

**TEMAS
DE ACTUALIDAD**

DEL SABER... AL AUTOCUIDADO. UNA EXPERIENCIA

Clemencia Lombana Córdoba*

RESUMEN

Este artículo narra la vivencia de una enfermera desde el momento en que reconoce los primeros síntomas de enfermedad, durante el proceso de diagnóstico, en la fase de tratamiento a base de quimioterapia y las acciones de autocuidado desarrollados en búsqueda de una mejor calidad de vida.

ABSTRACT

This article narrates a nurse's experience from the time she recognizes the first symptoms of disease, throughout the process of diagnose, treatment with chemotherapy and the exercise of self-care, developed in quest of a better quality of life.

Descriptores: Actividades cotidianas. Autocuidado. Emociones. Quimioterapia. Relación médico paciente.

"La Enfermera hace por el paciente lo que el haría por sí mismo si tuviera el conocimiento, la capacidad o la habilidad para hacerlo"
Virginia Henderson

El autocuidado es un derecho humano que cada persona debe aprender a ejercer y a respetar en los demás en cualquier estado del ciclo vital o del proceso salud/enfermedad. En este sentido, el autocuidado es un reto para enfermería.

Si el potencial del autocuidado es la fortaleza de cada persona proteger su vida, cuidar

su propia salud y enfrentar la enfermedad o la muerte independientemente de las restricciones propias de la edad o de la condición física, psicológica o social, el personal de enfermería debe enfrentar la realidad de que el autocuidado es un derecho humano que cada persona debe aprender a ejercer y a respetar en los demás. En consecuencia, la intervención de enfermería debe ser facilitadora de la máxima expresión posible del potencial de autocuidado de cada paciente para lograr los objetivos de proteger o promover su salud y reducir la enfermedad.

El personal de enfermería es parte del equipo de salud; pero al asumir la responsabilidad del cuidado de enfermería, es la persona que

* Licenciada en Enfermería, Universidad Javeriana.

más estrechamente se relaciona con el paciente puesto que comparte con él su derecho al autocuidado. El desafío para enfermería, consiste entonces en permanecer en capacidad de personalizar la intervención con base en las necesidades individuales de cada paciente intercambiando información y destrezas técnicas, movilizándolo los recursos de salud para atender a sus necesidades, y capacitándolo para que pueda participar en la toma de las decisiones que inciden en su calidad de vida.

A través de este relato pretendo operacionalizar los conceptos anteriores, en mi propio plan de autocuidado a manera de ilustración de los requerimientos del cuidado de enfermería basados en las necesidades particulares de una persona, los cuales deben identificar la enfermera mediante una comunicación efectiva y una relación interpersonal eficiente complementadas con la información que proveen los exámenes clínicos y paraclínicos y los datos recolectados por otro personal de salud.

La experiencia de la salud y la enfermedad.

Un marco de referencia

Cuando se tiene una "enfermedad crónica" como en mi caso, un cáncer; se percibe la salud como una agradable sensación de ausencia de limitación para realizar libremente las actividades de la vida diaria y a la vez como la ausencia del sufrimiento que conlleva las restricciones, la incomodidad o el dolor que resulta de la enfermedad o de su tratamiento, independientemente del diagnóstico médico y de sus implicaciones en la esperanza de vida. En contraste, enfermar es una sensación desagradable de limitación por un sentimiento de malestar físico y ocasionalmente de fatiga, o por el sufrimiento que conlleva la incomodidad o el dolor por la enfermedad o su tratamiento. Pero Enfermar es también sentirse dependiente y aislado de otros física y socialmente en el más

amplio sentido: limitado para disponer libremente del tiempo, para elegir opciones, para participar en las decisiones que afectan la vida propia y para mantener la privacidad.

Por lo tanto, cuidarse a sí mismo significa ser autónomo para mantener la agradable sensación de la salud y evitar o reducir la desagradable sensación de malestar y sufrimiento que conllevan la enfermedad o el tratamiento. Entonces, lo que uno como paciente espera de los profesionales de salud, es recibir la información, las acciones, las herramientas y las destrezas para usarlas, de tal manera que le permitan enfrentar de la mejor manera posible la nueva situación física, emocional y social a la cual se ve abocado, para continuar con su modo de vida.

Las necesidades y los requerimientos del cuidado

Durante la vigencia de un cáncer hay fases de salud y de enfermedad. En ambas se hacen muy urgentes algunas de las necesidades habituales, dependiendo del estadio de la enfermedad y de la intervención de salud, mientras que otras dependen de las actitudes, creencias y valores personales del paciente y del personal de salud hacia la situación nueva.

Inicialmente, uno pasa por un proceso de adaptación sociofisiológica a la nueva situación. No se cuánto tiempo. Pero durante este período va uno tomando conciencia de estar enfermando... en mi caso particular de cáncer en algún órgano intraabdominal.

Creo que al finalizar de este período uno se enfrenta a las necesidades de aceptar enfermedad y de reconocer la propia incapacidad para afrontarla. Es como presentarse a un examen a sabiendas de que no se va a aprobar... en este momento se requiere información y la determinación de elegir un médico o por lo menos un centro de atención de salud, aceptar la oferta de recurso humano disponible y la elección unilateral

del personal que se encargará de la atención. Estas decisiones no son fáciles, particularmente para una enfermera, yo misma necesito ayuda para tomarlas.

A partir de este momento, la prioridad de necesidad cambia rápidamente y se hace muy apremiante la necesidad de reconocimiento de sí mismo.

Es una de las necesidades más difíciles de satisfacer porque exige una lucha constante que comienza con el diagnóstico y persiste durante todo el resto del tiempo. Como paciente uno siente el temor del médico y de las enfermeras a compartir la información. Creo que el mayor temor es la reacción emocional del paciente...

“Al igual que durante el proceso vital ocurren cambios corporales, psicoemocionales y sociales que pueden afrontarse mejor si uno los conoce y se prepara para aceptarlos como parte de sí mismos; una enfermedad los procedimientos diagnósticos y el tratamiento conlleva a cambios biológicos, fisiológicos y sociales que deben aceptarse y manejarse como parte de la vida diaria”

Pero creo que también hay temor a que si se le da toda la información al paciente se va a comportar de acuerdo a la cantidad de información y no de acuerdo a sus propios sentimientos... Otra razón podría ser que el paciente no está en condiciones de comprender la información técnica, pero en el fondo creo que depende de las creencias, las actitudes y los valores del personal de salud hacia la vida, la enfermedad y la muerte.

Uno tiene la sensación de que le dicen la verdad a medias y en cierta forma que uno es responsable de las limitaciones de la ciencia y la tecnología para abordar el problema. Esto lo lleva a buscar otras fuentes de información... son particularmente interesantes los escritos porque de alguna manera son una forma de comunicación que carece del componente afectivo de la comunicación oral y le permiten a uno reconocer sus signos

y síntomas, comprender las respuestas de su cuerpo y entender sus propias reacciones.

“Cuando el personal de salud sabe que el paciente tiene acceso a información que considera propia, se siente limitado o lo asume parte del equipo”

Acciones del autocuidado

1. Asistir sólo a la consulta.
2. Responder clara y concisamente el interrogatorio médico.
3. Participar en el examen físico.

“Como conclusión de la historia clínica el médico hace uno o varios diagnósticos preliminares y prescribe exámenes para confirmarlos o descartarlos”

4. Preguntar cual es el (los) diagnósticos(s) y su significado.
5. Preguntar acerca del plan de pruebas o procedimientos a seguir y sus implicaciones en cuanto a preparación, riesgos, costos, tiempo espera para obtener los resultados, así como el lugar y las personas más apropiadas para realizarlos.

“En el diagnóstico y el tratamiento es fundamental la interacción entre el paciente y el médico. La capacidad del paciente para describir su situación y la fidelidad de su memoria para recordar eventos relacionados es importante para enfocar el problema”

6. Preguntar como se puede aliviar transitoriamente los signos y los síntomas de la enfermedad.
7. Preguntar el diagnóstico definitivo, las alternativas de tratamiento y sus implicaciones en cuanto a riesgo, costos y tiempo esperado para lograr los objetivos así como el lugar y las personas que deben participar en la terapéutica, las responsabilidades que se espera que cada persona asuma y las que uno mis-

mo o su familia debe asumir y las implicaciones que tienen en la vida y la salud propias.

“La relación paciente/médico es personal y profesional. Cuando a criterio de uno o de otro se requiere la intervención de otros profesionales, deben acordar los términos de la intervención, la amplitud de la responsabilidad”

8. Expresar sus sentimientos frente al diagnóstico y a las implicaciones del tratamiento y las expectativas propias ante la atención de salud.

Como consecuencia de la interacción con el médico, surge para el paciente la necesidad de autodeterminación. Esto significa ejecutar libre y voluntariamente el plan diagnóstico y tratamiento asumiendo implicaciones personales y sociales.

No es fácil afrontar esta necesidad, porque uno es consciente de su incapacidad para resolver la situación y además no se cuenta con la información suficiente para tomar una buena decisión. Yo sentí pánico al pensar que iba a depender completamente de otros y por eso rechacé hospitalizarme. De hecho esto me permitió conocer todos los resultados de los exámenes, con excepción del diagnóstico patológico que remitió el laboratorio al médico. Escoger el momento y las personas apropiadas para hablar sobre mi problema. Comprender la causa del aumento de peso, del dolor abdominal y de espalda y la sensación de malestar, además me tomé la libertad de ajustar la preparación para los exámenes a mi tolerancia personal, al estrés físico, elegir los horarios más apropiados para tomar los medicamentos; comer los alimentos que siento que me caen bien y me gustan, mantener mi privacidad, escoger los servicios de salud que responden a mis expectativas. En fin he podido disfrutar de muchos privilegios que no tendría si no hubiese optado por el autocuidado. Sin embargo, siento que he perdido parte de mi libertad... no por causa de la enfermedad, sino por el

impacto que han tenido en mi vida el diagnóstico y el tratamiento.

Cuando el médico concluyó que yo tenía cáncer me remitió donde el oncólogo. Fue evidente que habían acordado un plan terapéutico y sentí que la visita al oncólogo fue simplemente un formalismo. Nunca he entendido porqué acepté el tratamiento; pero al terminar la primera sesión de quimioterapia tomé la decisión de no volver sin importar las consecuencias de mi determinación. Me sentí burlada por el médico tratante, por el oncólogo y por el personal de enfermería. La pérdida voluntaria de autonomía se siente como agresión y produce ira.

“Cuando no se involucran el paciente y la enfermera en el plan terapéutico, el paciente es un simple receptor y las actividades de enfermería se limitan a realizar procedimientos con mayor a menor destreza técnica”

Aún siendo enfermera, fue muy poco el contacto que tuve con servicios de oncología durante mi práctica y por esto compartí con muchos pacientes la desgracia de la desinformación y la carencia de un plan para reducir los efectos adversos de los citostáticos y de las demás drogas que se utilizan en las sesiones de quimioterapia.

“La capacidad de autocuidado depende de la cantidad de la información y del grado de sensación de malestar”

Recuerdo haber padecido cuatro días de una terrible enfermedad: hipotensión, mareo, náuseas y vómito, dolor de cabeza, dolor en el tórax y un dolor intenso en cada uno de los senos del cráneo, hipertensibilidad en toda la piel, estreñimiento, inflamación de todas las mucosas, particularmente en las encías y del recto, finalmente poliuria y como a los 10 días disminución progresiva de la distensión abdominal. Esta sensación de malestar reforzó mi determinación de interrumpir definitivamente el tratamiento.

Progresivamente he necesitado evaluar la relación costo/beneficio del tratamiento, aún cuando me cuesta reconocerlo, la quimioterapia me ha aliviado; pero al mismo tiempo interiormente me pregunto si seré capaz de enfrentarme voluntariamente cinco días o más cada quince días, si como es de esperarse la dosis de citostáticos se acumula. En fin, vivo un conflicto interno que inicialmente tuve que resolver en menos de tres semanas; pero que a medida que transcurre el tiempo cambia de paciencia y que persistirá mientras requiera atención médica.

“Cuando la intervención no se centra en la persona que la necesita, se reduce la eficiencia”

Para manejarlo, he necesitado en parte mucha información, en parte confrontar con familiares y amigos mis creencias y valores, y en parte confrontarme yo misma. Inicialmente, por sugerencia de una enfermera amiga, hablé con un cirujano que hizo su mejor esfuerzo por convencerme de los beneficios de la quimioterapia y de la excelencia del servicio de oncología del hospital. Ninguno de sus argumentos coincidieron con mi experiencia... decidí entonces revisar la literatura médica para poder escoger entre la enfermedad del cáncer y la enfermedad de la quimioterapia.

Fueron dos bibliotecólogas amigas con quienes por primera vez discutí mi conflicto y la urgencia de resolverlo. Ellas, sin escatimar esfuerzos pusieron a mi disposición las bases de datos y en un tiempo récord todos los documentos fuente que fui adquiriendo. Durante este proceso me di cuenta que casi no había recibido información médica... pero la que tenía fue suficiente para incursionar en las bases de datos de literatura médica.

En la literatura médica periódica corriente no encontré descrita la evolución natural de mi enfermedad, pero encontré estudios retrospectivos para establecer las respuestas de los pacientes a diferentes protocolos de tra-

tamiento, a los agentes citostáticos y a las drogas disponibles para reducir los efectos nocivos... Obtuve 260 referencias cuya lectura complementé con la de algunos artículos recientes que seleccioné. Con esta información pude saber el nombre del cáncer que tenía el pronóstico en cuanto a supervivencia y calidad de vida, los efectos de la ciclofosfamida y del carvoplatino, el estado del arte en el manejo y las razones probables de mi reacción a la primera sesión de quimioterapia.

“La información objetiva, suficiente y oportuna en respuesta a las necesidades del usuario es efectiva para la toma de decisiones”

En buena parte el problema estaba resuelto, pero me surgieron nuevas dudas... Si la experiencia con la quimioterapia era positiva, mi rechazo al tratamiento de cualquier tipo era por temor o era porque creía que el cáncer era la enfermedad de la cual me iba a morir?

“Las actitudes frente a la enfermedad o su tratamiento están condicionadas por la información, el conocimiento, las creencias, los valores y las experiencias personales”

¿Qué derecho tenía yo sobre mi propia vida?, ¿cuál era el sentido de mi vida? Solo la vida productiva socialmente tenía sentido?... Según la literatura médica el Pseudomixoma de Peritoneo es una enfermedad relativamente controlable con protocolos de manejo con medicamentos únicamente o combinados con cirugía, las técnicas de manejo farmacológico del cáncer están muy desarrolladas y el tratamiento quirúrgico ha progresado... ninguno es definitivo ni único... todos tienen más o menos ventajas y riesgos. Comprendí lo que hace algunos años no respondió quien hoy es mi oncólogo al hacerle estas mismas preguntas cuando le prescribió a mi papá el tratamiento... “el manejo oncológico no prolonga la vida de la persona pero definitivamente mejora la

calidad de vida"... me había quedado sin argumentos a parte de mi temor a enfermar... aceptaría un ciclo completo de quimioterapia dependiendo de la experiencia en la siguiente sesión... una operación, sólo si el beneficio para mi calidad de vida justificara plenamente el costo... La pésima experiencia con la quimioterapia había dependido de una mala calidad de atención.

En concordancia con estas conclusiones debía cambiar de oncólogo y de servicio de oncología. Tuve la suerte de hablar con otra enfermera que tiene cáncer y me dijo "a mi me paso lo mismo y siempre me he arrepentido de no haber tenido el valor de cambiar". Eso me dio el valor que me faltaba.

Cuando pienso cómo puede uno tomar tantas decisiones en medio de esta experiencia? soy más consciente del valor del privilegio de poder satisfacer mis necesidades afectivas y sociales al contar con el apoyo de mis amigos y de mi familia quienes de alguna manera me han dado las razones y el valor para enfrentarme a la nueva situación. Cada uno de ellos a su modo muy personal me han cuidado con afecto, compañía, diversión, trabajo, recursos financieros para asumir los costos del tratamiento, oportunidades de compartir diversas posiciones, frente a la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y la atención de salud. Me han convencido que tener cáncer, es una experiencia dura físicamente, pero muy enriquecedora desde el punto de vista humano y me han impulsado a reencontrar el sentido de la vida propia en función de los demás.

"Un paciente que conserva su libertad para mantener contacto con las personas con quien tiene vínculos afectivos, tiene mayor capacidad de autocuidado"

Hoy han transcurrido cinco meses durante los cuales he disfrutado la agradable sensación de la salud. Las consultas con el oncólogo se han convertido en el encuentro con un amigo que tiene la capacidad y la habili-

dad para mejorar mi calidad de vida, me encuentro realizada como persona adulta afectiva y laboralmente, la experiencia desagradable de la quimioterapia se ha reducido al control periódico de mi estado hematológico y renal y del seguimiento de los efectos de los citostáticos mediante niveles de CA 125 sérico y de la reducción de la ascitis, y a la venopunción, el frío intenso y el mareo durante la sesión de quimioterapia; las náuseas, la anemia y la leucopenia, la hipersensibilidad cutánea, olfatoria y gustativa posterior.

Gracias a ello he podido enfrentar la necesidad de ser socialmente aceptada, porque de pronto me he dado cuenta que hago parte de varios grupos marginales como el de personas que padecen "enfermedades catastróficas" desde el punto de vista social he perdido algunos privilegios laborales, financieros y de atención de salud entre otros. Comparto con los viejos, con los discapacitados física o intelectualmente, con los niños y con quienes no han tenido acceso al sistema educativo el ser "inútil o carga económica" dentro de la sociedad industrial; el estar inmunosuprimida, me liga con las personas que padecen SIDA. Adicionalmente por mi condición de mujer, el origen del cáncer está en el ovario, el endometrio, el cuello uterino o el seno. Pero de algo estoy segura, tengo derecho al voto y puede ser parte de la población objeto de una propuesta de gobierno.

"Los valores de la sociedad contemporánea se reflejan en sus normas y en sus productos"

También hacen parte del autocuidado las acciones que tienden a reducir el impacto físico del cáncer y de su tratamiento. Por una parte el tumor produce deformaciones corporales en el sitio donde se encuentra o a distancia, la quimioterapia provoca la caída del cabello y cambios en la coloración de la piel y la cirugía oncológica es ampliada y deja cicatrices muy poco estéticas. Los llamados efectos colaterales de los citostáticos agrupan todas las sensaciones desagradables

para el paciente y algunos fenómenos objetivos de disminución del crecimiento celular en todo el cuerpo. La literatura médica contiene información a partir de la cual se pueden establecer acciones de cuidado de enfermería que disminuyen los efectos colaterales de los citostáticos y que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas disminuyendo la sensación de malestar.

Desde el primer momento y de una manera no muy consciente surgió en mí una fuerte necesidad de preservar mi autoestima. En los momentos de enfermedad uno siente que ha perdido todo. Lo único que queda es el propio cuerpo y por eso debe cuidarse con esmero.

Siempre estuve segura que la caída del cabello sería otro factor determinante para abandonar la quimioterapia. El carboplatino y la ciclofosfamida produce caída del cabello en aproximadamente el 3% de los casos cada uno, lo cual significa que yo tenía un 6% de posibilidades de perder el cabello.

Después de la primera sesión de quimioterapia, noté que mi cabello había perdido plasticidad y cada vez me era más difícil manejarlo. cuando lo lavaba perdía muchísimo cabello que quedaba adherido a mis manos y a mis antebrazos. Fui al salón de belleza y pedí un corte que me permitiera manejar el cabello sin necesidad de utilizar secador, laca u otros productos químicos. Varias enfermeras me recomendaron utilizar "shampoo especial para pacientes con quimioterapia". La pérdida del cabello durante la quimioterapia es independiente del shampoo que se utilice porque se debe a la exposición prolongada a sustancias tóxicas y al debilitamiento de la raíz del cabello.

Me resultó útil reducir la frecuencia con la que me lavaba el cabello: una el día anterior a la sesión de quimioterapia y otra aproximadamente 10 días después. Puesto que las mayores concentraciones de droga en el cuerpo se mantienen durante los primeros 5

días. Antes de lavarme el cabello la víspera de la quimioterapia utilicé la tintura que acostumbraba y luego empleaba un shampoo a base de sábila (aloe vera), para cabello seco y maltratado y Rinse con la misma composición.

Observé que la caída del cabello ocurre principalmente durante el aseo del mismo, cuando se frota el cuero cabelludo y en las áreas que rozan contra superficies duras (zonas temporales) por lo tanto cambie mi cepillo por uno de cerdas muy separadas y blandas y la almohada por una sintética hecha a base de una entretela que popularmente se conoce como guata.

Al finalizar el ciclo de seis sesiones de quimioterapia creo haber perdido solamente el 40% del cabello principalmente en las regiones temporales de la cabeza y he notado una disminución proporcional del tamaño y la densidad de las cejas, de las pestañas y del vello de las axilas.

Los cambios en la coloración de la piel era otro aspecto de mi apariencia personal que me preocupaba. Ayunos citostáticos estimulan la producción de melanina que es responsable por la intensidad de la coloración de la piel, adicionalmente, en estados catabólicos como sucede en el cáncer también se estimula la producción de melanina, por lo tanto decidí protegerme del sol y mantener una buena nutrición a base de proteínas animales y frutas frescas. Estas medidas realmente surtieron el efecto deseado. Sin embargo, mi piel se tornó pálida como resultado de la anemia y la reducción de toda la masa celular sanguínea debido a la depresión de la médula ósea que es uno de los órganos cuya función normal se debilita por efecto del carboplatino y de la ciclofosfamida.

Cuando la depresión de la médula ósea fue severa 15 a 20 días después de la cuarta sesión de quimioterapia, mi piel se tornó amarilla probablemente por el aumento concomitante de las bilirrubinas sanguíneas. La

coloración de la piel cambió de nuevo al finalizar la aplicación de un estimulador de la hematopoyesis y de la granulocitosis y se ha mantenido después de las dos sesiones restantes de quimioterapia.

Durante el tratamiento fui siendo consciente que los cambios en la coloración de la piel dan la apariencia de mayor o menor enfermedad, particularmente los que comprometen la cara y recordando la frase de mi abuela "la joven se arregla para agradar y la vieja para no desagradar" decidí que era aplicable al sano y al enfermo, opte por maquillarme las uñas y seguir los consejos de mis amigas en cuanto a utilizar ropa de "colores favorecedores" evitando el amarillo, el verde y los colores tierra que resaltan la palidez, la ictericia y la coloración terrosa. Estas medidas surtieron efectos espectaculares en mí y las personas que estaban a mi alrededor no solamente me hacían sentir mejor, sino que pude sacudirme actitudes compasivas que me estaban asfixiando.

Otro efecto del cáncer o de su tratamiento que afecta la imagen corporal son los cambios de peso corporal que pueden ser de reducción o de aumento. La disminución del peso corporal es más reconocida. Puede deberse al ayuno prolongado, que requieren los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, o a sus secuencias. Pero también el peso corporal tiende a disminuir por el desequilibrio entre el aumento de las demandas de energía de las nuevas células que están en crecimiento y la ingesta, por alteraciones metabólicas particularmente de los carbohidratos, por la enfermedad misma que obstruye cualquier parte del tubo digestivo, o por los citostáticos que disminuyen el deseo de comer. Vale la pena anotar que el carboplatino deja un sabor metálico en la boca similar al que producen algunas mezclas empleadas en odontología para tratar caries dentales y que la ciclofosfamida deja un sabor dulzón que permanece varios días y hace que los alimentos pierdan su sabor. Hoy sin embargo, pienso que con frecuencia, la pérdida de

peso en las personas con cáncer se relaciona más con pérdidas muy importantes de líquidos corporales, causadas por la diarrea que producen algunos medios de contraste requeridos durante la etapa diagnóstica o de valoración, las náuseas, vómito y la diaforesis intensa que producen los citostáticos, algunos de los cuales también producen diarrea.

Aún cuando es menos reconocida existe también la posibilidad de aumentar de peso. Algunos tumores producen aumento de los líquidos u obstrucción de su flujo lo que se traduce en aumento de peso corporal. Además tanto el tratamiento quirúrgico como el tratamiento farmacológico modifica la distribución de líquidos corporales y coincidentalmente ambos tienden a producir aumento de peso. Los agentes citostáticos como la ciclofosfamida y el carboplatino alteran el equilibrio sodio/potasio, lo que se percibe en las primeras 12 horas como resequead de las mucosas, y posteriormente como edema de las mismas. A medida que progresa el ciclo de quimioterapia, aumenta el tiempo de estreñimiento y de disminución de la diéresis, lo que también se traduce en aumento del peso corporal. Si a esto se añade el que los citostáticos se eliminan por riñón y que por este hecho se pierde masa renal, no es de extrañar el aumento de peso, al menos durante un período de compensación. Vale la pena agregar que el aumento de peso asociado con edema pueden indicar insuficiencia cardíaca o hepática.

Las acciones de autocuidado fueron inicialmente la medición diaria del perímetro abdominal y el control de peso. No he encontrado relación entre ellas, pero la primera me fue muy útil para determinar cuándo podía volver a usar mi ropa, la segunda me ha sido útil para regular la ingesta de líquidos. Después de la segunda sesión de quimioterapia bajé 5 kg. Después de la tercera sesión aumenté 3 Kg. Luego mi peso ha ido estabilizando. Alrededor del décimo día, después de la sesión de quimioterapia baje 2 ó 3 kg., durante 3 ó 4 días y luego vuelvo al peso inicial.

Para disminuir las molestias relacionadas con la quimioterapia encontré un protocolo muy apropiado, consistente en la toma de por lo menos 1.500 cc de líquidos con electrolitos, adicionales a los ingeridos habitualmente, durante las 12 horas anteriores a la sesión de quimioterapia. Dentro de estos líquidos están el caldo casero, las bebidas para deportistas, o algunas presentaciones farmacéuticas de las sales de hidratación, el pedialite o el lactato de ringer (solución de Hartmann). Y continuar con por lo menos 1500 cc el día de la quimioterapia, adicionales a jugos de frutas frescas, sopas o caldos de verduras frescas.

***“La vivencia de la salud y de la enfermedad:
Una razón para la comunicación y la interacción
personal entre la enfermera y el paciente”***

El personal de enfermería tiene el privilegio de acceder a la información científico/tecno-

lógica de salud, la capacidad para comprenderla y el compromiso social de utilizarla en el cuidado de las personas. Esta es una forma de conocimiento deductivo muy útil particularmente si se tiene la habilidad de depurar información actualizada hasta extraer lo esencial para mejorar la calidad de vida a través del cuidado de enfermería. Esto permite que la enfermera pueda identificar y describir el estado del paciente, en términos de su relevancia para la intervención de enfermería utilizando para ello el lenguaje técnico que es como un idioma que utiliza el personal de salud para comunicarse entre sí. En contraste, el paciente tiene una forma inductiva de conocer su estado de salud o de enfermedad y está en capacidad de identificar y describir su estado en términos del impacto que este tiene sobre su calidad de vida empleando para ello el lenguaje llamado natural.