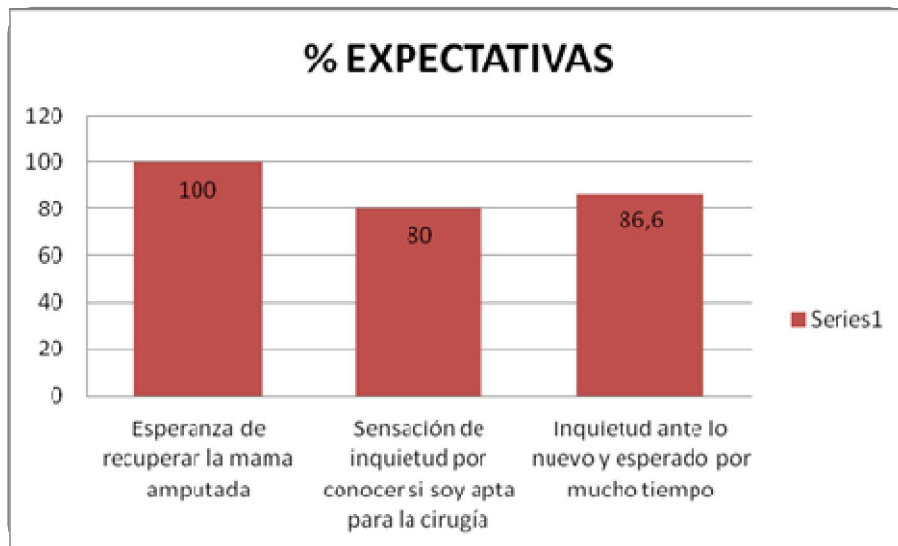
Tabla # 7

CLIENTE EXTERNO: Expectativas de creación del área de Cirugía Reconstructiva

Expectativas	#	%
Esperanza de recuperar la mama amputada	15	100
Sensación de inquietud por conocer si soy apta para la cirugía	12	80.0
Inquietud ante lo nuevo y esperado por mucho tiempo	13	86.6

Fuente: Encuesta Cliente externo

Elaborado por: Maestrante



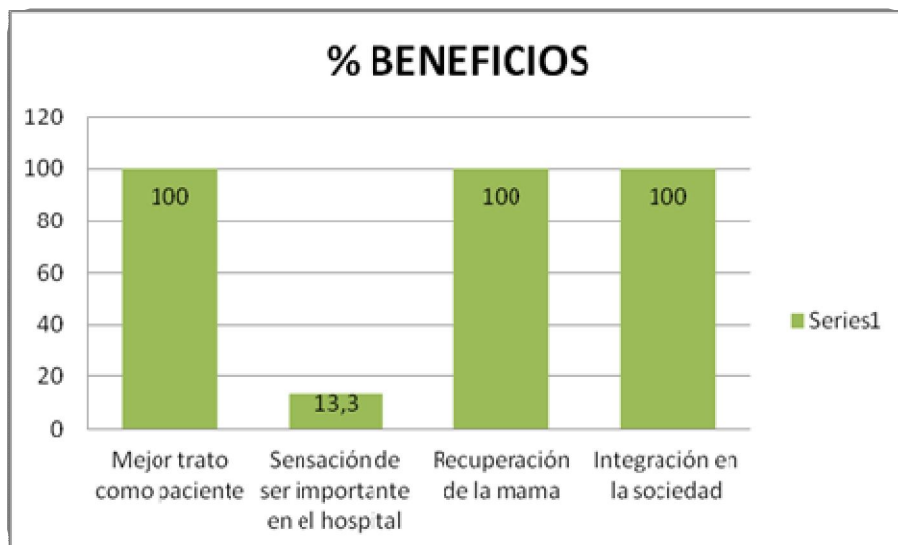
La esperanza de recuperar la mama por parte del cliente externo es unánime, es comprensible en mejorar su calidad de vida y autoestima.

Tabla # 8

CLIENTE EXTERNO: Beneficios de creación del área de Cirugía Reconstructiva.

Beneficios	#	%
Mejor trato como paciente	15	100
Sensación de ser importante en el hospital	2	13.3
Recuperación de la mama	15	100
Integración en la sociedad	15	100

Fuente: Encuesta Cliente externo.
Elaborado por: Maestrante.



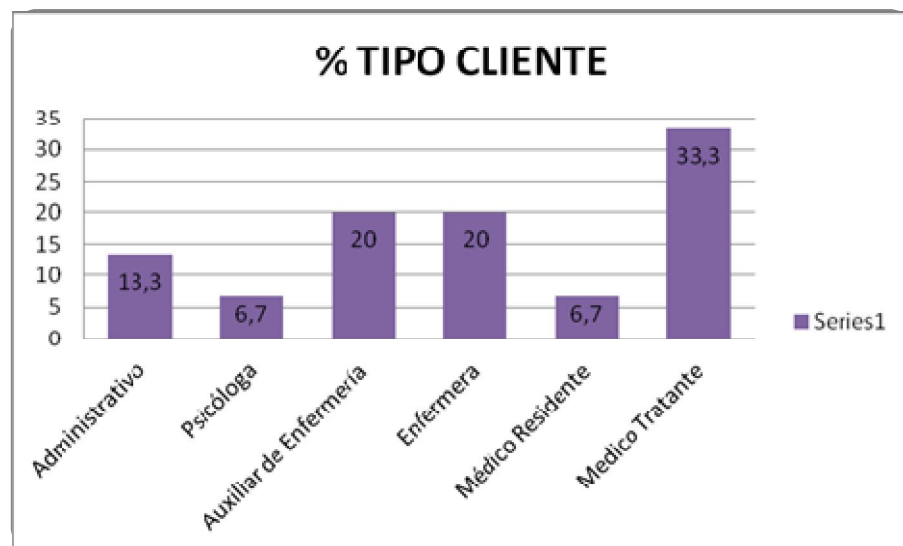
En cuanto a los beneficios de la creación de un servicio de cirugía reconstructiva, el cliente externo considera que darían un mejor trato al paciente en un 100%.

Tabla # 9

CLIENTE INTERNO: Tipo de Cliente Interno.

ITEMS	#	%
Administrativo	2	13.3
Psicóloga	1	6.7
Auxiliar de Enfermería	3	20.0
Enfermera	3	20.0
Médico Residente	1	6.7
Médico Tratante	5	33.3
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta Cliente Interno
Elaborado por: Maestrante



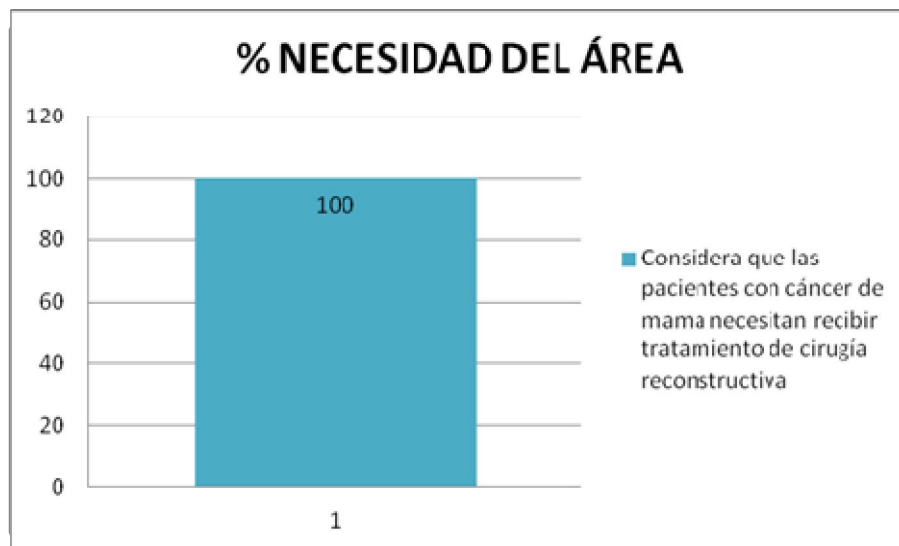
El cliente interno considera que el equipo de trabajo para el servicio de reconstrucción mamaria debería ser de 15 talentos, predominando el de médico tratante.

Tabla # 10

CLIENTE INTERNO: Necesidad del área de Cirugía Reconstructiva

ITEMS	#	%
Considera que las pacientes con cáncer de mama necesitan recibir tratamiento de cirugía reconstructiva	15	100
TOTAL	15	100

*Fuente: Encuesta Cliente Interno
Elaborado por: Maestrante*



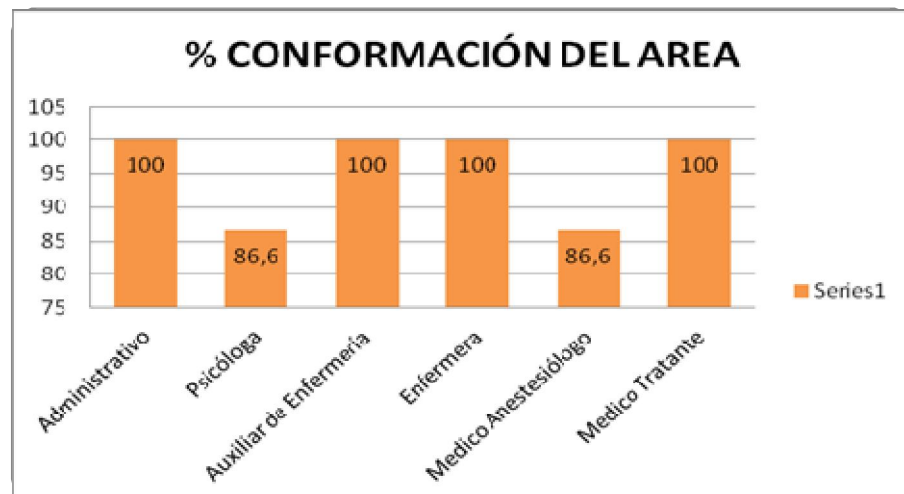
La apreciación de la necesidad del área de cirugía reconstructiva es unánime, a favor de que se brinde este servicio.

Tabla # 11

CLIENTE INTERNO: Conformación del área de Cirugía Reconstructiva

ITEMS	#	%
Administrativo	15	100
Psicóloga	13	86.6
Auxiliar de Enfermería	15	100
Enfermera	15	100
Medico Anestesiólogo	13	86.6
Médico Tratante	15	100

*Fuente: Encuesta Cliente Interno
Elaborado por: Maestrante*



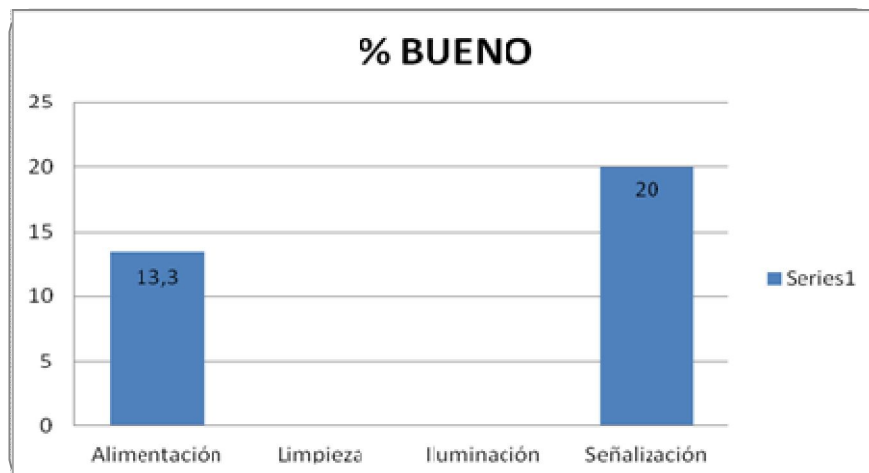
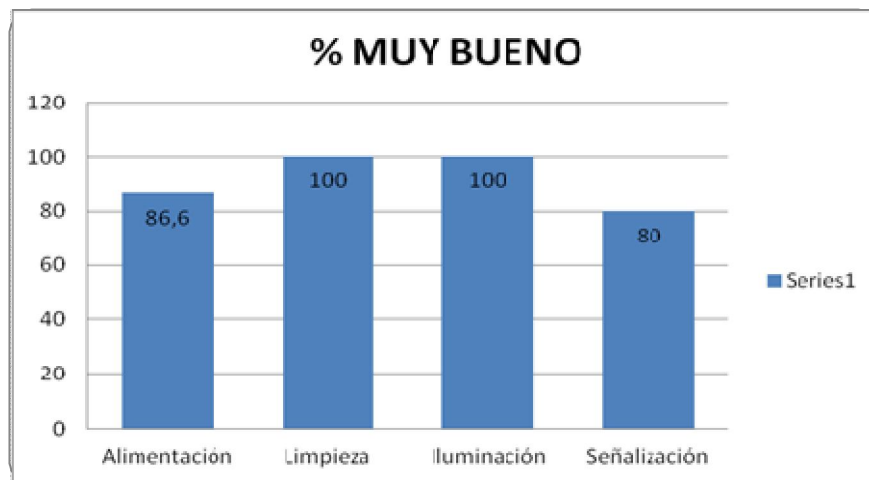
El usuario interno considera que la conformación del área debería estar conformada por médicos tratantes, enfermeras, auxiliar de enfermería, administrativo, medico anestesiólogo, y psicología en orden porcentual.

Tabla # 12

CLIENTE INTERNO: Calidad y Confort de Servicios prestados en SOLCA

Servicios	MUY BUENO	%	BUENO	%
Alimentación	13	86.6	2	13.3
Limpieza	15	100		
Iluminación	15	100		
Señalización	12	80.0	3	20.0

Fuente: Encuesta Cliente Interno
Elaborado por: Maestrante

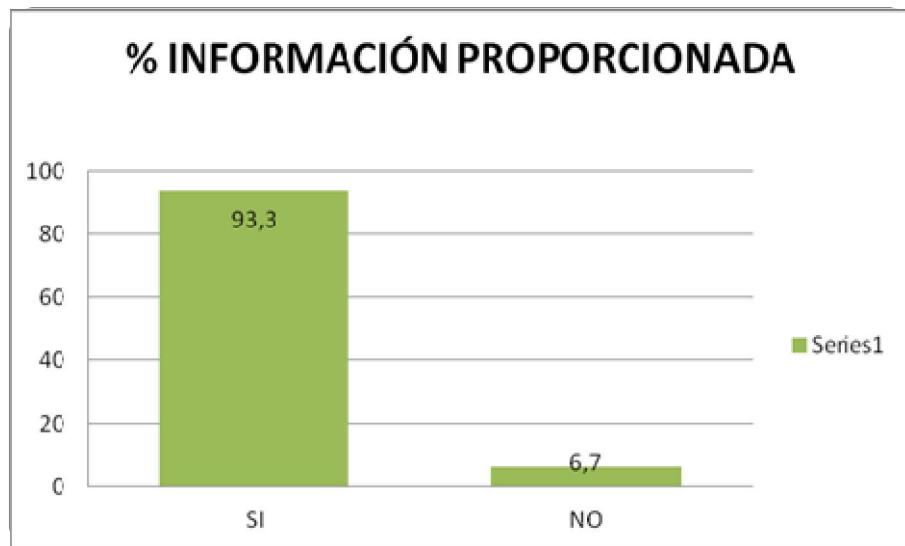


Para nuestro cliente interno la calidad y confort de servicios que se prestan en SOLCA consideran que la limpieza y la iluminación son las predominantes.

Tabla # 13
CLIENTE INTERNO: Información Proporcionada

Información	SI	%	NO	%
Brinda información sobre los deberes y derechos del paciente	14	93.3	1	6.7

Fuente: Encuesta Cliente Interno
Elaborado por: Maestrante



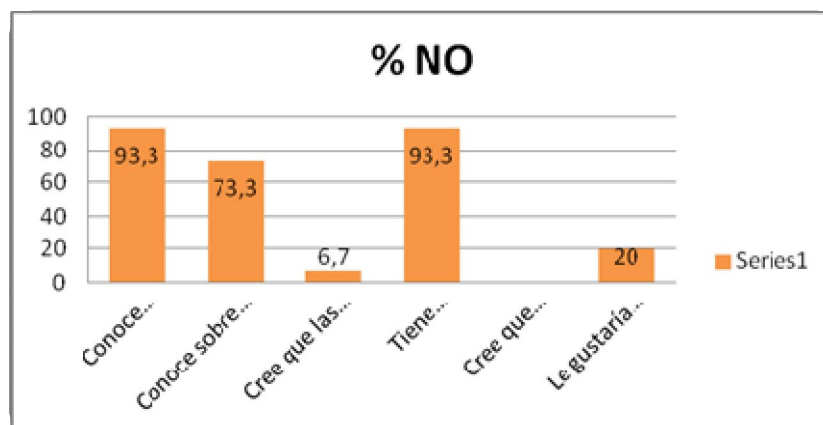
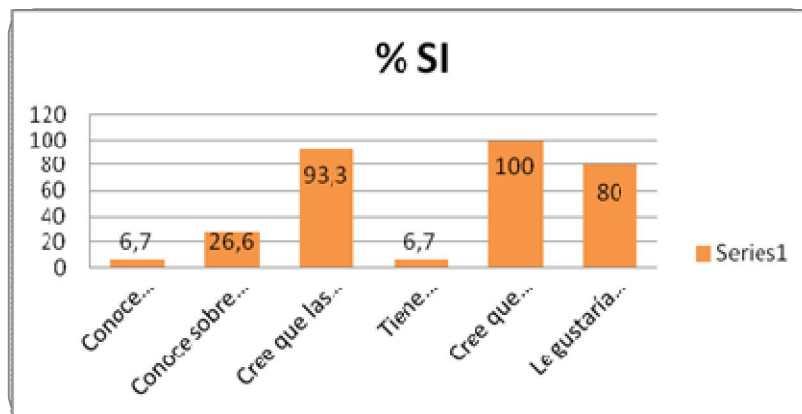
La información que se proporciona al cliente externo de parte del interno, mayoritariamente se brinda información de deberes y derechos del paciente.

Tabla # 14

CLIENTE INTERNO: Necesidades de creación del área de Cirugía Reconstructiva

ITEMS	SI	%	NO	%
Conoce criterios inclusión para que la paciente sea candidata a cirugía reconstructiva	1	6.7	14	93.3
Conoce sobre el procedimiento de cirugía reconstructiva	4	26.6	11	73.3
Cree que las pacientes deben dar el consentimiento para este procedimiento	14	93.3	1	6.7
Tiene experiencia en esta área	1	6.7	14	93.3
Cree que estamos preparados en este hospital para este servicio	15	100		
Le gustaría formar parte de este servicio	12	80.0	3	20.0
TOTAL				

*Fuente: Encuesta Cliente Interno
Elaborado por: Maestrante*



Para el cliente interno la necesidad de crear una área de cirugía reconstructiva, la mayoría

considera que nuestro hospital está preparado para la creación de este servicio y que el paciente debe de dar su consentimiento para este procedimiento, la mayoría no conocen criterios de inclusión para que la paciente sea candidata a cirugía reconstructiva y no tienen experiencias en esta área, porque lógicamente no está plenamente creado este servicio como tal.

ANEXO 2

IMPLEMENTACIÓN DEL ÁREA



IMPLEMENTACION DE AREA



ANEXO 3

IMAGEN 5

OFICIO DIRIGIDO A DIRECTOR MÉDICO SOLICITANDO AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR CAPACITACIONES.



REUNIÓN CON EL DIRECTOR MÉDICO



ANEXO 4

CAPACITACIÓN Y FORTALECIMIENTOS DE LAS TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POST MASTECTOMIAS AREA MÉDICA

REUNION DE LOS MEDICOS



LISTA DE ASISTENCIA DE LOS MEDICOS



SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER
NÚCLEO DE PORTOVIJEJO
Autopista del Valle Manabí Gullán
Hospital Oncológico "Dr. Julio Villacreses Colimont"
Teléfono: 2580012-2580013-2580014-2580015
www.sclcmnmbi.org Casilla 390

ASISTENCIA A LA CAPACITACIÓN:

ACTUALIZACIÓN CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS DE MAMAS EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN CANCER DE MAMA

24 de Octubre de 2013

Dr. Cesar León García

Dr. Gene Alarcón

Dra. Yessenia Chávez

Dr. Xavier Kon

Dr. José Wittong

Dra. Gioconda Romero

Dr. Rodrigo Vásquez

Dra. Lorena Mejía

Dra. Nancy Macías

ANEXO 5

CAPACITACIÓN ÁREA ENFERMERIA

LISTA DE ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

ASISTENCIA LICENCIADAS (OS) ENFERMERIA		
ORDEN	APELLIDOS Y NOMBRES	FIRMA
1	Agueyo Macías Danny Ketty	
2	Anchundia Rivas Vanesa Monserrate	—
3	Arteaga Palacios Juana Jesenia	—
4	Basurto Vélez Jennifer Mariela	—
5	Bolaños Gutiérrez Alcira Karina	Karina Bolaños
6	Bravo Menéndez Ana Esperanza	Ana Esperanza Bravo Menéndez
7	Bravo Rivera Sandra Rosalía	
8	Briones Mera Bélgica	—
9	Cantos Espinales Aura Fabiola	
10	Carreño Navia Landy María	
11	Carranza Chunga Carlos Julio	—
12	Cedeño García Angela Elizabeth	—
13	Cevallos Mendoza Leura	—
14	Cevallos Sufórzano Sandra María	—
15	Cevallos Zambrano Jenny Paola	
16	Cook Ostaza Xiomara Isabel	—
17	Chavarría Cedeño Dolores Isebel	—
18	Chávez Looz María José	—
19	Choez Tubay Cermen del Rocío	—
20	Fortis Delgado Maritza Elizabeth	Maritza Fortis D.
21	Ganchozo Briones Patricia	

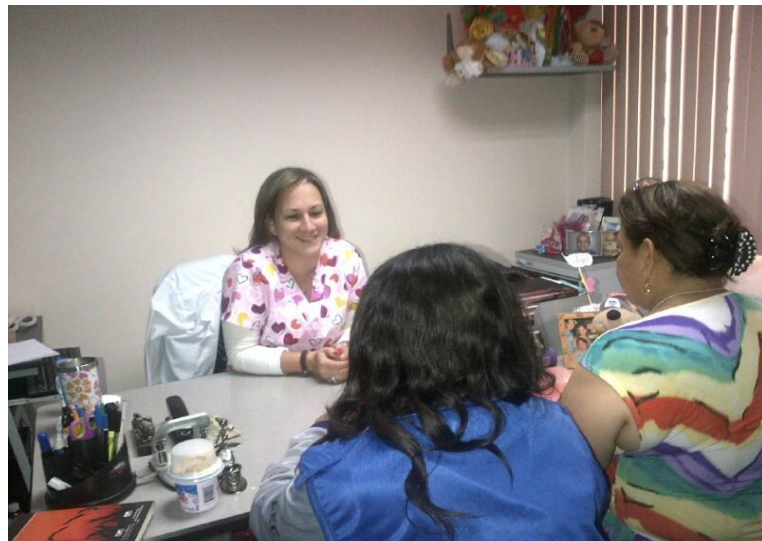
LISTA ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

TEMA:	FECHA:
22	García Cedeño María Carlina Cedeno Garcia (and service)
23	García Intriago Daisy Mónica <i>[Signature]</i>
24	Gavilanez Cedeño Edith Temilda <i>[Signature]</i>
25	Giler Cedeño Letty Araceli —
26	Guerrero Véliz Liliana Monserrate —
27	Intriago Cedeño Shirley Maribel —
28	León Sánchez Lilian Jenny <i>[Signature]</i>
29	Loor Falcones Ángel <i>[Signature]</i>
30	Loor Loor Shirley <i>[Signature]</i>
31	Loor Zambrano Mercedes Rosibel —
32	Lucio Jalca Laura María Especial JE S S
33	Macías García Jessica Dolores <i>[Signature]</i>
34	Macías Palma Mariene Elizabeth <i>[Signature]</i>
35	Macías Zambrano Mariene Monserrate Mg. G. Mariene Macías Zambrano/ E.D.
36	Martínez Montaña Verónica Alexandra —
37	Mendoza Muñoz Delia Esteia —
38	Mendoza Narváez Alida del Pilar <i>[Signature]</i>
39	Mendoza Zambrano Héctor Javier —
40	Mera Cantos Soveida Alexandra —
41	Moreira Burbano Mariuxi —
42	Moreira García Ligia Elena —
43	Moreira García Pastora Auxiliadora Especial de Geriátrica

CAPACITACIÓN ÁREA ENFERMERIA



ANEXO 6
CAPACITACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA


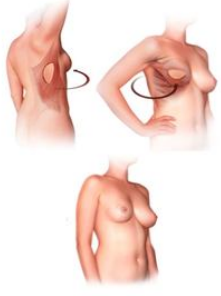



ANEXO 7

SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO

<p>ALGUNOS ASPECTOS QUE DEBE TENER EN CUENTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La reconstrucción no restaura la sensibilidad normal de su mama. • Es posible que tarde entre 1 a 2 años en que se adapten los tejidos y para que las cicatrices comiencen a desaparecer. • Pregunte cuando podrá usar nuevamente los sujetadores normales. • Como regla general, debe evitar levantar objetos por encima de la cabeza, así como practicar deporte y tener actividad sexual. • Las mujeres que se reconstruyen la mama meses o años después de la mastectomía pasan por un período de Adaptación emocional una vez que tienen su mama reconstruida. • De la misma manera que supone tiempo a la mujer adaptarse a la pérdida de una mama, también es preciso que transcurra un período de tiempo hasta comenzar a aceptar que la mama reconstruida es suya; conversar con otras mujeres puede ser beneficioso. • Conversar con un profesional de la salud mental puede ayudarle a aclarar la ansiedad y otros sentimientos de angustia. • Algunos cirujanos recomendarán controles periódicos. • Llame inmediatamente a su médico si nota cualquier cambio en la nueva piel/tejido, inflamación, dolor o líquido que sale de la mama, o el lugar de donde se extrajo el colgajo. 	<p>REGRESO A LA NORMALIDAD</p> <p>Usted podría regresar a sus actividades normales después de 6 a 8 semanas de la Intervención. Dependiendo de la técnica empleada puede que su período de recuperación sea incluso más corto.</p>   <p>Teléfonos: (05) 2580012 al 2580026 www.solcamanabi.org</p>	 <p>CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MAMA</p>  <p>SERVICIO DE MASTOLOGÍA SOLCA MANABÍ NÚCLEO DE PORTOVIEJO</p>
---	--	---

TRIPTICO

<p>¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?</p> <p>Es el crecimiento anormal de células malas en el tejido. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal (a más frecuente que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el) y el carcinoma lobulillar, que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna.</p>  <p>¿QUÉ ES LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA?</p> <p>Actualmente uno de los procedimientos quirúrgicos, en cirugía plástica gratificante para la paciente. La reconstrucción mamaria tiene como fin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrear una mama de aspecto natural, incluyendo la areola y el pezón. • Eliminar la necesidad de llevar prótesis externas. • Restaurar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida de la paciente. <p>Algunos procedimientos son sencillos, y otros más complejos. Debemos recordar que la reconstrucción mamaria plantea mejorar la calidad de vida, en pacientes inconformes y mejorar la imagen. Ello facilita una mayor estabilidad emocional, permite enfrentarse de una forma más positiva a la enfermedad, y llevar una vida social y sexual más activa.</p> <p>Ese es el motivo por el cual los cirujanos (mastólogos) con entrenamiento en reconstrucción mamaria se han convertido en una parte integral de los equipos multidisciplinares implicados en el tratamiento del cáncer de mama.</p>	<p>TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA</p> <p>Las técnicas de reconstrucción mamaria pueden dividirse en dos grandes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las técnicas que utilizan implantes para recrear la nueva mama. • Las técnicas que utilizan tejido autólogo (tejido de la propia paciente, comúnmente llamado colgajo) para la reconstrucción mamaria. <p>Las técnicas que han ganado más popularidad en los últimos años son las que utilizan tejido de la propia paciente para recrear la mama, puesto que ofrece resultados muy similares a los de una mama natural. Estos procedimientos usan tejido del abdomen, la espalda los muslos o los glúteos para reconstruir la mama.</p> <p>No obstante, en algunas pacientes la reconstrucción utilizando implantes mamarios es más apropiada.</p> 	<p>¿QUIÉN Y CUÁNDO PUEDE RECONSTRUIRSE LA MAMA?</p> <p>La mayoría de las mujeres mastectomizadas pueden, desde el punto de vista médico, considerarse candidatas para reconstruirse la mama, la mayoría de ellas en el mismo acto quirúrgico en el que se extrae la mama o posterior a tratamiento complementario RT-QT.</p> <p>Toda paciente que ha sido sometida a una mastectomía o cualquier mujer a la que se va a practicar una resección total o parcial de mama, pueden ser candidatas a una reconstrucción mamaria.</p>  <p>PARA TOMAR LA DECISIÓN SIN ANGUIASTARSE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tómese el tiempo que necesite para valorar sus opciones detenidamente con el cirujano. • Pida a su cirujano que le informe de las ventajas de la alternativa. • No olvide que su decisión no tiene por qué ser compartida por otras personas. • La responsabilidad y decisión última del tipo de cirugía corresponden al cirujano. Aunque su opinión sea tenida en cuenta y, por supuesto, sea necesario su consentimiento.
---	--	--

DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL INFORMATIVO (TRÍPTICO) A USUARIAS



DIFUSIÓN DEL PROYECTO A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN A LA COMUNIDAD



BOLETIN DE PRENSA

El hospital de Solca-Portoviejo ha implementado el servicio de cirugías reconstructivas de mamas, pero para mujeres que han sido sometidas a la extirpación de esa parte del cuerpo a causa del cáncer.

Stalin Delgado, subdirector médico, indicó que las intervenciones las iniciaron en octubre y que el 13 de ese mes se hizo la primera. Agregó que Solca busca incorporar ese tipo de cirugías a su cartera de servicios, pues ahora se lo hace a pacientes que han sido derivados de instituciones que tienen convenio con ellos.

AUTOESTIMA. Delgado explicó que la intervención permite a la mujer recobrar su autoestima y mejorar su relación conyugal. "Lo que se ha venido haciendo es detectar el cáncer y hacer la extirpación, pero no se pensaba en la parte emocional de la paciente. Ahora eso cambiará gracias al apo-

yo del presidente de Solca, Santiago Guevara", expresó. César León, cirujano oncológico, explicó que la cirugía puede demorar entre dos horas y media a tres horas y que hay de dos tipos.

"Una la podemos hacer con los mismos tejidos del cuerpo y la otra con implantes, pero todo depende de la evaluación previa que se haga. La reconstrucción también se podría hacer en el mismo momento que la extirpación, pero insisto, cada caso es diferente y no en todo se podrá", señaló. Añadió que hasta ahora han realizado 4 cirugías y que están evaluando a otras 20 mujeres más.

» INCIDENCIA DEL CÁNCER

El cáncer de mama ocupa el tercer puesto en Manabí con mayor incidencia. En el 2011 hubo 140 casos. En el 2012, 122 y en este 2013, de enero a septiembre, van 112 nuevos casos.

CASA ABIERTA Y UNA EXPLICACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE AUTO ESTIMA AL SOMETERSE A LAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA, A MÁS DE INDICARLES MEDIDAS DE MANEJOS Y CUIDADOS, ETC



CASA ABIERTA



ANEXO 8

CASA ABIERTA SOLCA MANABI

**ENCUESTA DE SATISFACCION DE LA ORIENTACION A PACIENTES
MASTECTOMIZADAS POR CANCER DE MAMA Y A SUS FAMILIARES.**

HOSPITAL DE SOLCA MANABI 2013

La presente encuesta tiene por objeto valorar su opinión respecto a la orientación realizada por el personal de SOLCA sobre Cirugías Reconstructivas de Mamas a Mujeres Mastectomizadas.

6. ENCUESTADO :
PACIENTE FAMILIAR
7. LOS TEMAS EXPUESTOS DE ORIENTACION FUERON :
A MUY BUENO
B BUENO
C MALO
8. LOS EXPOSITORES DE LOS TEMAS DE ORIENTACION FUERON :
A EXCELENTES
B BUENOS
C MALOS
9. DE LOS TEMAS EXPUESTOS DE ORIENTACION INDIQUE CUÁL FUE DE SU MAYOR INTERÉS :
A CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
B CUIDADOS QUE DEBE TENER LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS
C EL APOYO PSICOLÓGICO
10. EL TIEMPO DE DURACION DE ESTA ORIENTACION FUE :
A EXCESIVO
B ADECUADO
C CORTO

OBSERVACIONES :

.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

a. CAPACITACIÓN ÁREA MÉDICA

Reconstrucción mamaria post-mastectomía con colgajo miocútaneo del dorsal ancho. Técnica quirúrgica

Básicamente la técnica utilizada es la de Bostwick y comienza con el diseño preoperatorio del colgajo. La paciente inicialmente es colocada en la posición de decúbito lateral. La piel es incidida siguiendo las marcas preoperatorias procurando la mayor horizontalidad posible de la futura cicatriz de espalda, para luego ser cortado en el volumen previamente estimado y elevado como un colgajo músculo cutáneo; el serrato anterior es preservado, así como todos sus vasos colaterales que cruzan desde la superficie más externa hasta la entrada de los vasos toracodorsales.

El músculo dorsal ancho es disecado hasta su inserción humeral, evitando en lo posible la manipulación del pedículo vascular, ya que a veces algunas maniobras causan trombosis o trastornos similares por la agresión quirúrgica. Cualquier maniobra a éste nivel la consideramos innecesaria y peligrosa siempre y cuando el colgajo tenga el arco de máxima rotación y conserve toda su vitalidad.

El tamaño de la isla cutánea varía de acuerdo a las necesidades del caso, pero en nuestros casos fue desde pequeñas hasta muy grandes, como de 30 por 10 centímetros.

Aún con la paciente en la posición descrita, se procede a la incisión de la cicatriz en la pared anterior del tórax para recrear en lo posible la deformidad de la mastectomía. Un túnel se hace a través de la axila y lo más alto posible para transponer el colgajo músculo cutáneo de latísimo dorsal desde la espalda hasta el defecto anterior. Dicho túnel ha de ser lo suficientemente grande como para no permitir la constricción del pedículo, pero no demasiado como para que no permita el desplazamiento lateral de la prótesis de silicón. El túnel axilar alto va a permitir rellenar con el pedículo del colgajo el defecto axilar dejado por la disección ganglionar axilar y la pérdida de volumen infraclavicular, ocasionada por la ausencia del músculo pectoral mayor.

La incisión de la espalda es suturada dejándose un drenaje en el sitio, debido a la gran tendencia a acumularse líquido seroso y así prevenir nuestra principal complicación: la serosa.

En este momento la paciente es colocada en decúbito supino y el colgajo músculo-cutáneo es posicionado lo mejor posible, no sin antes haber procedido a la reconstrucción del neo-surco mamario.

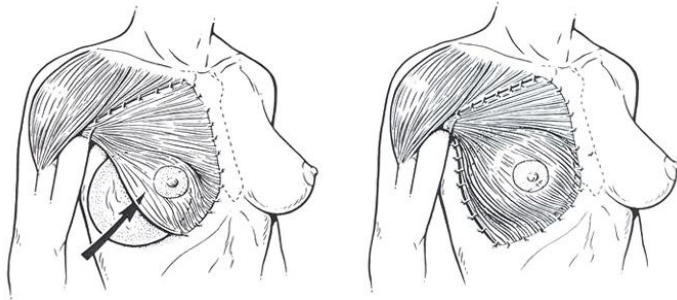
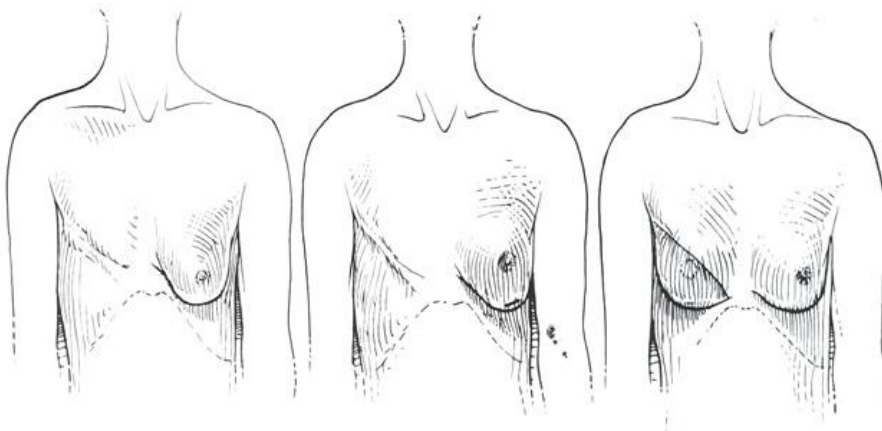


Figura # 2. Rotación y sutura del músculo y colocación de la prótesis.

Posteriormente, la prótesis de silicón es colocada en el bolsillo que para tal efecto de previo se diseñó. Valga citar que la prótesis de previo había sido seleccionada considerando el volumen mamario de la reconstrucción, lo más similar posible al del lado contralateral. Esto por cuanto no se cuenta con un stock de prótesis al cual recurrir en el momento quirúrgico. También se consideran otras características de la prótesis como son la forma y el tipo de gel. Cabe citar que son preferibles las prótesis de gel cohesivo o altamente cohesivo y de perfil alto o muy alto y superficie texturizada. Una vez colocada la prótesis se procede a la sutura del colgajo y se deja otro drenaje de sistema cerrado en el sitio.

Cabe destacar acá que la cicatriz de la mastectomía baja y oblicua es la que más nos ayuda en los resultados finales, no así las cicatrices altas horizontales o verticalizadas, por lo cual en ocasiones es preferible hacer una nueva incisión oblicua y baja con el fin de obtener los efectos deseados y esperados.



Reconstrucción Mamaria Mediante Colgajos rectos abdominales

Con el paciente en decúbito supino y con los brazos pegados al tronco, iniciaremos las incisiones cutáneas siguiendo el diseño marcado. Aislamos el ombligo mediante una incisión circunferencial disecándolo hasta la fascia. La incisión superior abdominal la realizaremos a

bisel para así poder dejar la mayor cantidad de tejido graso al colgajo.

Mientras efectuamos la incisión abdominal inferior debemos intentar localizar la vena epigástrica inferior superficial. Si encontrásemos una arteria epigástrica inferior superficial de suficiente calibre podríamos elevar el colgajo con estos vasos.

Tras completar las incisiones hasta la fascia, iniciaremos la elevación del colgajo a nivel contralateral al pecho a reconstruir. De esta forma podemos trabajar a dos equipos simultáneamente de una forma cómoda, y al rotar el colgajo 180° durante la transposición al tórax nos sitúa la perforante tan lateral como es posible. Esto nos permitirá una sutura nerviosa más fácil entre la rama anterior del 4º nervio intercostal y la rama sensitiva del nervio segmentario cuando queremos reinervar el colgajo.

La elevación se inicia desde el extremo, sobre la fascia del oblicuo externo, una vez alcanzado el borde lateral del músculo recto anterior debemos tener un máximo cuidado en la disección para no cortar las perforantes que irán apareciendo, y si encontramos una perforante de buen calibre, con solo una es suficiente, debemos siempre intentar valorar la calidad de las venas.

Visualizando el músculo abrimos una incisión longitudinal sobre la fascia en dirección hacia la entrada de la epigástrica inferior profunda en el borde lateral del músculo. Liberamos bien el plano entre el músculo y la fascia alrededor de la perforante, he iniciamos la disección intramuscular separando las fibras musculares siguiendo su sentido natural.



Figura 6. Elevación suprafascial del colgajo y localización de las perforantes mediante la técnica del acueducto

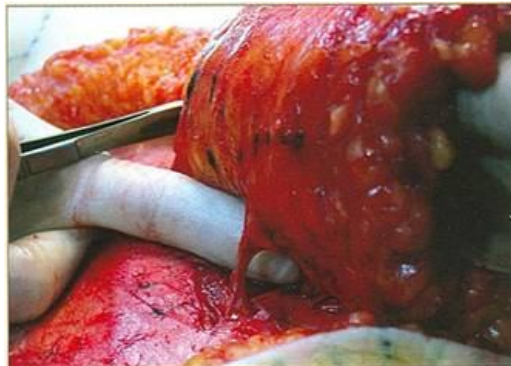


Figura 7. Selección de la perforante de mayor calibre e inicio de su disección.

Con la ayuda de las pinzas bipolares y de pequeños hemoclips iremos aislando la perforante elegida de las otras ramas musculares, deberemos tener una especial atención en la localización de los nervios segmentarios motores, los cuales deberán disecarse y preservarse. En el caso extremo de tener que cortar algún nervio, deberá resuturarse.

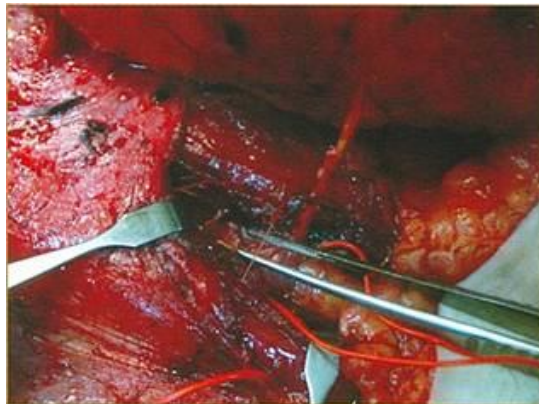


Figura 8 B. Nervios segmentarios motores preservados a nivel lateral antes de entrar al músculo.

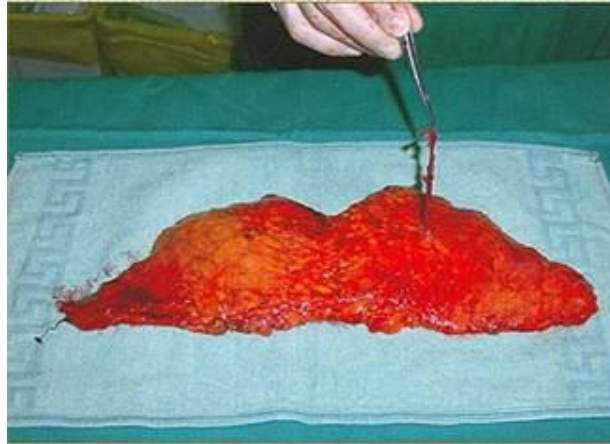


Figura 9 B. Colgajo autonomizado, justo antes de la sutura microquirúrgica

Una vez tenemos todo el colgajo elevado, únicamente conectado a la epigástrica inferior profunda a través de la o las perforantes elegidas, lo reposicionaremos sobre el abdomen fijándolo a nivel de la incisión inferior. El dejar el colgajo totalmente desconectado del aporte vascular excepto a través de la perforante mientras disecamos la parte superior del abdomen como hacemos en la dermolipectomía abdominal, nos permitirá definir claramente la percusión del territorio cutáneo y nos ayudará a definir cuanta zona IV o II podemos conservar.

ANASTOMOSIS VASCULAR

Seccionaremos el pedículo epigástrico más o menos proximal en función del tamaño de los vasos que necesitemos. Transferiremos el I) IEP al tórax, siempre evitando que el pedículo se rote. A su vez el colgajo será rotado 180°, de modo que la zona IV será la más medial. Fijaremos el colgajo al tórax y procederemos a realizar una anastomosis que en la mayoría de los casos podrá ser termino-terminal.

REMODELACION DEL COLGAJO

Una vez comprobada la efectividad de la sutura vascular y la perfusión del DIEP, descartaremos la zona IV y parte de la II en función de la vascularización y del volumen precisado.



Figura 11. Transposición del colgajo DIEP al tórax una vez realizada la unión microquirúrgica.

En los casos de reconstrucción inmediata mantendremos el surco submamario y parte de la piel del lecho mamario.

En la diferida realizaremos una incisión unos 2 cm por encima del surco submamario marcado continuándola medialmente y lateralmente hasta la realizada para la exéresis de la cicatriz. El motivo por el cual la hacemos más alta es porque con el cierre abdominal descenderá por la tensión. La piel por debajo de la cicatriz de la mastectomía será desepitelizada dejando el tejido graso subcutáneo para así tener mayor proyección. Por encima de la cicatriz disecaremos unos colgajos cutáneos superior y lateralmente siguiendo el patrón marcado.

Iniciaremos la remodelación suturando la parte más lateral del colgajo a la porción más proximal del pliegue axilar anterior. Después fijaremos la porción lateral inferior a la parte externa del surco submamario sin dejar demasiada ptosis a este nivel. A nivel del punto medio del surco suturaremos el colgajo pinzándolo para así lograr una mayor proyección central. La parte superior la situaremos debajo de la piel del colgajo superior de la mastectomía rellenando los cuadrantes superiores de la nueva mama. Valoramos la forma final sentando a la paciente.

Antes de realizar la sutura cutánea, revisaremos la posición del pedículo vascular, si está indicado realizaremos una sutura epineural entre el nervio sensitivo segmentario y una rama del 4º intercostal, y finalmente colocaremos un drenaje aspirativo a nivel axilo-submamario.

Cierre de la zona donante

Mientras hemos realizado la remodelación de la mama, el otro equipo efectúa el cierre abdominal. Al no reseca músculo ni fascia, cerraremos directamente la incisión fascial sin precisar mallas sintéticas ni de otros refuerzos. Procederemos a la corrección de la diastasis de los rectos, si existe, y cerraremos el abdomen como lo hacemos en una dermolipectomía estética.



Figura 2. Resultado final intraoperatorio de una reconstrucción mamaria diferida.

APLICACION DE PROTESIS MAMARIAS EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Técnicas de reconstrucción con implantes

Estas técnicas utilizan distintos tipos de implantes (expansores, prótesis o prótesis-expansores) para reconstruir la mama. Son técnicas menos complejas y más rápidas de realizar que las autólogas y por eso su uso está más extendido. En general, ofrecen resultados estéticos más pobres y casi siempre exigen realizar cirugía en la mama contralateral para obtener una mejor simetría entre ambas mamas. En general, las técnicas con implantes no se recomiendan a pacientes jóvenes o a pacientes que deseen un resultado natural. Suelen asociarse a más complicaciones a medio y largo plazo y toleran mal los tejidos radiados.

Reconstrucción mediante expansores

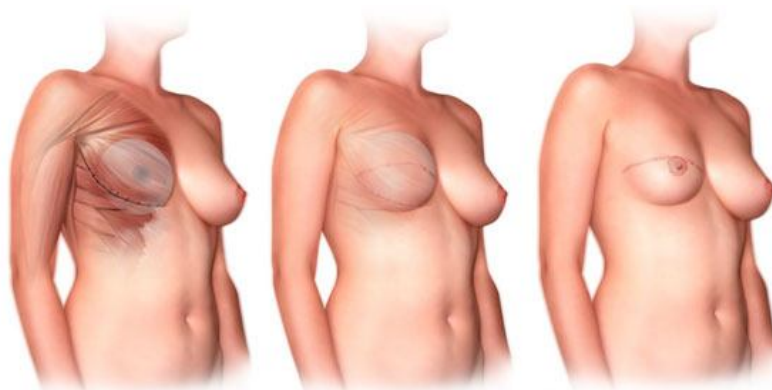
Consiste en la introducción de un implante vacío en el lecho de la mastectomía (donde

estaba la mama). Este implante (expansor) se rellena de líquido periódicamente en la consulta, mediante una inyección de suero salino a través de la piel, hasta que esta se ha expandido y es posible colocar una prótesis mamaria definitiva.

Este tipo de reconstrucción debe realizarse en dos intervenciones, la primera para colocar el expansor y la segunda para recambiarlo por una prótesis definitiva. Entre la primera y la segunda cirugía deben pasar, al menos, tres meses. Determinados expansores están diseñados de tal manera que permiten ser mantenidos como implantes definitivos, por lo que sólo sería necesaria una única intervención.

La colocación del implante se realiza en una hora, bajo anestesia general, con un estancia hospitalaria entre uno y dos días.

¿Cuándo está indicada?: cuando no existe piel suficiente y no se van a emplear técnicas autólogas. ¿Cuándo no está indicada?: no debe realizarse si la paciente ha recibido o va a recibir radioterapia como parte del tratamiento del cáncer de mama.



Reconstrucción mamaria mediante expansión y prótesis.

Reconstrucción mediante prótesis

Cuando existe piel suficiente en la mama a reconstruir, se puede emplear directamente una prótesis, sin necesidad de colocar antes un expansor. Ésta se coloca por debajo del músculo pectoral, para evitar que la prótesis quede cerca de la piel y pueda moverse. Esta técnica no debe emplearse si la paciente ha recibido o va a recibir radioterapia.

Técnicas para reconstruir la areola y el pezón

La areola y el pezón se reconstruyen, por lo general, en una cirugía posterior al de la reconstrucción mamaria con anestesia local. Suele durar unos 45 minutos y no precisa ingreso hospitalario.

La areola puede reconstruirse mediante un tatuaje o empleando un injerto de piel procedente de la ingle (esta piel se oscurece más que la de otras zonas corporales y la cicatriz resultante es fácil de disimular). Para reconstruir el pezón se emplea la piel de la mama reconstruida.

b. CAPACITACIÓN ÁREA ENFERMERIA

CONTENIDO:

Desde sus inicios la enfermería en SOLCA se ha caracterizado por el permanente avance en el aspecto académico científico, con actividades programadas anualmente basadas en criterios prácticos y actualizados.

Las actividades siempre se han programado con base en el quehacer diario de la enfermería considerando que la práctica es la que fomenta la teoría y la transforma en una disciplina; estas actividades van desde las capacitaciones con charlas magistrales, discusiones de casos, artículos científicos hasta los entrenamientos y difusiones de los servicios de SOLCA a todos los pacientes oncológicos.

De esta forma mejoramos en la atención que brindamos a nuestros pacientes. Actualmente se está diseñando el servicio de Reconstrucción mamaria para todas las pacientes con cáncer de mama que han sido sometidas a cirugía de sus glándulas mamarias, con el fin de brindar una nueva calidad de vida reconstruyendo la mama afectada.

BREVES INDICACIONES DEL POSTOPERATORIO

Tras la intervención, la paciente se sentirá cansada inicialmente por lo que sería recomendable que tuviera alguien en casa para ayudar.

El periodo de recuperación depende del tipo de procedimiento utilizado en la reconstrucción mamaria.

Como regla general:

Después de la primera semana debería empezar a cuidar de sí misma y comenzar a realizar sus actividades normales.

Unas semanas más tarde de la intervención, debería seguir controles con su cirujano para comprobar que todo va correctamente y que no hay ninguna complicación.

Cuando hayan pasado unos meses, debería visitar nuevamente a su cirujano para valorar si es necesaria alguna cirugía de retoque y cuándo realizarla.

REHABILITACIÓN Y EJERCICIOS FÍSICOS

Después de una mastectomía, algunas mujeres deciden hacerse una cirugía estética para volver a crear la mama. Esta cirugía se puede llevar a cabo durante la mastectomía misma o después.

La mama por lo regular se reforma en dos fases: primero usando un expansor de tejido y luego la colocación de un implante salino. Algunas veces, el implante puede insertarse en la primera fase.

El objetivo de la rehabilitación, es realizar los movimientos del hombro, flexión, extensión, abducción, aducción y rotaciones externas e internas, con mayor estímulo. Deben ser ejecutados de forma suave, progresiva y sin brusquedades, con el fin de evitar el edema del brazo y del hemitorax, ya que al hacer un vaciamiento axilar el drenaje linfático y venoso es deficiente.

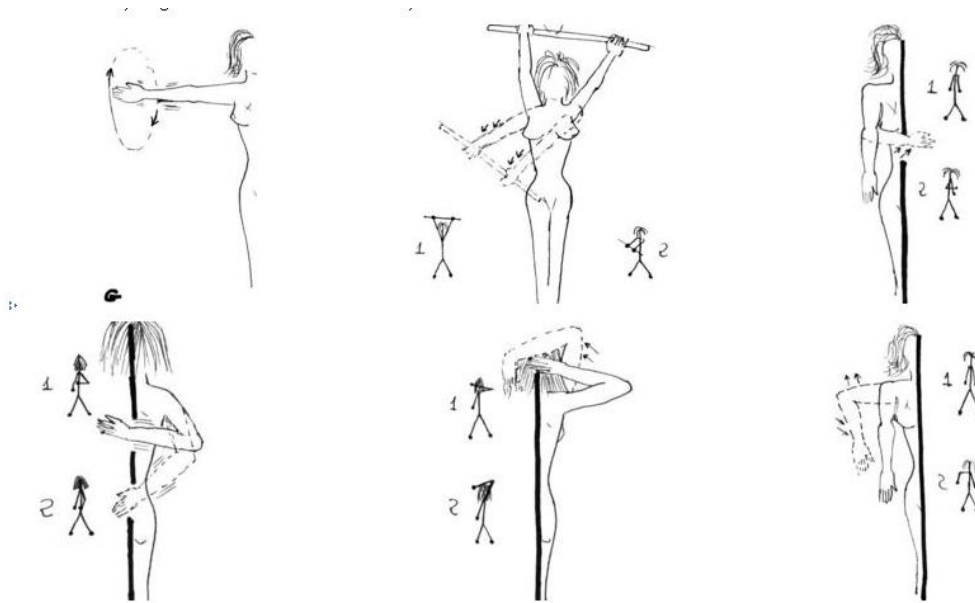
La mujer mastectomizada sentirá sensación de insensibilidad y acorchamiento, que desaparecerá poco a poco, y que es debido a las desinserciones musculares y menos frecuentemente a la sección de terminaciones nerviosas.

La rehabilitación se iniciará a las 24-48 horas de la intervención.

Los ejercicios a realizar son:

1- Ejercicios activos libres:

1. Flexo-extensión del hombro, codo, muñeca y dedos.
2. Abducción muy suave del hombro.
3. Rotaciones interna y externa en aducción del hombro.
4. Cuando se haya llegado a la flexión del hombro de 90°, se iniciarán las rotaciones en abducción sin forzar.

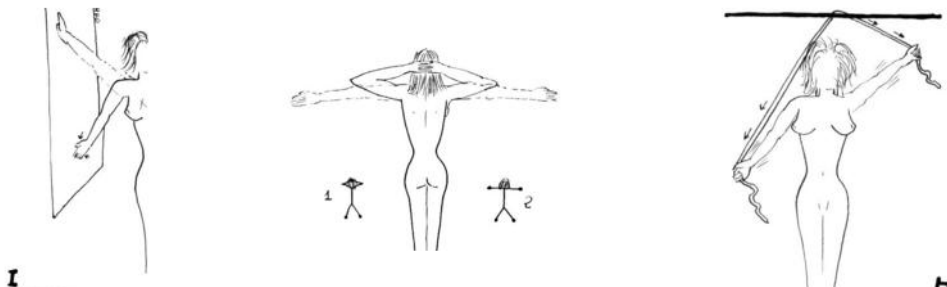


2-Ejercicios isométricos: ejecutar contracciones estáticas suaves con la extremidad en elevación.

3-Ejercicios combinados:

1. Llevarse la mano a la nuca.
2. Llevarse la mano a la cabeza y a la oreja contraria: lo que equivale a abrocharse el delantal, el sujetador, o el collar.
3. Poner los brazos en cruz.
4. Brazos en cruz y a la nuca
5. Brazos en cruz y abrazo.
6. Contar baldosas en la pared, de frente y de perfil, que equivale a: limpiar cristales, arreglar armario o estantería, colocar cortinas, limpiar lámparas.
7. Ejercicios con poleas: colocando una cuerda en la barra de la ducha, por ejemplo, y subir y bajar con ambos brazos; equivale a secarse la espalda con la toalla de baño.

8. Ponerse de cara a la pared con los brazos elevados, doblar y estirar los codos; equivale a: coger pelota de goma, tirarle y cogerla, a jugar a los bolos.



CUIDADOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

Los cuidados generales van encaminados a evitar posibles complicaciones en el brazo afecto y a detectarlas precozmente:

1. Uso de guantes protectores para actividades que comporten un riesgo: jardinería, cocina, utilizar dedal para coser, llevar guantes de goma cuando se utilicen detergentes fuertes o estropajos de fibras metálicas.
2. Evitar compresión en mangas y puños.
3. No usar joyas que puedan comprimir la extremidad: anillos, pulseras, relojes, etc.
4. No exponer la extremidad al sol sin utilizar crema con filtro solar, FP 15 o superior.
5. Evitar en el brazo afecto inyecciones, vacunas y tomas de TA.
6. Prevenir el sobrepeso, evitando el exceso de sal en las comidas.
7. Practicar la natación.
8. Mantener el brazo en elevación el mayor tiempo posible y durante la noche.
9. Aplicar crema de manos para evitar la piel seca.
10. Emplear rasuradora eléctrica para quitarse el vello axilar, con el fin de evitar la erosión de la piel.
11. Emplear repelente de insectos para evitar las picaduras.
12. Evitar quemaduras (plancha, cigarrillos, cocina) en el brazo afecto, y en caso de que éstas se produzcan: aplicar hielo y dejarlo expuesto al aire hasta que se rompan las ampollas. Después lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir el área con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.
13. Ante cualquier herida en el brazo afecto, lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.

14. Llamar al profesional sanitario si se presenta enrojecimiento, dolor o si aumenta el hinchazón.
15. Ducharse manteniendo el chorro del agua alejado de la incisión y secarlo bien, para evitar maceraciones.
16. Utilizar cremas hidratantes y dar masajes en la zona de la cicatriz para evitar adherencias a planos profundos y lograr una cicatriz elástica.

Para la tranquilidad de la mujer, se le explicará que el proceso de cicatrización durará más o menos 30 días y que posiblemente quedará una cicatriz más ancha.

SUGERENCIAS PARA LOS CUIDADORES

Ser cuidador es una tarea difícil: las actividades diarias, laborales o sociales del cuidador sufren limitaciones y modificaciones importantes. El cuidador se ve frecuentemente sometido a un estrés causado por el agotamiento físico y/o psicológico y experimenta momentos difíciles en los que la incompreensión, soledad, falta de apoyo familiar o social, toma de decisiones etc. le van a hacer su tarea aún más ardua.

PIDA AYUDA

A veces es difícil pedir ayuda, sobre todo cuando el cuidador cree que toda la tarea es responsabilidad suya y no quiere implicar a nadie más.

Otras veces cree que pedir ayuda es molestar. O bien, puede haber pedido ayuda y no haber obtenido respuesta. Es importante, saber que la forma de pedir ayuda influirá en la respuesta que obtengamos: es aconsejable evitar actitudes de brusca exigencia o mostrar agresividad.

INFÓRMESE SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Si conoce la evolución de la enfermedad de la persona a la que cuida, podrá planificar con antelación futuros cambios o adaptaciones.

COMPARTA

Si tiene problemas, haga partícipes de la situación a los miembros de la familia (hijos, hermanos, nueras, yernos, etc.), acepte las propuestas que hagan para ayudar y participar en el cuidado. Es el momento para cuidarse.

DUERMA Y DESCANSE LO SUFICIENTE

La falta de descanso puede provocar una serie de problemas tales como irritabilidad, falta de atención etc. Es bien sabido que los cuidadores suelen padecer de falta de sueño ya que se ven obligados a alterar sus horarios y es habitual que por las noches, estando pendientes del enfermo, no descansen lo suficiente.

HAGA EJERCICIO FÍSICO CON REGULARIDAD

Estar físicamente activo ayuda a minimizar no sólo las tensiones diarias sino a encontrarse con más fuerzas y sentirse mejor. Si se permite pasear la persona a la que cuida, aproveche y dé unos pequeños paseos durante el día; pueden beneficiar a ambos.

ORGANICE SU TIEMPO

Los cuidadores dicen tener con frecuencia la sensación de que al día le falta horas ya que tienen que realizar y compaginar multitud de actividades: familiares, laborales, domésticas, etc. Una buena planificación de las actividades le ayudará a llevar mejor las tareas.

MANTÉNGASE MENTALMENTE ACTIVO Y BUSQUE SU ESPACIO

El hecho de estar al cuidado de una persona hace que a veces olvidemos nuestras aficiones y actividades que acostumbrábamos a tener.

No deje que la situación le supere y planifíquese de forma que cada día pueda tener un espacio para usted, compaginado con el cuidado del enfermo.

Si la dedicación al enfermo le impide relacionarse con amigos, conocidos o familiares, es fácil que se sienta estresado, agotado y como resultado tenga alteraciones psicológicas y físicas.

APRENDA A RELAJARSE

Si los cuidados diarios al paciente le producen estrés, tensión o le impiden conciliar el sueño, los ejercicios de relajación son un buen método para ayudarle a conseguir un equilibrio físico y psicológico. Otras técnicas útiles para reducir el estrés son la meditación y el yoga.

EL ESTADO DE ÁNIMO DEL CUIDADOR

Es frecuente que el cuidador experimente las siguientes sensaciones:

Miedo: Tener miedo es normal, aunque sólo sea por la sensación de no tener control sobre la situación o el simplemente por el hecho de desconocer qué está pasando o cómo evolucionará el tratamiento de la persona que está cuidando.

Enfado y frustración: Es frecuente que se tenga este sentimiento ante situaciones límite en las que los cuidadores perciben que no se les reconoce el esfuerzo que realizan o ven la situación como injusta por la falta de apoyo de los que le rodean.

Culpa: La mayoría de los cuidadores tienen sentimientos de culpabilidad en un momento u otro y por diferentes razones (enfadarse con la persona a la que se cuida, dejar otras responsabilidades de lado, etc.). Son personas a quienes les gusta hacer las cosas bien y que tienden a pensar que las cosas siempre se podrían hacer mejor de lo que las hace. Si el cuidador acepta que se puede actuar de forma no perfecta, podrá sobrellevar la situación; de lo contrario este sentimiento de culpa le impedirá actuar de forma positiva y disminuirá su propia autoestima.

Soledad: Si se encuentra en la situación de que el cuidado del paciente comporta estar en casa todo el día y de que no tiene tiempo para socializar.

Depresión: Cuando un cuidador está cansado o ansioso se resiente su estado de ánimo. Normalmente esta situación se supera al cabo de pocos días y la vida vuelve a las rutinas habituales. Hable con su familia y amigos y explíqueles cómo se siente. Es posible que hasta ese momento no se hayan hecho cargo del gran trabajo físico y mental que representa la tarea que realiza. Pídales ayuda.

SIGNOS DE ALARMA: CUANDO EL CUIDADOR NECESITA AYUDA

- Desesperanza.
- Tristeza excesiva.
- Pérdida de interés por las actividades habituales.
- Deseo persistente de aislarse socialmente.
- Alteraciones del sueño.
- Irritabilidad.

- Falta de interés sexual.
- Uso excesivo de drogas/alcohol.
- Sentimientos de culpa.
- Pérdida de apetito.
- Ansiedad excesiva.
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.

c. CAPACITACIÓN ÁREA PSICOLOGIA

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN A LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Las pacientes mastectomizadas sufren la mutilación de su autoimagen, lo que puede provocar un deterioro de la estabilidad emocional y conductual, manifestándose con depresión, ansiedad, agresión, irritabilidad, aislamiento, baja autoestima, ruptura de las relaciones amorosas, familiares y sociales, pensamientos suicidas, rechazo a su aspecto físico, etc.

Por ello las pacientes mastectomizadas deben recibir apoyo en el plano psicológico, afectivo y social, involucrando a la familia en este proceso a través de un programa de atención integral.

La reconstrucción de la mama tras una mastectomía, es un procedimiento quirúrgico que actualmente se utiliza para restaurar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida de las pacientes. Una reconstrucción mamaria es definitiva y permitirá hacer una vida absolutamente normal, reduciendo de manera casi inmediata el impacto psicológico causado por la mastectomía, permitiendo a las pacientes enfrentarse de manera más positiva a la enfermedad, llevando una vida social, familiar y conyugal más activa.

REACCIONES MÁS HABITUALES ANTE LA NOTICIA DEL DIAGNÓSTICO

El momento del diagnóstico es una etapa de incertidumbre que crea sufrimiento emocional en el individuo porque ocasiona una verdadera interrupción de la vida cotidiana. Es posible que el paciente se sienta bloqueado, incapaz de tomar decisiones y que la aparición de la angustia y ansiedad repercutan en su funcionamiento normal.

En las últimas décadas han sido numerosas las investigaciones que se han llevado a cabo con el objeto de analizar los factores psicológicos implicados en el proceso de esta enfermedad. Estos factores psicológicos incluyen desde diferentes formas de actuar hasta la aparición de una variedad de reacciones y síntomas.

- MIEDO

Suele aparecer miedo a la propia enfermedad, a la nueva situación familiar, a la incógnita del futuro, es decir, a lo desconocido y a la muerte. Por lo que respecta al miedo a la muerte, debemos pensar que en nuestra sociedad muchas personas creen que la palabra “cáncer” es sinónimo de muerte, al igual que años atrás lo era la tuberculosis. Hay que recordar que existen muchos tipos de cáncer y que cada caso es distinto. Y por supuesto, no olvidar que hoy en día se cura más de la mitad de las personas que desarrollan esta enfermedad. A continuación se muestran algunos consejos.

- NEGACIÓN

La negación es un mecanismo de defensa que emerge como consecuencia del miedo, expresado por un deseo de no querer saber nada acerca de la enfermedad y de no querer hablar de ella. No sólo es el paciente el que puede expresar esta negación hacia la realidad, también ocurre que la familia o los amigos niegan la enfermedad de un ser querido, quitándole importancia a los síntomas y emociones que presenta el enfermo o evitando hablar del tema. Es bueno que aquél paciente al que moleste o incomode esta reacción de quienes le rodean y no se sienta comprendido, intente transmitir sus sentimientos.

- RABIA

Una vez aceptado el diagnóstico, el paciente puede preguntarse: “¿Por qué yo?”. Es posible que la rabia y el enfado recaigan sobre las personas más cercanas (incluido médicos y enfermeras) y más queridas por el paciente. Es importante que el familiar o la persona más cercana no se tome esta reacción como un ataque personal, sino como una reacción ante el diagnóstico.

- AISLAMIENTO

Los pacientes pueden sentir que los amigos, conocidos o familiares se alejan de él al conocer el diagnóstico. Otras veces es el paciente quien se encierra en sí mismo y evita por todos los medios la comunicación con los demás. Para la familia y amigos, esto último

puede ser una situación también difícil y dura, ya que no entienden la causa de este aislamiento que les impide poder compartir estos momentos difíciles con el paciente.

- **DEPENDENCIA**

Algunos adultos pueden delegar todas las responsabilidades en las personas más cercanas, dejando entrever que no pueden afrontar los problemas por sí solos. Es conveniente que la familia se muestre firme y que el paciente siga asumiendo algunas de las responsabilidades de las que se hacía cargo. Los pacientes necesitan ayuda y comprensión, no compasión ni sentirse inútiles.

- **DEPRESIÓN FRENTE A TRISTEZA**

Es normal que pacientes y familiares se encuentren tristes ante este diagnóstico. Sin embargo, hay que diferenciarlo de los episodios depresivos. Esta tristeza surge por los numerosos cambios en los hábitos diarios que tienen lugar durante la enfermedad así como por la incertidumbre del futuro.

La depresión no afecta a todos los pacientes diagnosticados de cáncer y, por lo tanto, el hecho de que un paciente se encuentre apenado o triste no necesariamente significa que sufra de una depresión mayor.

Es un hecho normal que, después de escuchar el diagnóstico (o también periódicamente, durante el tratamiento), el paciente experimente desazón o incluso desespero al no sentirse con la salud que antes disfrutaba.

Los pacientes pueden tener dificultad para conciliar el sueño, pérdida de apetito, ansiedad y miedo ante la incertidumbre del futuro. Estos síntomas y miedos suelen disminuir a medida que la persona acepta el diagnóstico.

VIDA EN PAREJA

Suele ocurrir, y es normal, que el impacto del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos y los forzosos cambios en la vida cotidiana afecten, en algunos momentos y en grado variable, a la afectividad y la sexualidad de la pareja.

Además de la palabra hablada y escrita nos comunicamos a través de los gestos, de la postura física, del tono de voz, o de los momentos que elegimos para hablar. Usted y su

pareja tienen que ser un gran equipo.

Recuerde que su pareja también sufre y puede experimentar entre otras cosas, miedo, rabia, negación, ansiedad ante el futuro etc.

Una buena y eficiente comunicación entre ambos va a ser elemento clave para mejorar sus relaciones y calidad de vida.

Al compartir honestamente sus pensamientos y sentimientos les ayudará a mejorar su relación de pareja.

Hay ocasiones en las que una persona necesita tomarse un tiempo para procesar sus preocupaciones y sentimientos a su manera y prefiere no comunicarse en ese momento: respétele y pregúntele si quiere hablar en otro momento. Y si se siente más cómoda/o hablando con otra persona o profesional, respételo también.

Algunas veces la mejor forma de comunicarse es simplemente escuchando: escuchar es también una forma de mostrar que estamos a su lado.

- Sexualidad

Muchas personas diagnosticadas de cáncer se preguntan en algún momento de su enfermedad hasta qué punto ella influirá en la sexualidad.

Es difícil predecirlo pero se debe tener en cuenta que los sentimientos juegan un papel importante en el comportamiento sexual.

No debemos olvidar que en la sexualidad están implicados diversos factores: biológicos, psicológicos y de conducta; por lo tanto cada persona va a definir su sexualidad según su edad, actitudes, creencias religiosas y bagaje cultural.

La comunicación con su pareja es importantísima: el simple hecho de comunicarle que siente menos interés por la actividad sexual debido a la enfermedad, hará que su pareja sepa cómo se siente y lo agradecerá, ya que de otra manera podría sentirse rechazado y culpable.

ALIVIAR EL DOLOR Y EL ESTRÉS, IMPORTANCIA DE LA AYUDA EMOCIONAL ANTE EL DOLOR

El dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que impide que la persona tenga una buena calidad de vida. La mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer tienen miedo a sufrirlo y siendo ello comprensible,

Hay que señalar que no todos los tipos de cáncer producen dolor.

En el caso de que haya dolor durante la enfermedad, éste puede ser causado por la propia enfermedad o ser un efecto secundario al tratamiento. Otras veces no estará relacionado ni con la propia enfermedad ni con el tratamiento.

El dolor puede ser constante o intermitente y variable en intensidad. En la percepción del dolor influyen muchos factores: la actividad neurosensorial alterada y otros factores orgánicos, las influencias culturales, la edad, el sexo, el estado de ánimo, el estrés, el nivel de actividad así como la utilización de tratamientos o técnicas para paliar el dolor.

- La equivocación de no comunicar el dolor:

A veces los propios pacientes cometen el error de no comunicar su dolor al médico por miedo a pensar que la medicación le va a crear adicción, por temor a los efectos secundarios o por creer que ya es normal el tener dolor.

- Métodos y técnicas no farmacológicas que le pueden ayudar a aliviar el estrés y el dolor

Existe una variedad de métodos útiles para paliar el estrés que produce la enfermedad así como los efectos secundarios originados por el tratamiento.

El dolor, la tensión muscular y la ansiedad están relacionados entre sí y tienden a autoalimentarse entre ellos.

Las técnicas de relajación ayudan a romper este círculo vicioso y a la vez aumentan la confianza del paciente para enfrentarse a diversos procesos.

Estas técnicas que se comentan a continuación NO sustituyen la medicación que el médico le ha prescrito.

Aunque muchas personas diagnosticadas de cáncer se han beneficiado de ellas y han experimentado alivio del dolor y disminución del estrés, sin embargo antes de realizarlas debe consultarlo con su médico.

- Entender que sus cambios emocionales ante el dolor son normales.
- Entender que un efectivo tratamiento del dolor mejora su calidad de vida.
- Adquirir mecanismos para gobernar las respuestas emocionales y aumentar su control personal.
- Adquirir habilidades sobre el uso de técnicas para aliviar el dolor (técnicas de relajación, etc.).
- Comprender que todo un equipo de profesionales actuará y orientará tanto al paciente como a la familia ante la presencia del dolor.

PROGRAMA DE AYUDA PARA LA MUJER MASTECTOMIZADA

El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional, tanto por la enfermedad como por los tratamientos en sí y los efectos que produce: son muchos los factores que están incidiendo en la mujer afectada y que no se reducen únicamente a la mastectomía.

Las mujeres afectadas suelen describir distintos momentos como especialmente críticos para ellas, a través del largo proceso médico que acarrea la enfermedad y que abarca también los momentos anteriores (diagnóstico de la enfermedad) y posteriores a la intervención quirúrgica, cuando tiene que enfrentarse de nuevo a la vida cotidiana.

Podemos establecer tres grandes grupos de problemas relacionados con el ajuste psicosocial de la mujer diagnosticada y operada de cáncer de mama:

- A nivel psicosocial: El diagnóstico y cirugía del cáncer de mama constituyen una fuente importante de malestar emocional, que se traduce fundamentalmente en problemas de ansiedad y depresión, que suelen aparecer en las fases iniciales de la enfermedad. A esto, se pueden sumar problemas referidos al daño en la autoestima e imagen corporal (a causa de la amputación parcial o total de la mama), miedos y preocupación ante la posible recidiva de la enfermedad, etc.

- A nivel social: Es frecuente también, como consecuencia de los aspectos anteriormente mencionados, la aparición de dificultades de ajuste social, principalmente en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja y sexuales; por lo tanto, la mujer suele presentar un

retramiento social y sexual, así como una reducción de sus actividades cotidianas y una excesiva focalización en los aspectos relacionados con su enfermedad.

- A nivel físico: Hay una elevada incidencia de linfedema (acumulación del fluido tisular que no puede ser drenado por vía linfática) a causa de la cirugía. Esta complicación va, a menudo, acompañada de debilidad en el brazo, rigidez, dolor, insensibilidad y limitación del movimiento que dificultan la rehabilitación de la mujer y, por lo tanto, reducen su calidad de vida

Por lo que este programa propone realizar las siguientes actividades:

- Intervención psicológica individual: Se pondrán en marcha cuando se detecte la necesidad o haya una demanda. El psicólogo podrá realizar sesiones de orientación, asesoramiento y/o terapia psicológica.

- Intervención psicológica en grupo: Son grupos de aprendizaje estructurados por módulos en los que se trabajan, dirigidos por un psicólogo, el estado de ánimo, la ansiedad, la imagen corporal, la sexualidad y la autoestima.

- Actividades de ocio y tiempo libre. Talleres ocupacionales y actividades culturales: Incluyen actividades formativas, recreativas y talleres ocupacionales, cuyo objetivo es favorecer la interacción social y aumentar la red social de las mujeres. Es un apoyo y complemento, en muchos casos necesario, al resto de acciones.

- Voluntariado testimonial: Son las mujeres que han afrontado positivamente su enfermedad y dan un adecuado testimonio de su proceso oncológico. Son un modelo adaptativo de afrontamiento para otras mujeres que han comenzado o continúan con la enfermedad.

- Intervención social: El trabajador social proporciona información de los recursos y/o tramita las ayudas sociales necesarias para solucionar las situaciones y demandas de las mujeres y sus familias.

- Rehabilitación del linfedema: El fisioterapeuta será quién tratará esta complicación del tratamiento quirúrgico, de esta manera quedaría cubierta de forma íntegra la rehabilitación de la paciente mastectomizada.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Reyes, R., Vargas, F., Sosa, D., Bello, Y. 2007 46(4). *Técnica de doble pedículo lateral en reconstrucción mamaria después de tumorectomía*. Revista: Revista Cubana de Cirugía. ISSN impreso: 0034-7493 ISSN electrónico: 1561-2945
- Rincón, E., Pérez, A., Borda, M. 2012 11(1) *impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama* Universitas Psychologica,
- Robles, S. (2001) *El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: informar sobre las opciones*. OPS/OMS. Washington.
- Link, J. (2008). *Cáncer de Mama y calidad de vida Alternativas*. España: Robinbook
- Chavarría, G. 2002 44(1) *Reconstrucción Mamaria con colgajo recto abdominal*. Revista: Acta Médica Costarricense. ISSN impreso: 0001-6002
- Escandón, M., Zepeda, J., Ibarra, S. 2013 18(2) *Complicaciones de la reconstrucción mamaria en pacientes oncológicas del Hospital Regional 1o de Octubre del ISSSTE* Revista: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. ISSN impreso: 1665-7330
- Marín, L., Martínez, F., Polanía, P.,| Silvio, R., Urbano, D., Quelal, K., Sánchez, M., Urbano, F.,| 2013 15(27) *Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama*, Pereira, Colombia 2010 Revista: Investigaciones Andina. ISSN impreso: 0124-8146
- Ocampo, J., Valdez, L., González, I., Andrade, P., Oblitas, A., García, O., 2011 XX (3) *Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama*. Revista: Revista Argentina de Clínica Psicológica. ISSN impreso: 0327-6716 ISSN electrónico: 1851-7951
- Artículo: Castillo, A., | 2008 7(3) *El CUIDADO CULTURAL DE ENFERMERIA. NECESIDAD Y RELEVANCIA*. Revista: Revista Habanera de Ciencias Médicas. ISSN electrónico: 1729-519X
- Ostiguín, R., Rivas-Herrera J., Vallejo, M., Crespo, S., 2012 30(1) *Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas*. Revista: Investigación y Educación en Enfermería ISSN impreso: 0120-5307 ISSN electrónico: 2216-0280