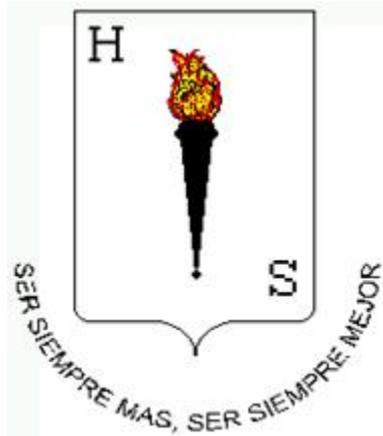


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA
DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Clave: 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE LA ENFERMERA ANTE LAS MUJERES
MASTECTOMIZADAS, DESDE EL ENFOQUE PSICOLÓGICO Y
PROFILÁCTICO.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARÍA NANCY GARCÍA GONZÁLEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA MICHOACÁN

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Agradezco el apoyo incondicional de mis padres, quienes siempre estuvieron conmigo en las buenas y en las malas durante todo este tiempo, por enseñarme el camino correcto siempre y darme la educación y el amor con el que cuento actualmente, por su gran esfuerzo por brindarme la oportunidad de estar aquí y cumplir mis sueños.

Simplemente les agradezco todo lo que tengo hoy...

También agradezco el apoyo que me dieron mis hermanos durante este camino, por sus consejos y sus bendiciones

Así como a mis maestros quienes impulsaron mis deseos de seguir adelante, por ofrecerme sus conocimientos

DEDICATORIAS:

A mis padres José Uriel García Pérez y Martina González Serrano, quienes estuvieron conmigo cuando más lo necesite, por todo el cariño, amor y comprensión de su parte...

A todos mis profesores que me dieron los conocimientos para salir adelante.

A mis compañeras y amigas por haberme apoyado en los momentos que lo necesite.

Y a todos los que hicieron posible esta meta de concluir con mis estudios.

Contenido

Introducción:.....	4
FUNDAMENTACION DEL TEMA:	4
1.2 IDENTIFICACION DE LA SITUACION-PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACION DE LA TESIS.....	5
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.....	5
1.5 OBJETIVOS:.....	6
1.5.1 GENERAL:.....	6
1.5.2 ESPECIFICO:.....	6
2. MARCO TEORICO:	6
2.1 Antecedentes del problema:	6
2.1.2. Cáncer:.....	6
2.1.3. Concepto de mama:.....	6
2.2. Historia:	7
2.3. TIPOS HISTOLÓGICOS.	8
2.4. Mastectomía profiláctica:	10
2.5. MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA.....	13
2.6. MASTECTOMIA PROFILACTICA:.....	16
2.7. Tratamiento.....	22
2.8. PLAN DE CUIDADOS A LA MUJER MASTECTOMIZADA.....	28
2.9. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	35
2.9.1. *CIRUGÍA: MASTECTOMÍA	36
2.10. CUIDADOS GENERALES DURANTE LA.....	37
3. METODOLOGIA.....	42
4. CONCLUSIONES:	42
5. ANEXOS:.....	43

Introducción:

Esta investigación está enfocada a los cuidados de enfermería ante las mujeres que sufren de cáncer de mama y necesitan una mastectomía, como ayudarlas a enfrentarlo, que no decaiga su autoestima. Como se visualizan ellas después de una mastectomía ya sea unilateral o bilateral, que más allá de ver por su salud ellas a veces se sienten confundidas ante tomar tal decisión. Mas sin embargo cuando se trata de una mastectomía profiláctica, ya sea porque cuentan con un alto factor de riesgo a tener cáncer de mama, deciden por una mastectomía total, después de asimilar la situación deciden hacerlo por su futuro encontrando una solución y pensando en una reconstrucción en un futuro después de la recuperación.

También se menciona lo que son los conceptos tanto de cáncer como de mastectomía, explicando de lo que trata. Así como también se tratara el enfrentamiento social ante esta situación. Proponiendo un plan de cuidados para la mujer con mastectomía, que requiere de apoyo emocional.

FUNDAMENTACION DEL TEMA:

1.1 DESCRIPCION DELA SITUACION-PROBLEMA

La mastectomía es una situación que afecta completamente a la mujer, afectando principalmente su salud y su estado de ánimo. Ya que se sienten mutiladas o con miedo a la apariencia; la mayoría de las mujeres enfocan este problema más en su apariencia, q ser observadas y a sentirse menos mujer.

Aunque algunas optan a esta práctica con fines profilácticos, debido a que ya cuentan con gran carga genética a padecer cáncer de mama.

Mas sin en cambio el deber enfermero a brindar orientación a estas mujeres sirve de gran ayuda ya que aún hay mujeres quienes desconocen acerca de esta enfermedad y al escuchar cáncer piensan en la muerte.

La mastectomía como profilaxis es una opción de tratamiento que aún muchas mujeres se niegan a perder un seno o ambos, por temor a que puedan sentir al observarse mutiladas, aparte de sentirse con autoestima baja también les es de importancia lo que pueda pensar o sentir su pareja sentimental, al observarlas así.

Entra en controversia si hacerlo o no hacerlo, si salvar sus vidas o morir así pero completas. Es una decisión personal de suma importancia para su elección oportuna.

1.2 IDENTIFICACION DE LA SITUACION-PROBLEMA

La pregunta de investigación documental es la siguiente:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería ante las mujeres con mastectomía desde el enfoque profiláctico y psicológico?

1.3 JUSTIFICACION DE LA TESIS

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

En principal lugar se justifica por que las mujeres quienes padecen cáncer de mama y requieren una mastectomía como tratamiento de su padecimiento, necesitan alguien quien las informe y las guie ante su recuperación, precisamente para no caer en una baja autoestima.

Así como las mujeres que cuentan con altos factores de riesgo a padecer cáncer de mama, y piensan en una mastectomía antes de serdiagnosticadas con cáncer d mama. Las mujeres que cuentan con carga genética

Los más significativos y confirmados en el caso de los BRCA's, son los anticonceptivos orales tomados durante 5 años, que pueden reducir el riesgo de cáncer de ovario hasta el 50%, aunque sus efectos sobre el cáncer de mama son contradictorios.

Los embarazos son un factor de riesgo en las mujeres portadoras de BRCA's al contrario de lo que ocurre en la población general. Esto se debe a que los BRCA's son genes que intervienen en la reparación del ADN y cuando están alterados disminuye su función provocando un mayor acúmulo de daño genético 9. En los embarazos aumenta la proliferación celular en mama

La exposición a rayos X es otro importante factor de riesgo. Se calcula que aquellas mujeres que han recibido al menos 5 placas de rayos y son portadoras de mutación en BRCA, tienen un riesgo tres veces superior al de aquellas mujeres con mutación que no han recibido radiación. Este riesgo es especialmente notable en las mujeres menores de 20 años, que llega a ser 5 veces superior.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en oncología, en la psicología y en la enfermería. Se ubica en oncología puesto que es la patología principal que requiere de una mastectomía, la cual conlleva a un sentimiento de pérdida y de baja autoestima por parte de la mujer, quien

se siente incompleta, mutilada y poco femenina. Y en enfermería, por todos los cuidados que se necesitan para atender este padecimiento

1.5 OBJETIVOS:

1.5.1 GENERAL:

describir cuáles son los cuidados de enfermería a pacientes con mastectomía

1.5.2 ESPECIFICO:

- Conocer cuál es la intervención de enfermería ante las mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama para brindar cuidados específicos del área de enfermería y que necesitan una mastectomía,
- Precisar cuáles son los cuidados específicos de enfermería desde el enfoque psicológico y a la vez profiláctico.

2. MARCO TEORICO:

2.1 Antecedentes del problema:

2.1.2. Cáncer:

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que proliferan sin control y se multiplican de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se somete a un tratamiento adecuado. Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer, los más frecuentes son los de piel, pulmón, mama y colorrectal.

2.1.3. Concepto de mama:

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer. Entre los múltiples factores de riesgo, se destaca el factor genético, como el antecedente familiar de carcinoma de mama, sobre todo en etapas anteriores a la menopausia. Dos genes, BRCA-1 y BRCA-2 parecen ser responsables de más de la mitad de los cánceres de mama hereditarios (MIR 03-04, 96).

Las patologías mamarias con riesgo aumentado de degenerar en cáncer de mama son la hiperplasia epitelial atípica y el carcinoma "in situ" (lobulillar y ductal).

El resto de factores de riesgo son más discutidos: dietas ricas en grasas, primer embarazo tardío, no lactancia, nuliparidad,

antecedentes personales de cáncer, sobre todo de endometrio, hormonoterapia sustitutiva o con anticonceptivos hormonales, exposición a radiaciones, inmunodepresión, etc. No está demostrada su asociación a bajo estado socioeconómico

La mama femenina ha sido, es y será una parte fundamental en la mujer, tanto desde el punto de vista estético-sexual, fisiológico- Nutritivo y de sufrimiento, sin perder de vista el aspecto religioso

La mama es un órgano externo que tiene la función de amamantamiento, representación de la femineidad y base de erotismo, por eso la mastectomía distorsiona la imagen que la mujer tiene de sí misma, haciéndola sentir mutilada, deforme e incompleta, supone una importante agresión física, estética y psicológica, que puede dejarle graves secuelas. A su vez la sombra amenazante del cáncer la lleva a destruir ilusiones, esperanzas y futuro.(E.A.S.E. Estela Hernández Hernández.)

El cáncer de mama es la primera causa de muerte en el mundo, le sigue el cáncer de pulmón y posteriormente el cáncer cervico-uterino. Este tipo de cáncer puede ser tratado algunas veces sólo con radiación, pero en la mayoría de los casos debe ser extirpado quirúrgicamente. Las pacientes con cáncer de mama presentan una serie de diagnósticos de enfermería, los cuales requieren de cuidados.

La palabra mastectomía proviene del griego mastos, que significa mama y ektomée, que significa extirpación, es decir, “extirpación de la glándula mamaria”. El tratamiento más o menos agresivo del cáncer de mama a lo largo de la historia lo podemos plantear de acuerdo con el concepto que se tenía de la enfermedad, distinguiendo entre la etapa local, la locorregional y la sistémica³⁻⁵.

2.2. Historia:

En la antigüedad, se consideraba el cáncer de mama como un proceso local, de ahí que el empleo de la mastectomía en el tratamiento de lo que hoy conocemos como cáncer de mama era la única opción terapéutica.

Se puede decir que el cáncer de mama es tan antiguo como la humanidad, lo mismo que la mastectomía. Así, en papiros egipcios, como el de Nínive (2250 a.C.), se hace referencia a mastectomías. Posteriormente, Celso, en el siglo I a.C. y Galeno, en el siglo I d.C., hablan de extirpación por tejido sano.

En la medicina árabe (siglos IX y X) Rhazes describe la mastectomía, indicando que “debe hacerse sólo si es posible extirpar toda la mama y cauterizar los bordes”

2.3. TIPOS HISTOLÓGICOS.

La OMS clasifica el cáncer de mama según su lugar de origen (ductales o lobulillar) o su carácter (in situ o invasivo) y por su patrón estructural. El tipo histológico más frecuente es el ca. canalicular invasor o ductal infiltrante (MIR 02-03, 242). El carcinoma lobulillar "in situ" tiene carácter bilateral y multicéntrico. El tumor de mama típicamente bilateral es el lobulillar.

La localización más frecuente es en cuadrantes superoexternos

Vías de diseminación.

Disemina tan fácilmente que se considera una enfermedad sistémica desde que sobrepasa la membrana interna (si el tumor está en cuadrantes internos), y en tercer lugar, los supraclaviculares.

Metástasis. Las metástasis pulmonares son las más frecuentes. Se ha descrito un patrón diferente de metástasis sistémica asociado al carcinoma lobulillar infiltrante. Es más frecuente en este tipo de cáncer la afectación de la serosa peritoneal, retroperitoneo, tracto gastrointestinal y órganos genitales, pudiendo producirse la metástasis muchos años después del tumor primitivo mamario. La afectación de leptomeninges es especialmente frecuente en el cáncer lobulillar (MIR 01-02, 249).

El cáncer de mama constituye la primera causa de metástasis en hueso, encéfalo y ojo basal.

Diseminación linfática. Es la principal. Los grupos más frecuentemente afectados son los axilares homolaterales (si el tumor está en un cuadrante externo), los de la cadena mamaria

La historia personal de cáncer de mama es un factor de riesgo conocido desde hace tiempo para el desarrollo de un nuevo cáncer de mama primario. Los estudios de seguimiento a largo plazo en las mujeres con cáncer de mama en estadios I y II informan de un riesgo de cáncer de mama contralateral de aproximadamente el 1% por año, con un riesgo acumulado del 17% a los 20 años después de

Diagnóstico del primer cáncer de mama. El riesgo de un segundo cáncer de mama es mucho más alto en las mujeres con historia familiar fuerte del tumor: hasta del 35% 16 años después del diagnóstico del cáncer primario

En las mujeres con mutaciones de los genes BRCA1 y

BRCA2, el riesgo del cáncer de mama contralateral es muy alto: entre el 12 y el 31% a los 5 años después del diagnóstico del primer cáncer, y llegó al 39% a los 15 años en un estudio sobre portadoras de BRCA sometidas a tratamiento con conservación de la mama

Entre las demás variables asociadas con riesgo aumentado de cáncer de mama contralateral se incluyen historia familiar, cáncer de mama primario multicéntrico, historia de radioterapia para el primer cáncer de mama, neoplasia lobulillar y patología ipsolateral adicional de alto riesgo. No está clara la relación entre la edad al establecer el diagnóstico y el riesgo de cáncer de mama contralateral; dos estudios mostraron un riesgo aumentado en las mujeres jóvenes mientras que otro estudio demostró lo contrario.

Las pacientes diagnosticadas recientemente de cáncer de mama que presentan esas características tienen un riesgo más alto de desarrollar cáncer en la mama contralateral, y la MPC puede ser una opción razonable para ellas.

Los factores asociados con un aumento general del riesgo de cáncer de mama (aunque el riesgo absoluto sea más bajo que en los grupos descritos más arriba) incluyen carcinoma lobulillar in situ (CLIS), hiperplasia atípica y densidad mamaria aumentada. El hallazgo de hiperplasia atípica en la biopsia quirúrgica de mama (preferiblemente confirmada por un anatomopatólogo especializado) se asocia con un riesgo relativo de cáncer de mama cuatro o cinco veces mayor que el correspondiente a la población general en las cohortes estudiadas retrospectivamente.

Las mujeres con mamas fibroglandulares densas, difíciles de evaluar mamográfica y clínicamente, plantean un reto para la valoración clínica y la detección del cáncer de mama. El aumento de la densidad mamográfica se asocia con un riesgo aumentado de cáncer de mama, así como de la identificación de un cáncer en el intervalo entre las evaluaciones.

En consecuencia, las mujeres con tejido mamario denso e histología de alto riesgo o historia familiar de cáncer de mama, quizás deseen someterse a MP por temor al fracaso de la detección con las modalidades estándar de estudio por imagen.

Es más frecuente en este tipo de cáncer la afectación de la serosa peritoneal, retroperitoneo, tracto gastrointestinal y órganos genitales, pudiendo producirse la metástasis muchos años después del tumor primitivo mamario. La afectación de leptomeninges es especialmente frecuente en el cáncer lobulillar (MIR 01-02, 249).

El cáncer de mama constituye la primera causa de metástasis en hueso, encéfalo y ojo.

Modelo de actuación de los Genes Supresores de Tumores. El hijo hereda de su madre una copia mutada del gen, que se encontrará de manera constitucional en todas sus células; la copia "sana" heredada del padre, es suficiente para mantener la función. En la célula tumoral se produce una pérdida de heterocigosidad que conlleva una inactivación total del gen.

2.4. Mastectomía profiláctica:

¿Qué es una mastectomía profiláctica?

Profilaxis: el diccionario médico en el 2011 describe la profilaxis como un conjunto de técnicas, medios y procedimientos que permiten prevenir la aparición de las enfermedades.

Una mastectomía profiláctica (también llamada mastectomía preventiva) reduce el riesgo de que mujer tenga cáncer de seno quitando quirúrgicamente los senos aún antes de que el cáncer se haya descubierto.

Después de hablar con su proveedor de servicios de salud, es posible que una mujer elija someterse a una mastectomía profiláctica si:

- ha tenido cáncer en un seno y desea minimizar sus probabilidades de tener cáncer en el otro seno
- ha tenido una biopsia que muestra carcinoma lobulillar in situ (LCIS en inglés)
- tiene una mutación genética, lo cual hace que aumente su probabilidad de tener cáncer de seno.
- tiene firmes antecedentes familiares de cáncer de seno

Su doctor puede hablarle acerca de la mastectomía profiláctica, pero usted debe tomar la decisión sólo después de haber analizado todos los factores.

Como cualquier otra cirugía, puede ser que después del procedimiento experimente algunos efectos secundarios. Para más información por favor refiérase a la hoja de información titulada La cirugía del seno. Opciones después de la cirugía Después de una mastectomía profiláctica, una mujer puede escoger el hacerse la reconstrucción de sus senos.

La reconstrucción involucra cirugía plástica para restaurar la apariencia y forma del seno después de que ha sido quitado. Si usted está interesada en la reconstrucción, pídale a su doctor más información.

Obtenga varias opiniones sobre las opciones de cirugía plástica y déjele saber a su doctor cuál prefiere.

Factores de mal pronóstico.

- Número de ganglios afectados: es el más importante como elemento pronóstico (MIR 00-01, 167; MIR 04-05, 179).
- Tamaño tumoral mayor de 2 cm.
- Edad menor de 35 años.

- Grado histológico G2 (moderadamente diferenciado) o G3 (poco diferenciado).
- Cáncer fijoaxilar y/o costilla.
- Infiltración cutánea.
- Multicentricidad.
- Invasión vascular o linfática.
- Actividad aumentada de la angiogénesis.
- Componente intraductal extenso (alto riesgo de recidiva local en cirugía conservadora).
- Borde escaso o afecto.
- Receptores estrogénicos negativos: la presencia de receptores estrogénicos predice buena respuesta a la terapia hormonal, por lo que su ausencia es signo de mal pronóstico (MIR 03-04, 92).
- Cáncer inflamatorio.
- Comedocarcinoma.
- Alteración del oncogén c-erb B2 y del gen supresor tumoral p-53. (El ERBB2 ó HER-2 es un oncogén implicado en la patogénesis del cáncer de mama. Se utiliza actualmente como una diana terapéutica mediante un anticuerpo monoclonal, llamado trastuzumab, que es específico frente a este oncogén)(MIR 04-05, 177).
- Gestación.

17

Diagnóstico precoz.

Las técnicas utilizadas para el diagnóstico de la patología mamaria incluyen:

Autoexploración mamaria. No ha demostrado utilidad en la disminución de la mortalidad.

Exploración clínica. Hay que palpar la mama y las áreas linfáticas. Son signos sospechosos de malignidad: un nódulo duro, fijo y de contorno irregular, la retracción de la piel o del pezón, la secreción sanguinolenta y unilateral y la presencia de adenopatías duras, fijas y homolaterales.

Mamografía. Es hoy el método imprescindible en el diagnóstico precoz del cáncer de mama (MIR 01-02, 176). Se consideran signos mamográficos de posible malignidad:

- Presencia de un nódulo denso, espiculado, de bordes imprecisos con retracción de la piel o edema cutáneo. Este edema es debido al bloqueo de los linfáticos subdérmicos por las células cancerosas; a veces este hallazgo es observado más precozmente que en la exploración clínica, cuya manifestación es la típica piel de naranja.

- Cinco o más microcalcificaciones agrupadas anárquicamente, no diseminadas, lineales o ramificadas y de tamaño simétrico. Las microcalcificaciones son el signo sospechoso de malignidad que aparece más precozmente en la mamografía

- Pérdida de la arquitectura y desestructuración del tejido mamario.

- Densidades focales asimétricas.

En general, se recomienda la realización de mamografías de screening a partir de los 40 años, en cuanto a la periodicidad (tema controvertido) lo más aceptado es anualmente entre los 40 y 50 años y bianual a partir de los 50 años

Ecografía. Es más eficaz en mujeres jóvenes. Se debe sospechar malignidad ante una imagen ecográfica sólida, irregular, hipoecogénica o heterogénea con bordes mal definidos y pérdida del eco posterior.

Punción aspiración con aguja fina. Ante toda sospecha de patología mamaria, se debe practicar una PAAF con estudio citológico del material obtenido. Es una prueba económica, con pocas complicaciones y gran valor diagnóstico.

Biopsia con aguja gruesa ("Core-biopsia"). No precisa patólogos especialmente entrenados como ocurre con la PAAF, y permite distinguir las formas invasoras

de las no invasoras. En tumores muy pequeños permite la extirpación de la lesión con márgenes libres.

Biopsia. Nos da el diagnóstico definitivo. Debe realizarse a toda mujer con sospecha de cáncer de mama. Se puede realizar de manera ambulatoria en caso de tumores grandes, o, lo que es habitual, en quirófano bajo anestesia general, enviando parte del tumor para estudio de receptores hormonales. En el caso de tumores visibles por mamografía pero no palpables, podemos practicar la biopsia con arpón y posponer la cirugía hasta obtener el resultado histológico.

Después de la mastectomía profiláctica, ¿todavía hay riesgo de desarrollar cáncer de seno?

La respuesta es sí. Aunque ésta reduce en gran medida sus probabilidades de tener cáncer de seno, no es una garantía de que nunca lo vaya a tener. Es casi imposible quitar todo el tejido mamario. Aunque no sea probable, el cáncer todavía puede desarrollarse en el tejido que quedó sobre la pared torácica o en el área de la axila.

Por esto es tan importante el hacer citas de seguimiento y exámenes de los senos periódicamente después de la cirugía, con el fin de asegurarse que cualquier cáncer de seno se detecte en una etapa temprana. Eficacia de la mastectomía profiláctica.

Las mujeres que eligen la MP bilateral y la contralateral son diferentes en cuanto a características y los objetivos para la cirugía de reducción del riesgo. Así pues, se presenta por separado la eficacia de esas dos intervenciones preventivas.

2.5. MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA

Impacto de la mastectomía profiláctica bilateral sobre la incidencia de cáncer de mama En portadoras del gen BRCA, tres estudios confirman que la MPB reduce la incidencia de cáncer de mama. Meijers-Heijboer et al realizaron un estudio prospectivo en 139 portadoras de las mutaciones BRCA1 o BRCA2.

Fueron sometidas a MPB 76 mujeres, y 63 permanecieron bajo seguimiento estricto. No apareció ningún cáncer de mama (reducción del 100%) en el grupo MPB tras un seguimiento medio de 2,9 años; sin embargo, el efecto de reducción del riesgo de la MPB en este estudio no se puede separar del efecto de la salpingooforectomía profiláctica (SOP), que también ha demostrado un efecto reductor del riesgo (descrito más adelante en «Alternativas a la mastectomía profiláctica para reducir el riesgo»).

En el estudio de Meijers-Heijboers, una proporción estadísticamente mayor de mujeres del grupo MPB fue sometida a SOP antes de la menopausia (58%), en comparación con el grupo de seguimiento (38%). Hartmann et al no encontraron cáncer de mama tras un seguimiento medio de 13,4 años en 26 mujeres con mutaciones BRCA sometidas a MPB.

Con el uso de varios modelos estadísticos, la reducción del riesgo relativo atribuido a la MPB se estimó entre el 85 y el 100%. En el estudio más reciente de Rebbeck et al, Observation of Surgical Endpoints (PROSE), 105 portadoras de BRCA fueron seguidas prospectivamente después de la MPB, y comparadas con 378 controles BRCA semejantes no sometidas a la intervención.

Tras un seguimiento medio de 6,4 años, se diagnosticó cáncer de mama en dos (1,9%) mujeres del grupo MPB y en 184 (48,7%) controles. En este estudio, los casos y los controles se emparejaron sobre la base de la SOP, con una reducción del riesgo relativo de cáncer de mama del 95% en las sometidas a SOP, y del 90% en la que conservaban intactos los ovarios. En conjunto, estos estudios confirman una reducción del 90 al 95% del riesgo de cáncer de mama después de la MPB en las portadoras de mutaciones del gen BRCA.

Varios estudios proporcionan pruebas de la eficacia de la MPB en las mujeres de alto riesgo con independencia del estado BRCA. Hartmann et al estudiaron retrospectivamente la MPB en mujeres de alto riesgo sobre la base de una historia familiar positiva de cáncer de mama. En su serie de 639 mujeres reunida entre 1960 y 1993, el 90% fueron sometidas a mastectomía subcutánea bilateral con conservación del complejo pezón-areola (CPA), mientras que el complejo fue eliminado en el 10% restante.

La cohorte fue dividida en un grupo con alto riesgo y otro con riesgo moderado, y la incidencia de cáncer de mama en esos grupos se comparó con la de un grupo control compuesto por hermanas de las pacientes no sometidas a MPB

Con un seguimiento medio de 14 años, la incidencia de cáncer de mama se había reducido en el 90 al 94% en el grupo de alto riesgo, y en el 90% en el grupo con riesgo moderado. No existió diferencia estadísticamente significativa de la incidencia de cáncer de mama, basada en la conservación o la eliminación del CPA. La eficacia de la MPB en la práctica comunitaria fue evaluada en un estudio basado en la población realizado por Geiger.

En este estudio retrospectivo de cohortes de casos, la MPB redujo el riesgo de cáncer de mama en el 95%, aunque el riesgo absoluto de ese tipo de cáncer fue bajo en la población control (4%). Borgen et al también encontraron una reducción efectiva del riesgo por la MPB, con una incidencia inferior al 1% de 320 SHAHEEN ZAKARIA Y AMY C. DEGNIM cáncer de mama tras 14,8 años de seguimiento medio entre 170 mujeres sometidas a la intervención.

A pesar de estas reducciones importantes de la incidencia de cáncer de mama después de la MPB, es conveniente destacar que tanto los médicos como las pacientes deben saber que el cáncer de mama puede producirse después de la cirugía para reducción del riesgo. Numerosos informes de casos publicados en la literatura médica se añaden a las pequeñas tasas de fracaso descritas más arriba, con intervalos hasta el diagnóstico del cáncer variables entre 3 y 42 años después de la cirugía.

Las mujeres que consideran la mastectomía profiláctica deben ser informadas con claridad sobre la posibilidad persistente a largo plazo de desarrollar un cáncer de mama después de la MP. Impacto de la mastectomía profiláctica bilateral sobre la supervivencia

No existen datos para confirmar una mejoría de la supervivencia global en las pacientes sometidas a MPB para la prevención del cáncer, en comparación con mujeres de riesgo similar no intervenidas. Aunque los estudios sobre MPB en portadoras de BRCA demuestran con

claridad la disminución de la aparición del cáncer de mama, todavía no existen ensayos clínicos prospectivos que confirmen una ventaja de supervivencia global estadísticamente significativa atribuible a la intervención.

Entre mujeres con historia familiar pero estado BRCA desconocido, el estudio de Hartmann et al demostró la disminución de la mortalidad específica de la enfermedad después de la MPB, con una reducción entre el 81 y el 94% de la mortalidad por cáncer de mama en el grupo de alto riesgo, y una reducción del 100% de la mortalidad por cáncer de mama en el grupo con riesgo moderado.

A pesar del riesgo de cáncer de mama a lo largo de la vida en las portadoras del gen BRCA, con métodos de detección modernos y tratamientos eficaces para el cáncer de mama, es razonable plantearse si la prevención del cáncer de mama se traduce realmente en una supervivencia mejorada. En 1997, Schrag et al usaron un modelo teórico para estimar el incremento en la supervivencia en portadoras del gen BRCA sometidas a cirugía de reducción del riesgo.

Los autores calcularon que, como media, una portadora de la mutación BRCA1 o la BRCA2 de 30 años ganaría de 2,9 a 5,3 años de esperanza de vida con la MP, y entre 0,3 y 1,7 años con la SOP. Más recientemente, un análisis similar de Grann et al también comunicó mejorías en la supervivencia de 3,5 años para la mastectomía

profiláctica, y de 4,9 años con la MPB y la SOP. En ambos estudios, las mejorías en la esperanza de vida disminuyeron con la edad, y fueron mínimas para las mujeres con más de 60 años. En cohortes clínicas prospectivas y en los modelos teóricos descritos anteriormente, sugiere que la MPB reduce la incidencia de cáncer de mama y, probablemente, mejora la longevidad en las portadoras del gen BRCA.

2.6. MASTECTOMIA PROFILACTICA:

Los métodos de prevención del cáncer de mama, en mujeres con riesgo elevado de padecer la enfermedad, incluyen el seguimiento estricto, la quimioprevención y la cirugía.

Las mujeres deben tener en cuenta su verdadero riesgo de desarrollar cáncer de mama y las limitaciones de las pruebas actuales al considerar la mastectomía profiláctica.

La extracción quirúrgica de ambas mamas para prevenir el cáncer de mama (mastectomía profiláctica bilateral o BPM) puede reducir la incidencia de cáncer de mama y mejorar la supervivencia en mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de mama, pero los estudios presentan limitaciones metodológicas. Después de la BPM, la mayoría

está satisfecha con su decisión, pero está menos satisfecha con los resultados estéticos e imagen corporal. Muchas requieren cirugías adicionales. La mayoría experimenta una menor preocupación en relación con el cáncer, pero dado que las mujeres sobrestiman su riesgo de padecer cáncer de mama, deben comprender su verdadero riesgo al considerar la BPM.

En mujeres que padecieron cáncer en una mama (y, por lo tanto, corren un mayor riesgo de desarrollar un cáncer primario en la otra mama), extirpar la otra mama puede reducir la incidencia de cáncer en ella, pero no existen pruebas suficientes de que esto mejora la supervivencia.

Las mujeres de alto riesgo que no tienen antecedentes personales de cáncer de mama pueden considerar la mastectomía profiláctica bilateral (BPM) como un medio de prevención primaria.

Asimismo, las mujeres con diagnóstico previo de cáncer de mama en una mama y, por lo tanto, con mayor riesgo de desarrollar cáncer primario en la otra, o en la mama contralateral, pueden considerar la mastectomía profiláctica de dicha mama (mastectomía profiláctica contralateral o CPM) como una opción para prevenir la aparición de un segundo cáncer de mama.

Anteriormente, la mastectomía profiláctica se realizaba en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, mamas dolorosas, fobia al cáncer y antecedentes de biopsias mamarias (con o sin enfermedad proliferativa).

Recientemente, la consideración del procedimiento ha tendido a centrarse en mujeres con alto riesgo determinado por la presencia de mutaciones genéticas identificadas de los genes BRCA1 o BRCA2, asociados a un incremento en el riesgo del cáncer de mama o, por los modelos estadísticos del riesgo como el modelo Gail (Gail 1994) u otros métodos de estimación de la sensibilidad.

La mayoría de los datos utilizados en esta revisión no permitieron la identificación de subgrupos mediante pruebas genéticas.

La mastectomía profiláctica sigue siendo polémica como medida preventiva. Los beneficios potenciales incluyen una reducción del riesgo del cáncer de mama y tranquilidad psicológica. Las desventajas potenciales incluyen la invasión del procedimiento y la consecuente morbilidad.

Con anterioridad, muchas cirugías de la PM eran mastectomías subcutáneas y preservaban el complejo de pezón-aréola. En la actualidad, la norma es realizar mastectomías totales, en las que se extrae todo el tejido, el pezón y la aréola.

Existe una paradoja en la cual el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama invasivo se ha convertido en menos radical, la mayoría de las mujeres optan por la conservación de la mama, si bien la amputación de la mama se utiliza para la prevención de cáncer de mama.

Además, la mastectomía no puede eliminar todo el tejido mamario y, por consiguiente, no puede eliminar todo el riesgo de cáncer de mama, aún si esta cirugía demuestra ser efectiva en la reducción del riesgo. Además, la mastectomía profiláctica puede causar una morbilidad física significativa o afectar la calidad de vida de las mujeres.

Además, dado que no hay pruebas disponibles que puedan determinar qué mujeres con "alto riesgo" desarrollarán realmente cáncer de mama en la ausencia del procedimiento, es probable que muchos individuos sean sometidos a la PM sin necesidad.

Asimismo, la mastectomía profiláctica no es la única opción para las mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de mama. Otras opciones posibles, de eficacia demostrada variable, incluyen la quimioprevención con fármacos como el tamoxifeno (Fisher 1998), la supervisión frecuente con exámenes clínicos frecuentes y estudios de imágenes.

Cáncer de mama hereditario

- El 80 –90% de los casos se corresponden con mutaciones BRCA1/2.
- Otros síndromes hereditarios con cáncer de mama son:
 - Sd. Cowden (mutación en gen PTEN).-Sd. Li –Fraumeni (mutación en TP53).-Sd. Peutz –Jeghers (mutación en STK11).-Ataxia –teleangiectasia (mutación en ATM).

Identificación de pacientes con cáncer de mama familiar:

Criterios:

- Dos o más familiares de primer grado con cáncer de mama.
- Unfamiliardeprimergradoconcáncerdemamayunadelassiguientescondiciones:
 - Diagnóstico antes de los 40 años.-Cáncer de mama bilateral.-Cáncer maligno extra mamario, sincrónico o no.

2.6.1 Seguimiento

La vigilancia habitual para mujeres de alto riesgo consiste en el examen físico y la mamografía anual a partir de los 30 años. La alta densidad de la mama en estas mujeres hace que no sea infrecuente el hallazgo de tumores en un estadio más avanzado del deseado. Por el momento, no se contempla la determinación periódica de marcadores tumorales

- Autoexploración y exploración ginecológica •Ecografía •Mamografía
Resonancia magnética

Desde los 20

Mensual –semestral

Mejora de morbi-mortalidad no probada Desde los 25 Semestral

Muchos falsos positivos. Desde los 25 Anual

Estudios controvertidos sobre su utilidad en portadoras de BRCA1/2. Desde los 25 Años

Sensibilidad mayor, pero alto precio.

Discutir previamente las consecuencias posibles de los resultados, y sus efectos en la vida de la paciente y sus familiares.

• Consejo genético. Seguimiento BRCA1/2 POSITIVO: -Mayor riesgo de cáncer de mama y ovario. -Implicaciones familiares. -Acciones a tomar. BRCA1/2 NEGATIVO: -En familia con mutación conocida: no portadora. -En mujer con cáncer de mama: cáncer esporádico o mutaciones de otros genes

Terapia hormonal: Tamoxifeno: antiestrógeno.

• Reduce el riesgo de cáncer de mama en un 50–70%.

• En mujeres que han sufrido cáncer de mama reduce el cáncer en la mama contralateral en un 75%.

Cirugía profiláctica: utilidad

Hartman et al. siguió a 639 mujeres con alto riesgo de cáncer de mama durante 33 años.

– Reducción del riesgo sobre grupo control:

90%

• Mastectomía total En la mastectomía total el proceso es idéntico al habitual, con extirpación del rombo de piel

Mastectomía subcutánea Se preserva tanta piel como sea posible, preparando la mama para la subsiguiente reconstrucción. Mejores resultados estéticos.

Mastectomía subcutánea:

Se extrae todo el tejido glandular y adiposo, dejando suficiente capa cutánea.

(Incidencia de necrosis de colgajo cutáneo: 11%)

La MSC se puede combinar con biopsia del ganglio centinela o linfadenectomía.

La mastectomía preventiva ES una posibilidad profiláctica en pacientes en riesgo de desarrollar un cáncer de mama.

• Su eficacia como prevención es innegable.

• Identificar a las posibles candidatas.

- Sopesar y decidir con ella (y su familia) las todas las posibilidades al alcance, sus riesgos, beneficios...
- Apoyo psicológico.

Criterios:

- Dos o más familiares de primer grado con cáncer de mama.
- Unfamiliardeprimergradoconcáncerdemamayunadelassiguientescondiciones:
-Diagnóstico antes de los 40 años.-Cáncer de mama bilateral.-Cáncer maligno extramamario, sincrónico o no.Mastectomía Profiláctica Identificación de pacientes con cáncer de mama FAMILIAR

Elriesgosecalculamediante modelosestadísticos cuantitativos, creados a partir de estudios con muchos sujetos:

- Modelo GAIL.
- Modelo CLAUS.
- Otros: Couch, Shattuck-Eidens, Frank, BRCAPRO

En el caso del cáncer de mama, que también ha experimentado un incremento importante, la ausencia de acciones preventivas y de diagnóstico temprano se complica por la existencia de numerosos prejuicios, entre los que se destacan el “pudor” de muchas mujeres quienes se ven impedidas a esconder o negar cualquier manifestación anormal que afecte su “intimidad” sexual.

Esto se refleja en el hecho de que, en la mayoría de casos de cáncer de mama, el diagnóstico médico se efectuó mucho después de que las afectadas hayan identificado la presencia de un endurecimiento en el

pecho. Dicha tardanza no sólo tiene su origen en el temor a una confirmación de la existencia de un cáncer, sino también en la retinencia de numerosas mujeres a exponerse a la vergüenza de ir a “mostrarle los pechos” a un doctor, el cual es percibido en primera instancia antes que profesional como varón.

Además, en algunos casos, esta tardanza obedeció al hecho de que no siempre los mismos médicos están alertas ante los síntomas del cáncer y le restan importancia a las quejas u observaciones de las pacientes a quienes les acuñan con facilidad el diagnóstico de “Histéricas” (Hi).

Independientemente de las causas que originan la tardanza en el diagnóstico, este hecho más o menos generalizado en nuestro medio implica, para la mayoría de la mujeres que padecen de un cáncer de la mama, la necesidad de una mastectomía, definida a menudo in extremis, y la exposición a un tratamiento postoperatorio grosero y doloroso (quimioterapia, cobaltoterapia, u

otros) cuyos efectos son percibidos negativamente, máxime cuando las posibilidades de curación total son limitadas por lo tardío de las intervenciones.

Además, y tal como lo manifiestan muchas de las personas que han pasado o se enfrentan actualmente con esta experiencia, el trauma consecutivo al diagnóstico y a la intervención quirúrgica y terapéutica se halla amplificado por el hecho de verse expuestas a una interacción

fría y mecánica con el personal de salud encargado del tratamiento, amén de una carencia de información respecto a su estado y evolución.

En efecto, muchas son quienes exteriorizan su malestar por el hecho de que, en general, no se les da mayores informaciones con respecto a su mal, y que se enfrentan con una tendencia pronunciada por parte de los profesionales a minimizar, cuando no a ignorar, los sentimientos de angustia y de inadecuación de las pacientes quienes, a su vez, y luego de experiencias negativas en ese sentido, aprenden a no exteriorizar dichos sentimientos por temor al rechazo o a la descalificación.

Calidad de vida después de la mastectomía profiláctica bilateral

Los resultados psicosociales han sido evaluados en pacientes que eligieron la MPB, entre ellos satisfacción con la decisión, resultados estéticos, bienestar psicológico y problemas relacionados con la imagen corporal y la sexualidad; sin embargo, no se han hecho estudios para comparar la satisfacción con la decisión entre mujeres que eligieron la MPB y las sometidas a seguimiento estricto.

Sólo una pequeña minoría de las mujeres, aproximadamente el 5%, se ha mostrado insatisfecha con su elección de la MPB

El sentimiento de insatisfacción fue más habitual entre las mujeres que indicaron que el consejo del médico fue la razón primaria para elegir la MPB. Se ha comunicado insatisfacción con los resultados estéticos en el 16 al 40% de las pacientes, la mayoría de las veces por insatisfacción con la reconstrucción.

La ansiedad relacionada con el cáncer, así como los problemas de imagen corporal y de la sexualidad se asocian con satisfacción o arrepentimiento hacia la cirugía en sí misma

Por otra parte, las mujeres sometidas a reconstrucción después de la MPB muestran niveles más altos de satisfacción. En conjunto, la calidad de vida de las mujeres sometidas a MPB parece ser ligeramente mejor que la de la población general, según las puntuaciones del Quality of Life Index (QLI).

Esos resultados inesperados reflejan probablemente las características de las mujeres que deciden someterse a cirugía preventiva, en vez de un efecto del procedimiento quirúrgico en sí mismo.

2.7. Tratamiento

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

a) Conservador. Podemos realizar tumorectomías, cuadrantectomías o segmentectomías, asociando linfadenectomía axilar y radioterapia.

- Indicaciones: estadios 0, I, IIa (es decir, <5 cm, N1).
- Contraindicaciones: estará contraindicado en cualquiera de estas circunstancias.
 - Mamografía que muestre multifocalidad o microcalcificaciones agrupadas en más de un cuadrante mamario.
 - Imposibilidad técnica de administrar radioterapia o de realizar un seguimiento adecuado.
 - Estética no satisfactoria o rechazo de la paciente.

Aunque es posible realizar cirugía conservadora con tumores de hasta 5 cm, los mejores resultados se obtienen cuando son

menores de 3 cm, con supervivencia a los 10 años similares a la mastectomía (60-80%).

b) Mastectomía. Está indicada en estadios IIb y superiores, o en caso de contraindicación de cirugía conservadora.

- Radical modificada(Madden).Sepreservanambosmúsculospectorales y se extirpan la aponeurosis del pectoral mayor.
- Radical modificadatipoPatey.Seextirpaelpectoralmenor.
- Radical (Halsted). Se incluyen ambos músculos pectorales.

En algunas ocasiones podemos hacer una reconstrucción mamaria inmediata siempre que haya bajo riesgo de recidiva local.

c) Linfadenectomía axilar. Se debe hacer siempre en la cirugía del cáncer de mama. Debe obtenerse más de 10 ganglios.

La técnica del ganglio centinela consiste en la localización y biopsia selectiva mediante linfogammagrafía del ganglio inicial que, en caso de ser negativo, nos permite evitar la linfadenectomía axilar.

RADIOTERAPIA.

Está indicada tras la cirugía conservadora en todos los casos, y postmastectomía si existen factores de mal pronóstico (MIR 04-05, 178).

QUIMIOTERAPIA.

Es el principal adyuvante. Se suele dar poliquimioterapia CMF (ciclofosfamida, MTX, 5-fluoruracilo) y también se emplean adriamicina, vincristina, mitoxantrona y taxol. Está indicada en pacientes con ganglios axilares positivos y axila negativa con factores de mal pronóstico (MIR 03-04, 104; MIR 01-02, 175). HORMONOTERAPIA.

Se usa en todas las postmenopáusicas y en las premenopáusicas con receptores estrogénicos positivos, ya que el 50-70% de los tumores con RE positivos responden al tratamiento y sólo responden un 5-10% de los RE negativos (MIR 95-96, 228). Actualmente el fármaco de elección es el tamoxifeno, hasta una duración máxima de 5 años (MIR 00-01, 168). Los mejores resultados se obtienen en mujeres mayores de 50 años con receptores estrogénicos positivos.

El tamoxifeno pertenece al grupo de los SERM, actuando como antiestrógeno en la mama, pero estimula el endometrio, por lo que se debe controlar periódicamente el grosor endometrial con ecografía y en caso de metrorragia, realizar estudio histológico para descartar la aparición de cáncer de endometrio.

El tamoxifeno reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular y el riesgo de padecer cáncer de mama contralateral. Parece que otro fármaco del mismo grupo, el raloxifeno, es igual de eficaz como antiestrógeno en la mama pero sin producir estimulación estrogénica endometrial, por lo que es posible que en el futuro sustituya a este como primera elección. Otros fármacos utilizados como terapia hormonal de segunda línea son los inhibidores de la aromatasa. Formas clínicas especiales.

Carcinoma inflamatorio. Debido a su mal pronóstico, es preferible comenzar con tratamiento sistémico y/o radioterápico, y después valorar la posibilidad quirúrgica.

Cáncer de mama en varones: es 100 veces menos frecuente que en las mujeres. El síndrome de Klinefelter es un factor de riesgo en el varón. (MIR 96-97F, 256).

Enfermedad de Paget. Es un cáncer de mama poco frecuente, pero maligno. Se manifiesta como una lesión del pezón y de la areola, pruriginosa, con erosiones eccematosas. Son típicas las células grandes de citoplasma amplio y claro.

Efectos psicológicos de la mastectomía:

El cáncer de mama es uno de los más frecuentes en la mujer. Para un tratamiento eficaz del mismo, de modo que se evite el riesgo de que el cáncer no sea totalmente eliminado, muchas veces, es necesario que el cirujano no se limite a extraer el tumor, sino que tiene que extirpar toda la mama. A esta intervención quirúrgica por la que se elimina un pecho completo, se le denomina técnicamente mastectomía.

El problema más grave de este tipo de intervenciones quirúrgicas estriba en las repercusiones psicológicas que puede tener sobre la mujer, y a veces, sobre su marido.

La mujer vive con gran ansiedad la extirpación del pecho, que se suma a la angustia previa de haber sido diagnosticada de cáncer, con todas las incertidumbres que esto supone. La pérdida de su imagen corporal se centra particularmente en las repercusiones estéticas y en la femineidad en sí misma referida a la atracción sexual.

Muchas mujeres piensan que dejarán de ser atractivas para sus maridos tras la extirpación del pecho, con lo que se añade una gran inseguridad en el terreno afectivo.

Observando este contexto es fácil comprender que la mastectomía pueda ser un gran trauma emocional impregnado de desesperanza. Si además tenemos en cuenta que cualquier intervención quirúrgica (y más si es mutilante) favorece la aparición de un síndrome depresivo, resulta más que comprensible que tras la mastectomía muchas mujeres tengan una depresión, a veces, verdaderamente profunda.

Estas repercusiones psicológicas se pueden atenuar cuando se toman una serie de medidas por parte del médico y el marido. La paciente debe comprender que en la actualidad el cáncer de mama tiene buen pronóstico si se realiza un tratamiento adecuado, antes de que el cáncer se encuentre en estadios muy avanzados, con lo que puede disminuir su temor a morir o recaer.

La aplicación de una prótesis lo antes posible también colabora a devolver a estas mujeres la confianza en sí mismas, tanto más si tenemos en cuenta que actualmente se fabrican prótesis de gran calidad estética. Algunos especialistas, como Ervin, recomiendan la instauración de la correspondiente

prótesis antes, incluso, de que la enferma abandone el hospital, ya que ha comprobado cómo de este modo se produce una recuperación emocional más rápida y satisfactoria.

También, en la actualidad, una vez extirpada la mama puede reconstruirse ésta en la misma operación

También resulta decisiva la intervención del marido. Estos deben comprometerse a confirmar reiteradamente a su esposa que la continúan queriendo y que todavía les resulta atractiva. En este sentido, puede ser una buena demostración que el marido ayude a la esposa a vestirse y a cuidarse la herida de un modo sincero y afectuoso, intentando desdramatizar la situación, haciendo ver a su mujer que es plenamente consciente de lo que ocurre y que lo acepta de un modo natural.

La actitud contraria, es decir, intentar rehuir por completo el problema, como si se tratase de algo secreto o tabú, que no se quiere abordar por parte de uno o ambos cónyuges, dificulta posteriormente la relación entre ambos y puede, de hecho, acentuar el efecto traumático de la mastectomía.

En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por conocer hasta que punto determinadas características de personalidad y estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer de mama.

La relación de factores emocionales con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. Hipócrates ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno, en la misma línea, pensaba que las mujeres de temperamento melancólico estaban más expuestas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo.

Sin embargo no es hasta la década de los 50 cuando comienza a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de distintos factores psicosociales en la etiología y evolución del cáncer

Los sentimientos de desesperanza y desamparo, que están presentes en personas que pierden una relación emocional importante, han sido también asociados con el origen del cáncer o con un peor pronóstico.

Por último, los estudios realizados sobre estilos de afrontamiento o respuestas conductuales, emocionales y cognitivas que se producen ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer sugieren que las personas que afrontan la enfermedad con espíritu de lucha o aquellas que utilizan como estrategia la negación, tienden a presentar un mejor pronóstico en la recuperación

A pesar del gran número de investigaciones que se han producido en estos últimos años, la asociación entre factores psicosociales y progresión del cáncer de mama está todavía sometida a controversia

Los resultados de varios grupos de investigación han aportado evidencia sobre las relaciones entre acontecimientos estresantes de la vida, apoyo social, actitudes de indefensión/desesperanza, malestar emocional y supresión de emociones negativas y progresión del cáncer de mama.

Sin embargo, estos resultados no son inequívocos fundamentalmente por las deficiencias metodológicas de muchas de las investigaciones que los sustentan y por la evidencia contraria aportada por diferentes estudios, manteniéndose por ello abierta la polémica y la necesidad de nuevas investigaciones que aporten nuevos datos sobre la posible influencia de los factores psicosociales en el cáncer de mama. Igualmente, se necesita realizar más investigaciones, que permitan analizar los factores psicológicos que pueden estar influyendo en el proceso de recuperación, en la aparición de respuestas emocionales negativas y en la calidad de vida percibida de las pacientes que sufren este tipo de patología.

En su inicio, los tumores mamarios no presentan sintomatología, tan solo cuando han alcanzado un tamaño importante, superior a 1 cm. aparecen una serie de signos y síntomas que orientan clínicamente al diagnóstico de la enfermedad.

Sería deseable que el diagnóstico de los tumores mamarios se realizase en aquellas fases de su desarrollo en las que todavía no presentan sintomatología, y, por tanto, es más fácil controlar la enfermedad. Una mayor concientización del problema del cáncer de mama, por parte de la mujer y de la sociedad, está permitiendo que durante la práctica cada vez más cotidiana de la mamografía, se diagnostiquen tumores clínicamente asintomáticos, pero todavía la mayoría de neoplasias son diagnosticadas clínicamente o al menos, algunos signos o síntomas hallados en la exploración, pueden hacer sospechar de su existencia.

Se acepta que en más del 70% de los casos es la propia paciente la que se descubre el tumor o consulta con el médico por esta causa.

Para que la mujer pueda sobrellevar la enfermedad de la mejor manera posible necesitamos ser un equipo multidisciplinario, Trabajando en equipo siempre obtendremos mejores resultados que actuando individualmente.

Partiendo de la base de la paciente mastectomizada como un ser bio-psico-social, entenderemos que cada miembro del equipo tiene un papel a desempeñar para cubrir adecuadamente todo el ámbito personal de la paciente.

La atención integral de la paciente vendrá compuesta por la “curación”, parcela de los médicos, el “apoyo” de los profesionales de la psicología, y los cuidados, ofrecidos por los profesionales de enfermería.

Para conseguir el objetivo de atención integral, el equipo multidisciplinar deberá crear unos canales de comunicación óptimos para transmitir a la paciente mastectomizada la imagen de un equipo de salud interrelacionado y compacto.

El buen funcionamiento de un equipo multidisciplinar transmite seguridad y confianza a la paciente.

Importancia del diplomado en enfermería en la unidades oncológicas.

Valoración del ser humano.

Los valores en que se desenvuelve la mujer, particularmente en las culturas occidentalizadas, destacan la importancia de su aspecto físico y de su potencial de atracción sexual, hecho que se ha acentuado más en las últimas décadas a través de numerosas campañas publicitarias en que sobresalen, invariablemente, las caderas y el busto femeninos.

Este énfasis promocional y social puesto en el seno como atributo sexual importante de la mujer es, para la mayoría de ellas, un motivo de gran aprensión y ansiedad en cuanto a las condiciones estéticas del mismo, aspecto fuertemente reforzado por las modas vestimentarias en boga.

Como consecuencia de ello, se ha generalizado la idea de que la deformación o pérdida de un seno es equivalente a la pérdida de la atracción sexual, de la femeneidad, o de ambos, fenómeno que se amplifica para muchas mujeres al asociarse con el desvanecimiento de la “frescura” juvenil.

Por consiguiente, la identificación del cáncer de la mama, en la mujer, provoca invariablemente temores y angustias que conmueven e invaden toda su organización existencial, tanto en lo biológico como en lo psicológico y social, implicando una amenaza a su integridad y a su identidad.

Además de la pérdida de los valores estéticos inherentes al busto, para muchas mujeres mastectomizadas surge el sentimiento de rechazo por parte del hombre, y la idea de incapacidad para funcionar a plenitud como compañera sexual del primero, fenómeno que, invariablemente, modifican en la mayoría de los casos sus relaciones interpersonales.

Estas se deterioran tanto a raíz de la depresión experimentada por la mujer mastectomizada al sufrir la mutilación de su autoimagen, como por las reacciones a menudo inadecuadas de la pareja y del contexto familiar que no siempre se halla en condiciones de involucrarse afectiva y positivamente con el problema padecido por la mujer, compañera y madre.

Esto se agrava más aún cuando, como ocurre con frecuencia, la mujer adopta conductas negativas expresadas a través de manifestaciones regresivas y pueriles o agresivas con su entorno.

La importancia de los factores psicoafectivos y sociales asociados al cáncer de mama y, en particular, a la mastectomía, implica que el tratamiento de los pacientes no puede limitarse únicamente a los aspectos curativos dentro de una perspectiva exclusivamente orgánica.

No basta con que el equipo de salud elija las técnicas de intervención terapéutica que aportan las más altas probabilidades de supervivencia y de curación, con la menor invalidez orgánica posible. Es menester, además, abordar con la paciente mastectomizada una rehabilitación en los planos afectivo y social, lo cual implica involucrar en este proceso al contexto familiar a través de un programa de atención integral.

2.8. PLAN DE CUIDADOS A LA MUJER MASTECTOMIZADA

Cuidar que la paciente no sufra de ansiedad.

Fomentar el descanso y el sueño para que la paciente disminuya este estado ansiolítico.

Que la paciente se distraiga realizando otras actividades de su agrado.

Brindarle apoyo emocional.

DETERIORO DE LA

MOVILIDAD FÍSICA- Malestar y dolor

Manifestado por:

- Limitación de la amplitud de movimiento
- Dificultad para girarse en la cama
- Dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

Manejo del dolor

Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

Ayuda con los autocuidados:

Alimentación

Terapia de ejercicios: deambulación

Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene

Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal

RIESGO DE INFECCIÓN

- Procedimientos invasivos (catéter venoso periférico)

Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)

RIESGO DE BAJA

AUTOESTIMA SITUACIONAL

- Alteración de la imagen corporal
- Cambios del rol social
- Rechazo
- Enfermedad

Debemos Aumentar el afrontamiento y la Potenciación de la autoestima

- Fomentar el sueño
- Potenciación de la imagen corporal
- Planificación del alta

En este plan de cuidados es preciso aclarar que la paciente cursa por un momento de miedo, debido a que no sabe que ocurrirá con ella. Le aterra pensar en que algo saldrá mal y que quizás sea algo negativo.

Debemos tranquilizarla y apoyarla, hablarle con las palabras correctas sin causarle mas miedo, brindarle nuestro apoyo emocional y tratar que ella descanse con una mente mas positiva.

Debido a que la paciente cursa por un momento de dolor físico, malestar general y cansancio, ella limita sus movimientos y es nuestro deber apoyarla en sus actividades de rutina, de autocuidado. Darle terapia física y ayudar a que la paciente se motive a la deambuacion.

A continuación se presentan los principales diagnósticos, objetivos y acciones que la enfermera debe realizar durante la etapa perioperatoria. Alteración de la imagen corporal, relacionada con el tratamiento quirúrgico (mastectomia).

Objetivo: La paciente obtendrá la información necesaria que le ayudará a aceptar su nueva imagen.

Acciones:

Permitir a la paciente y familiar que expresen sus temores y preocupaciones.

Anticiparse a sus preocupaciones y dudas explicándoles todo lo referente al tratamiento y aclararles información errónea.

Proporcionarles material escrito para completar y reforzar la información.

Animar a la paciente a conversar e intercambiar impresiones, en grupos de apoyo, con personas que se hayan sometido al tratamiento.

Derivarla con otros profesionales (psicólogos) para un apoyo adicional en el afrontamiento de su nueva situación, cuando tenga dificultad para procesarla.

Prepararla para los cambios en su imagen corporal y las prótesis a utilizar.

Prepararla sobre lo que se espera en el aspecto físico y las posibles reacciones emocionales.

Temor relacionado con los efectos de la mastectomía.

Objetivo: La paciente, su pareja y familia reducirán dudas con relación a la mastectomía y sus resultados.

Acciones:

Animar a la paciente, a su pareja y a su familia a expresar sus preocupaciones y temores con respecto a la mastectomía.

Permanecer a su lado el mayor tiempo posible, transmitiéndoles empatía e interés.

Explicar los procesos que involucra la mastectomía.

Actividades que se realizan en el pre-trans-posoperatorio.

Desarrollo de linfedema y alteraciones sensitivas después de la cirugía.

Presencia de tubos de drenaje.

Ejercicios necesarios en el postoperatorio.

Explicarle del posible uso de prótesis.

Exhortar a la pareja de la paciente a compartir sus preocupaciones, a solas, si es necesario.

Decirle a la paciente, su pareja y familiares que sus temores y preocupaciones son normales y muchas veces esperados.

Si es sometida a mastectomía y reconstrucción comentarle que necesitará tiempo para aceptar la nueva mama y que tal vez se requieran varias semanas o meses para terminar la reconstrucción.

Riesgo de infección de la herida quirúrgica, relacionada con la lesión provocada por la cirugía de mama.

Objetivo: La paciente evitará el riesgo de infección, a través del empleo de medidas higiénicas.

Acciones:

Vigilar la herida para detectar dolor, inflamación, enrojecimiento, tumefacción y/o secreción purulenta, así como enseñar a la paciente la identificación de estos datos.

- Indicarle la forma de aseo de la herida cuando se bañe.
- Limpiar y cubrirle la herida siguiendo las normas de asepsia.
- Administrar antibioticoterapia preventiva, según indicaciones médicas.
- Vigilar la permeabilidad de los drenajes y cuantificar el líquido y observar
- características (registrar los datos).
- Dolor, relacionado con el estado postoperatorio.

Objetivo: Tras la intervención, la paciente deberá sentirse cómoda y sin dolor durante su estancia hospitalaria.

Acciones:

Valorar el dolor con regularidad a fin de verificar su intensidad antes y después de administrar los medicamentos.

Proporcionarle analgésicos según sea necesario y de acuerdo a indicación médica.

Después de una reconstrucción con tejido autólogo, suele ser necesario administrar morfina intravenosa, con frecuencia mediante

una bomba para analgesia controlada por la paciente, durante las primeras 24 ó 48 horas.

Puede ser útil el tratamiento no farmacológico que incluya relajación con imaginación, música-terapia y distracción.

Proporcionar la información necesaria para minimizar temores irrealistas.

Deterioro de la movilidad física, relacionado con la disminución del drenaje linfático, secundario a la cirugía de mama.

Objetivo: La paciente describirá el cuidado del brazo afectado y mostrará los primeros ejercicios para su rehabilitación.

Acciones:

Elevarle el brazo afectado con una almohada colocada por debajo de la parte superior del brazo y mantener esta posición mientras esté acostada para facilitar el drenaje linfático.

Subrayar la importancia de la ambulación precoz.

Realizar las venopunciones en el lado opuesto.

Empezar a enseñarle los ejercicios y cuidados para el brazo.

Indicarle que evite la abducción y elevar el brazo por encima del nivel del hombro.

Señalarle que haga ejercicios isométricos, como apretar una pelota, abrir y cerrar el puño, flexionar y estirar el brazo a la altura del codo varias veces al día durante las primeras 48 horas.

La atención de una paciente mastectomizada requiere de una gran cantidad de cuidados físicos y emocionales así como educación para lograr una pronta recuperación.

Las mamas (no obstante su significación estructural y fisiológica), han sido sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la feminidad, sexualidad, fertilidad, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia.

Los senos han desempeñado un papel predominante en las diferentes culturas, en el arte, en la filosofía y en las representaciones iconográficas de la religión.

La pérdida, por mastectomía de una de ellas, supone para la mujer, disminución de su autoestima, sufrimiento psicológico, signos de

ansiedad y sentimientos de vergüenza que alteran sus relaciones personales, sociales y profesionales.

El profesor Jorge Psillakis que plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos; éstos van a depender de su edad, sus hijos, su esposo, sus amores, su trabajo y el grado de importancia que ella atribuyó a las mamas antes de la mastectomía, se pueden manifestar con una

serie de síntomas como: ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, auto desvalorización, etc.; para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal de interrelación difícil de superar.

Por otra parte, el doctor José M. Suárez Fernández afirma que la mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por un choque de proporciones inauditas como: distorsión de un perfil somático-sexual - característica natural de una gran afectación psicológica- e incapacidad potencial a sus compromisos sociales, que la produce una inestabilidad impredecible de consecuencias muy graves; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación o recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social.

Las pacientes con mastectomía que acuden a cualquier consulta externa oncológica, presentan un deterioro importante de su estado mental y físico, de ahí la importancia de describir el impacto psicológico de la mastectomía, tomando en consideración los factores filogenéticos, étnicos y socioculturales y su reacción de miedo al desfiguramiento físico, este último factor es la causa de sentimientos de incertidumbre y desasosiego mayores que el temor a la muerte, además pérdida de control y a los sentimientos de culpabilidad y de soledad.

El impacto psicosocial de la mastectomía en la mujer o su familia, sigue siendo una responsabilidad clínica y de investigación más importantes de la salud, más aún cuando la mama se ve afectada por una enfermedad maligna que altera su integridad, la mujer ve violada su seguridad y confianza de los roles sexual, femenino, social y maternal, amenazando de este modo, no sólo el autoconcepto, sino también las relaciones interpersonales que mantienen con personas significativas de su entorno.

En nuestra sociedad no existe un programa de asistencia y seguridad social equitativa y con particular atención a las personas con pérdida de la integridad física.

El estado no cumple con uno de sus principios éticos, como el de la justicia, donde a una persona se le ofrece un trato justo. Cualquier negativa a ofrecer un bien, un servicio o derecho a ello, es algo injusto. De la misma manera es ilegal imponer una carga u obligación indebida a una persona o exigirle más de lo requerido.

Es de especial interés el apoyo y la comprensión que estas mujeres necesitan de las personas más importantes en sus vidas, sobre todo del esposo, porque él representa un estímulo y aliento constante e imprescindible para sobreponerse a este dilema.

Se debe tener presente que la aparición de la enfermedad y su tratamiento puede afectar su status social por la incidencia o repercusión que pudiera tener en su economía, porque el cáncer no solo es visto como presagio de muerte y dolor, sino también como de mutilación tanto natural como postoperatoria.

Las mujeres mastectomizadas presentan un dolor físico y psicológico constante, que puede tener su origen en aspectos fisiopatológicos o en antecedentes de tratamientos analgésicos ineficaces, que provoca, cansancio, sueño alterado, depresión, etc

RELEVANCIA DE LA SIMBOLOGÍA MAMARIA

Generalmente las sugerencias más frecuentes que escucha una mujer cuando le informan de que va a precisar de una mastectomía, se enfocan en tratar de relativizar las consecuencias del evento al que se va a enfrentar.

Evidentemente tales apreciaciones, formuladas por las personas de su entorno, constituyen inicialmente una forma adecuada de intentar enfrentarse al problema, realizadas con la mejor intención, pero no son suficientes, por lo que lejos de producir un efecto tranquilizador, pueden incluso contribuir a crear mayor preocupación.

Por el contrario, cuando seguidamente el problema es enfocado admitiendo el impacto emocional que genera, analizando por qué se produce y cuáles van a ser sus consecuencias, probablemente las conclusiones lleven a un estilo de afrontamiento de la situación que implica el desarrollo de unas estrategias diferentes, por parte de las afectadas y por quienes las traten.

Freud insiste en el papel crucial de las mamas femeninas en el desarrollo emocional de las personas. En las teorías psicoanalíticas se considera que, además de cumplir la función de alimentación, constituyen el apego y el vínculo emocional que la madre establece con el bebé a través de la lactancia siendo el punto de partida de la vida sexual del niño y de la niña. Se expone que es un símbolo erótico femenino que se puede definir como el primer objeto de seducción desde los primeros años de vida

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Afortunadamente desde la cirugía plástica mamaria, que participa de este planteamiento y reconoce las consecuencias que alcanza un evento de estas características, se adopta una actitud dinámica de compromiso en la solución del problema, a la vez que de colaboración con otros profesionales implicados, lo cual ha permitido el desarrollo de recursos que ofrecer a la paciente mastectomizada. En este sentido, la reconstrucción mamaria tras la extirpación es uno de los procedimientos quirúrgicos actuales más gratificantes para la

paciente, gracias a la disponibilidad de técnicas quirúrgicas que permiten al cirujano plástico crear una mama similar en forma, textura y características a la mama no operada, pudiendo realizarse de forma inmediata tras la mastectomía o bien como procedimiento diferido tras un intervalo de tiempo.

Reconstrucción inmediata

La reconstrucción inmediata se perfila actualmente como la opción con más futuro, dado que ofrece la ventaja de evitar convivir con el defecto mamario, repercutiendo favorablemente en la autoestima y otros problemas asociados al evento quirúrgico.

A pesar de que inicialmente se consideró estar asociada a una mayor posibilidad de complicaciones locales, tales como necrosis tisular, dehiscencia de suturas, seroma e infección, actualmente es el método más extendido y con más frecuencia ofertado por los centros hospitalarios.

Reconstrucción diferida

La reconstrucción diferida mantiene a la paciente a la espera de realizar el procedimiento reconstructivo durante un período de tiempo. Aunque este retraso permite, por una parte, que los tejidos conservados tras la mastectomía se normalicen, al haber superado la fase inflamatoria y la tensión a la que son suturados, reduciéndose la predisposición a desarrollar complicaciones locales, por otro lado, puede influir en el mantenimiento y agudización de problemas emocionales que acompañan al proceso, tales como ansiedad, depresión o pérdida de autoestima.

2.9. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Aspectos generales

Las pacientes mastectomizadas presentan una variedad de síntomas físicos y psicológicos que deben ser atendidos con prontitud y que están determinados, en gran medida, por su edad, capacidad intelectual, educación adquirida, modo de vida, relaciones familiares y de pareja, empatía establecida con los profesionales que las atienden, etc., además de por los aspectos mencionados en el párrafo precedente: cómo asumen su realidad y su tolerancia a la frustración, que se hallan estrechamente relacionados con los estilos de afrontamiento.

Desde un acercamiento psicológico, debemos conocer esos datos y tener presente además cuáles son sus mayores preocupaciones, que generalmente están relacionadas con:

1. La distorsión de su perfil somático sexual.
2. El posible comportamiento familiar (sobre todo el relacionado con su pareja).

3. Las limitaciones en sus compromisos sociales y laborales.

Frecuentemente la aparición de reacciones emocionales negativas, que pueden ser tan solo adaptativas, no se hacen esperar tras la cirugía y deben ser vigiladas para evitar que se cronifiquen.

2.9.1. *CIRUGÍA: MASTECTOMÍA

Una mastectomía es una cirugía para extirpar un seno. Se realiza para tratar o para prevenir el cáncer de seno. La cirugía preventiva se practica solamente en pacientes de alto riesgo. Existen cuatro tipos principales:

- Mastectomía total: extirpación del tejido mamario y del pezón (Véase anexo no.2, pág. 78)
- Mastectomía radical modificada: extirpación del seno, la mayoría de los ganglios linfáticos axilares y, con frecuencia, la membrana que recubre los músculos del pecho (véase anexo no. 3, pág. 79)
- Lumpectomía: cirugía para extirpar el tumor y una porción de tejido sano alrededor de éste (véase anexo no. 4, pág. 79)
- Mastectomía radical: extirpación del seno, los ganglios linfáticos y músculos del tórax. Esto ya no es algo común. (Véase anexo no. 1, pág. 78)

El tipo de cirugía que se decida dependerá del estado del cáncer, el tamaño del tumor, el tamaño del seno y la afectación de ganglios linfáticos. Muchas mujeres se someten a la reconstrucción del seno para reconstruir el seno después de una mastectomía.

Vías de diseminación.

Disemina tan fácilmente que se considera una enfermedad sistémica desde que sobrepasa la membrana basal.

Diseminación linfática. Es la principal. Los grupos más frecuentemente afectados son los axilares homolaterales (si el tumor está en un cuadrante externo), los de la cadena mamaria interna (si el tumor está en cuadrantes internos), y en tercer lugar, los supraclaviculares.

Metástasis. Las metástasis pulmonares son las más frecuentes. Se ha descrito un patrón diferente de metástasis sistémica asociado al carcinoma lobulillar infiltrante.

La aportación del psicólogo es importante a la hora de prevenir estos trastornos, detectar a tiempo su aparición y finalmente abordarlos cuando existan. Con este fin se recomienda actuar en el momento del diagnóstico y si ello no fuera posible, inmediatamente tras la cirugía, incluso antes de que la propia paciente haya tomado contacto con su nueva situación.

Profilaxis: el diccionario medico en el 2011 describe la profilaxis como un conjunto de técnicas, medios y procedimientos que permiten prevenir la aparición de las enfermedades.

Una mastectomía profiláctica (también llamada mastectomía preventiva) reduce el riesgo de que mujer tenga cáncer de seno quitando quirúrgicamente los senos aún antes de que el cáncer se haya descubierto.

2.10. CUIDADOS GENERALES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA:

Mantener el brazo afecto elevado sobre una almohada.

Evite, siempre que sea posible, la toma de TA, extracciones de sangre e inyecciones en el brazo afecto.

Comenzar con los ejercicios de rehabilitación cuando le sea indicado por su cirujano/a.

Para favorecer el proceso de recuperación es muy importante la movilización temprana (levantarse el sillón, ir al baño, pasear...)

Comentar con el personal de enfermería todas aquellas cuestiones que se le planteen durante su estancia hospitalaria.

CUIDADOS GENERALES TRAS EL ALTA

HOSPITALARIA:

. HIGIENE Y CUIDADOS DEL BRAZO AFECTO.

Utilice jabón con pH alto (5-5.5) o neutros, ya que protege y equilibra la sequedad de la piel.

Se pueden utilizar desodorantes, preferiblemente aquellos menos irritantes y con menor contenido en alcohol.

En cuanto a la depilación, es preferible el uso de cremas depilatorias frente a la cera o maquinillas más una crema hidratante vitaminada.

Después de la ducha o baño, seque bien la zona de la herida.

Aplicar crema hidratante con frecuencia. Es importante mantener la piel de la zona afectada limpia y bien hidratada. Si presentase prurito en la zona de la cicatriz, puede aplicarse aceite de Rosa Mosqueta.

Evite la sauna y rayos uva.

Cuando utilice el secador, proteja hombros y brazos de la acción del calor.

Protéjase de lugares con altas temperaturas para evitar la sudoración y posible maceración de la piel.

La caída del pelo debida a los tratamientos también puede afectar a las pestañas y las cejas, si lo desea, puede recomponer la forma de las cejas con un perfilador o bien se las puede tatuar.

VESTIDO Y COMPLEMENTOS

No es necesario que cambie su forma de vestir tras la mastectomía. Puede seguir utilizando su vestuario habitual siguiendo unos consejos:

A nivel general se recomienda usar tejidos de algodón y fibras naturales que no dificulten la transpiración, sobre todo en la ropa interior.

Prescinda de prendas muy ajustadas y aquellas que ejerzan presión.

Evite, en lo posible, tejidos sintéticos, ya que no transpiran y pueden irritar la piel.

Utilice sombreros y camisetas ligeras en la exposición al sol.

Evite sortijas, pulseras y otros complementos en el brazo y mano de la intervención.

Utilice un sujetador preferiblemente sin aros y de tirantes anchos (tipo deportivo), sin blondas, lacitos y accesorios metálicos.

Lleve el bolso en el brazo no afectado.

Es posible que tras la mastectomía precise otros tratamientos en los que se le caiga el pelo. Consulte con su estilista, ellos le asesorarán.

ALIMENTACIÓN

Lo ideal es seguir una dieta equilibrada en la que no existe ninguna restricción. Mantenga su peso, pero sin engordar ni adelgazar.

A nivel general:

- Debe seguir una dieta equilibrada. No debe saltarse ninguna comida
- Es aconsejado ingerir verduras frescas y cocinadas, productos lácteos, alimentos con fibra y fruta fresca.
- Beber abundante agua.
- Se aconseja no abusar de los alimentos ricos en grasas que favorezcan el sobrepeso.
- En caso de engordar realizar dieta y/o ejercicio.

- Reducir el consumo de sal y de café, ya que ambos favorecen la formación de edemas.
- Evitar el consumo de salazones y ahumados.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Sustituya el alcohol por zumos de fruta naturales e infusiones calientes o frescas.

En caso de pérdida del apetito, se deben estimular las conductas que lo favorezcan:

- Comer en compañía.
- Realizar ejercicio físico.
- Comer cuando se tenga apetito aunque sea fuera del horario convencional.
- Comer purés y zumos en los que combinemos diferentes alimentos y resulten fáciles de ingerir, etc.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. TRABAJO

Se aconseja que las actividades cotidianas se realicen gradualmente intercalando periodos de descanso.

Los primeros días tras la intervención es normal que precise ayuda para vestirse y hacer las tareas cotidianas.

Solicite la ayuda de su familia hasta poder hacerlas por si sola.

Al realizar las actividades de la vida diaria hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones para evitar posibles complicaciones en el brazo afecto:

- No coger peso y evitar la tensión en esa extremidad.
- No usar sustancias tóxicas sin llevar guantes.
- Precaución con la plancha y en la cocina.
- Precaución con el manejo de utensilios cortantes o punzantes.
- Evitar arañazos o mordeduras.
- Al freír alimentos, evitar llevar sin cubrir el lado afectado.
- Manipular hornos y objetos calientes siempre con manoplas. Especial cuidado al planchar.

- Evitar el agua muy caliente al lavar o fregar.
- Evitar las picaduras de insectos (en vacaciones evitar regiones infectadas de insectos y utilizar repelentes)
- Especial cuidado con los arañazos de gato.

A nivel de trabajo fuera de casa durante el periodo de tratamiento es habitual que permanezca de baja laboral un periodo aproximado de 6-12 meses. Normalmente, se pondrá incorporar a su trabajo pasado este tiempo y llevar una vida

normal. En aquellos puestos de trabajo que precisen esfuerzos incompatibles con el grado de funcionalidad postquirúrgico, se intentará negociar con la empresa una reubicación.

DEPORTES Y OCIO

La realización de ejercicio físico progresivo y controlado provoca un efecto positivo, ya que aumenta la fuerza, mejora el movimiento del brazo, disminuye el dolor y la rigidez del hombro y a nivel general previene la osteoporosis y mejora el sistema cardiovascular. Todo ello hace que la mujer se sienta mejor y favorece la reincorporación a las actividades de la vida diaria.

RELACIONES PERSONALES Y FAMILIARES

Tras una mastectomía, el temor, la ansiedad y la depresión pueden provocar una alteración en las relaciones de pareja, personales y familiares. Por ello le ofrecemos una serie de sencillas recomendaciones que le ayuden a llevar la situación:

- Es muy importante la comunicación sincera de los sentimientos y las preocupaciones. Haga partícipe a su pareja de todo aquello que le preocupa, así le ayudará a entender y manejar mejor la nueva situación.
- Sus relaciones de pareja no tienen por qué verse alteradas, usted y su pareja siguen siendo las mismas personas.
- Mujeres Como usted, que han pasado por la misma situación pueden ayudarle a través de asociaciones y grupos de autoayuda. También existen profesionales especializados en este tema a los que puede acudir si lo desea.
- Tiene que ser honesta, clara y directa con su familia y allegados al expresar tus sentimientos y necesidades sobre tu enfermedad, así ellos tendrán una idea más clara de cómo pueden ayudarle.

- No piense que los demás saben lo que necesita, o lo que es más adecuado para usted, no todo el mundo se maneja de la misma forma, tiene que entender que ellos están muy preocupados y también lo están pasando mal.
- Es importante encontrar en la familia el apoyo que seguramente necesita, le ayudará a sentirse mejor.

Si tiene hijos, es muy importante comunicarse con ellos.

La información debe ser clara y adecuada para su edad.

Hablar de la enfermedad sin dramatizar, de forma sencilla y positiva, facilitará al niño preguntar y expresar sus sentimientos. Con frecuencia, tendemos a ocultarles la enfermedad con el fin de protegerles del dolor y del sufrimiento, los aislamos y los apartamos del problema. Esto es un error, ya que los niños perciben los problemas cuando los hay, no son tontos sólo pequeños. El no hablar abiertamente con el niño de la enfermedad, le creará miedos e incertidumbre, e incluso sentimiento de culpa.

EMBARAZO TRAS MASTECTOMÍA

El embarazo tras una mastectomía se consideraba contraindicado hace años. En la actualidad no es una contraindicación absoluta. La mayoría de las pacientes con cáncer de mama pueden quedar embarazadas después del tratamiento oncológico sin que eso empeore el pronóstico de la enfermedad. No obstante, es una cuestión que depende de distintas variables, y debe considerarla con su especialista. El concebir y cuidar a un hijo, es una celebración de la vida y un compromiso para el futuro.

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN TRAS LA CIRUGÍA

Tras una mastectomía es frecuente y normal que aparezcan molestias en el hombro afecto por la cirugía, así como en cuello y la zona cervical. Además el dolor a la movilidad va a favorecer la atrofia de los músculos de la región así como una reducción de la movilidad de la articulación. Esta reducción de la movilidad puede provocar con el tiempo un deficiente vaciado del sistema linfático, más aún si en su caso se ha retirado parte del sistema linfático del brazo. Esto puede dar lugar a la aparición de uno de los posibles problemas secundarios a la cirugía como es el linfedema.

Es por ello que todas las mujeres intervenidas deben realizar un plan de ejercicios sencillo y continuados en el tiempo a fin de recupere la máxima movilidad del brazo afecto, así como la elasticidad de la piel

de la zona, lo que va a mejorar su actividad cotidiana y servirá de prevención en la aparición del linfedema.

Estos ejercicios deberán empezar a realizarse de forma temprana, entre las 24- 48 horas tras la intervención, en la medida que las molestias provocadas por la misma lo permitan, y siguiendo las recomendaciones del personal sanitario.

A continuación le proponemos dos series de estos ejercicios encaminados a que recupere la máxima movilidad de su brazo, así como para prevenir el linfedema.

Recomendaciones para la realización de los ejercicios:

Empiece de forma suave, haciendo solamente 3- 5 repeticiones, para no agotarse y vaya aumentando el número hasta 10 -12 según gane movilidad y confianza. Repita la tabla de ejercicios de 3 a 4 veces al día, para que estos se conviertan en una rutina.

El límite del movimiento lo pone usted, no debe tener molestias, si aparece dolor pare. Con el paso de los días y la realización de los ejercicios las molestias disminuirán y podrá ir aumentando el movimiento.

3. METODOLOGIA

DISEÑO DE TESIS

El diseño de esta investigación documental se realizó de acuerdo a los siguientes aspectos:

Asistencia al seminario de tesis

Protocolo de proyecto de investigación

Seguimiento del modelo de la doctora Lasty Balseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la tesis

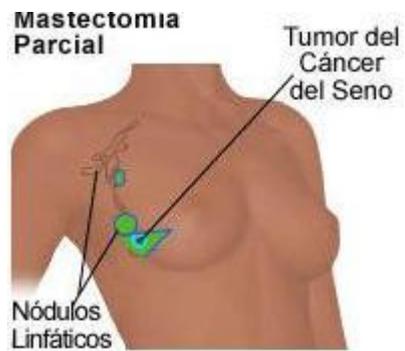
4. CONCLUSIONES:

Concluyo que los cuidados de enfermería para una mujer con mastectomía profiláctica desde un enfoque psicológico es ante todo un apoyo moral además del físico, puesto que la mujer sufre de una baja de autoestima que la conduce a sentirse inferior, incompleta y siente que perdió su feminidad. Debemos ponernos en el lugar de estas mujeres para poder ayudarlas a superar su pérdida, y que se sientan igual que antes, apoyándolas a que regresen a su vida cotidiana.

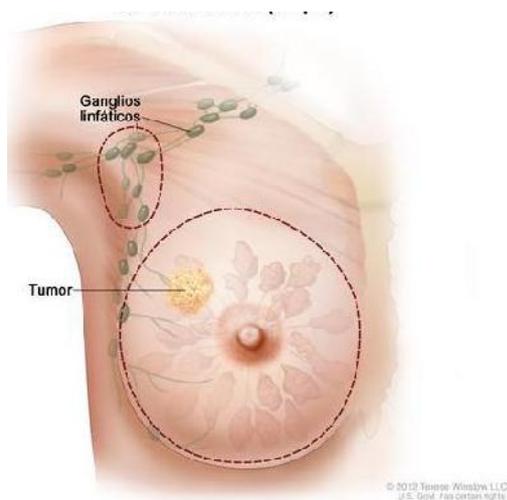
Construyendo cada cuidado de acuerdo a la paciente, sin olvidar la parte humana, la ética y la psicología

5. ANEXOS:

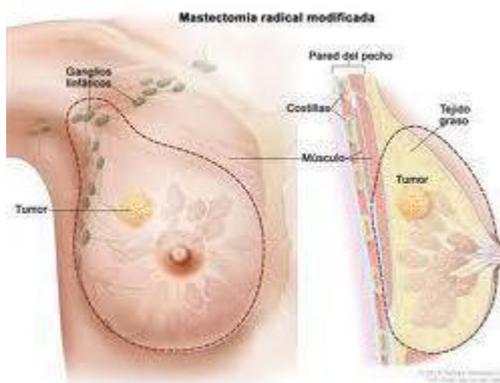
ANEXO 1: MASTECTOMIA PARCIAL.



ANEXO 2: MASTECTOMIA SIMPLE O TOTAL.



ANEXO 3: MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA



ANEXO 4: LUMPECTOMIA



6. GLOSARIO:

ATAXIA:

1. f. Pat. Trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar los movimientos musculares voluntarios: la ataxia causa movimientos irregulares, inseguros y espasmódicos

2. TELANGIECTASIA: [del griego tele-angéion: vaso lejano = capilar, y ectasia o éctasis: dilatación o expansión], o arañas vasculares son dilataciones de capilares pequeños y de los vasos superficiales, lesiones de color rojo brillante de 1-4 mm de diámetro que palidecen a la presión. Pueden observarse en tórax, cuello, cabeza, la cara, mucosas nasofaríngeas y bucales y en extremidades superiores.

3. TAMOXIFENO: es un medicamento que se emplea como terapia complementaria para el cáncer de mama. Su utiliza durante un periodo de 5 años tras finalizar la cirugía y quimioterapia y ha demostrado en diferentes estudios que disminuye considerablemente la probabilidad de que se produzca una recidiva del tumor

4. PROFILAXIS: Prevención o conjunto de medidas para evitar una enfermedad

5. MASTECTOMIA: es el término médico para la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas de manera parcial o completa.

6. COHORTE: estudio epidemiológico en el que se hace una comparación de la frecuencia de enfermedad entre dos poblaciones, una de las cuales está expuesta a un

82

determinado factor de exposición (o factor de riesgo), al que no está expuesta la otra.

7. BIOPSIA: es un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por un patólogo.

8. EXTIRPACION: 1.f. Acción y resultado de extirpar: extirpación de una verruga.

9. ECOGRAFIA: del griego «ήχης» kh ="eco", y «γραφία» grafía= "escribir"), también llamada ultrasonografía o ecosonografía, es un procedimiento de diagnóstico que emplea el ultrasonido para crear imágenes bidimensionales o tridimensionales.

10. MICROCALCIFICACIONES: La base de una calcificación orgánica, la misma que la que tiene la finalidad para formar hueso, siendo una formación de hidroxapatita

11. MAMOGRAFIA: Radiografía de mama en película de grano fino capaz de obtener imágenes de tejidos blandos con gran precisión.

12. NODULO: agrupación de células.

13. COMEDOCARCINOMA: es una forma de CDIS en el que el tumor forma necrosis central.

14. ANATOMOPATÓLOGO: Médico especializado en el estudio de la enfermedad, habitualmente en un hospital, en una escuela de medicina o en un instituto o laboratorio de investigación. Generalmente, un anatomopatólogo está especializado en autopsias o en patología clínica o quirúrgica

83

15. RETROPERITONEO: es la región anatómica abdominopélvica, limitada superiormente por el músculo diafragma, inferiormente por el periné, anteriormente por el peritoneo parietal posterior, y posteriormente por la pared posterior del abdomen; que contiene órganos gastrointestinales

16. METASTASIS: Capacidad de los tumores malignos de propagarse a las vías sanguíneas y a los vasos linfáticos

17. **CARCINOMA:** es una forma de cáncer con origen en células de tipo epitelial o glandular, de tipo maligno. Los dos grandes grupos de carcinomas son los carcinomas epidermoides y los adenocarcinomas. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer

18. **MUTILACION:** Separación traumática de una parte del cuerpo

19. **NULIPARIDAD:** Mujer que nunca ha llevado a término un embarazo; mujer que nunca ha procreado o parido

20. **MAMA:** El término científico de mama se emplea para designar la región anterosuperior lateral del tronco femenino humano

21. **LUMPECTOMIA:** La tumorectomía es una técnica quirúrgica para la resección de una masa tumoral (benigna o maligna) o de un tumor localizado. La expresión lumpectomía es un anglicismo innecesario

84

22. **VENOPUNCION:** Es la técnica por la cual se perfora una vena por vía transcutánea con un estilete rígido de punta aguda o una cánula portadora de un catéter de plástico flexible unido a una jeringa o un catéter.

23. **ANTIBIOTICOTERAPIA:** La antibioticoterapia profiláctica perioperatoria es aquella que se utiliza de manera preventiva alrededor de la intervención quirúrgica y se extiende desde una hora antes de la operación hasta las 24 horas de postoperatorio.

24. **ASEPSIA:** Conjunto de procedimientos científicos destinados a preservar de gérmenes o microbios una instalación o un organismo

25. **EXHORTAR:** Inducir a uno con palabras, razones y ruegos a que haga o deje de hacer alguna cosa

85

7. REFERENCIAS BOBLIOGRAFICAS.

1. Chun J et al.: "Cohort study of women at risk for breast cancer and gross cystic disease". Am J Surg 2005;190:583.

2. Metcalfe K A, Semple JL, Narod SA.: "Time to reconsider subcutaneous mastectomy for breast-cancer prevention ?". Lancet Oncol 2005;6:431.

3. Fentiman IS.: "Prophylactic mastectomy: deliverance or delusion

We don't know, so we need to start registering all cases now". BMJ
1998;317:1402.

4.Efectos psicológicos de la mastectomía

M^a Pilar Arranz/Rosa Alcañiz / Concepción García-Zarza / M^a 5.José Esteras

6. Manual de ginecología y obstetricia.

7. J Dias-Fares, A Ruibal, cáncer de mama avances en el diagnostico,
tratamiento e investigación

8. mastectomía profiláctica, susan G Comen

9. Mastectomía profiláctica Shaheen Zakaria, MD, y Amy C. Degnim, MD

10. Protocolo de atención de enfermería en las

86

técnicas quirúrgicas de:

Mastectomía y Reconstrucción mamaria con

expansores en el mismo tiempo quirúrgico, Autoras: M^a Pilar Arranz/Rosa
Alcañiz / Concepción García-Zarza / M^a José Esteras

11. Solis López Alma Rosa y León Alpizar Ana Celia. Protocolos de atención de
enfermería

para el cuidado del paciente oncológico

12. comportamiento psicológico, social y familiar de la mujer sometida a
mastectomía, Lic. Adriana Elizabeth verdugo Sánchez

13. Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama

M.A. Ruiz (1), S. Garde (1), N. Ascunce (2), A. del Moral

14. Psicología Clínica (Práctica privada). Hospital San Juan de Dios. Pamplona

15. Lostumbo L, Carbine N, Wallace J, Ezzo

16. mastectomía profiláctica, universidad de Canadá

17. Nola Amanda Huamán Núñez

18. María Eugenia Olivares Crespo, aspectos psicológicos en cáncer
ginecológica

87

19. E.A.S.E. Estela Hernández Hernández. Adscrita a la U-111 Oncología
20. H. U Reyna Sofía Córdoba. Plan de cuidados estandar: mastectomía.
21. Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe
22. Diccionario Mosby - Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A. 1999