

ÍNDICE.

Pág.

1. Introducción al Cáncer de mama. 2

- Necesidad de un equipo multidisciplinario. 2
- Importancia del diplomado en enfermería en las unidades oncológicas. 3
- Síntomas del Cáncer de mama. 4
- Clasificación de los tumores según su velocidad de crecimiento. 7
- Clasificación TNM de los tumores malignos mamarios. 8

2. Proceso de atención de enfermería en una mujer mastectomizada. 11

Bibliografía 18

1) Introducción al Cáncer de mama.

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 concienciación 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.

1.1) Necesidad de un equipo multidisciplinario.

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 multidisciplinario 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.

1.2) Importancia del diplomado en enfermería en la unidades oncológicas.

Valoración del ser humano.

La integración bio-psico-social.

La persona es un ser único, dinámico y en constante evolución, compuesto de diferentes esferas: biológica, psíquica, socio-económica y cultural, todas ellas interrelacionadas y tendiendo al equilibrio para alcanzar el tan anhelado estado de bienestar.

Cada esfera tiene unas necesidades específicas a cubrir, cuya alteración nos conducirá al desequilibrio del individuo.

Ejemplos:

- La mastectomía como intervención quirúrgica va a producir una alteración directa en la esfera física de la persona: quirófano, anestesia general, herida quirúrgica, etc...
- Dentro de las necesidades emocionales, tenemos al amor-afecto, con un peso específico importante, tanto desde el yo me amo, como el yo amo a los demás. La mastectomía altera muy directamente el yo me amo de la mujer; surgen sentimientos de minusvalía, de objeto deteriorado, pérdida de atractivo sexual, y todo ello conduce al desequilibrio de la esfera psíquica de la persona.
- Todos tenemos la necesidad de indentificarnos dentro de nuestro ámbito social. Por todos los sentimientos carenciales que se presenta, las pacientes mastectomizadas adoptan un comportamiento estigmatizado. El estigma es un atributo cuyo efecto desacreditador ante los demás es amplio y profundo. El conocimiento público de este atributo produce un deterioro muy importante de la identidad social.

1.3) Síntomas del Cáncer de mama.

Los síntomas clínicos más comunes son:

–**Tumor:** Suele tratarse de una tumoración dura, de consistencia pétrea y límites imprecisos. Cuando el tumor es descubierto por la propia mujer, lo que sucede en un alto porcentaje de casos, como se ha dicho anteriormente, el hallazgo es causal y fortuito. A veces, la paciente suele describir el tumor como algo distinto y diferenciado claramente del resto del parénquima mamario.

Dada la dureza del nódulo y el edema peritumoral que existe, es a veces posible encontrar, a la palpación, tumores de pequeño tamaño, especialmente en mamas grasas o seniles.

En mamas pequeñas y displásicas, es posible observar nódulos glandulares muy definidos con respecto al resto de glándula, que han crecido en poco tiempo y que, en su interior, puede existir una pequeña neoplasia.

Algunas neoplasias en estadíos avanzados invaden la piel, necrosándola, y se exteriorizan en forma de tumor ulcerado.

–**Dolor:** No es un síntoma común ni característico del cáncer de mama, a excepción de los carcinomas inflamatorios. Cuando aparece, suele ir asociado al tumor y se localiza en la zona peritumoral, manifestándose en forma de punzadas, sensación urente, etc.

En mujeres postmenopáusicas, en las que la mama no se encuentra sometida a cambios hormonales, el dolor mamario localizado y persistente, siempre que no se deba a una causa extremaría, obliga a descartar una neoplasia oculta.

Mujeres jóvenes con displasias severas pueden presentar mamas dolorosas y, de forma paralela, evidenciarse la existencia de una neoplasia. En este caso, el dolor no es un signo patognomónico; tan solo acompaña al proceso.

–**Cambios cutáneos:** Los tumores mamarios, incluso los de pequeño tamaño, pueden originar alteraciones cutáneas, que pueden orientar de forma precoz en la exploración clínica, hacia un proceso neoformativo. Entre ellos, destacamos:

- Aumento unilateral de una mama cuando el desarrollo del seno ha terminado y no se ha producido traumatismo alguno, ingesta de fármacos u otro tipo de condicionantes. Aunque es más frecuente verlo asociado a tumores benignos, por desplazamiento del tejido glandular, no es raro observarlo en procesos neoformativos, especialmente en mamas displásicas, o en neoplasias situadas en la parte posterior del seno.

Los carcinomas de tipo escirro producen, por infiltración, retracciones importantes en la mama afecta, apreciándose claramente una asimetría mamaria que se acentúa progresivamente.

- Aumento de la red vascular de forma unilateral, no visible hasta ese momento, y en ausencia de signos cutáneos de tipo infeccioso o inflamatorio que pudieran motivarla.

Este aumento de la red vascular se cree debido a una neoformación de vasos por parte del tumor o a mayor demanda de sangre debido al crecimiento rápido del tumor.

- Signos inflamatorios localizados o generalizados en toda la mama, siempre que previamente se haya descartado la presencia de una mastitis aguda o crónica. Los procesos inflamatorios localizados suelen deberse a tumores de crecimiento rápido y no suelen abarcar más de un cuadrante del seno. Los generalizados forman parte del cuadro de la mastitis carcinomatosas, con presencia de enema cutáneo y piel de naranja, y toda la mama presenta un color rojo vinoso.
- Retracción cutánea, signo patognomónico de los tumores malignos, por infiltración tumoral de los pequeños vasos linfáticos. Su aparición no guarda relación con el tamaño del tumor, ni con su localización. A veces es la primera manifestación de la neoplasia.

– **Alteraciones del pezón :**

- Retracción del pezón. Los tumores situados en la zona retroareolar infiltran el espacio periductal, provocando la retracción del pezón. Por contraposición los procesos inflamatorios de la zona suelen originar umbilicación del mismo.
- Secreción hemática por el pezón (telorragia). La secreción hemática uniorificial se debe a procesos tumorales de los conductos galactóforos. En un 95% corresponden a tumores benignos (papilomas) , y tan solo en un pequeño porcentaje se deben a neoplasias de tipo papilar. Es más frecuente observarla en mujeres en la edad media de la vida, por lo que se hace necesario descartar siempre un proceso canceroso. La secreción acuosa, transparente, por un solo conducto galactóforo, se ha relacionado con la existencia de carcinomas lobulillares.
- La existencia de úlceras, eccema crónico, o cambios del color en el pezón y areola y que no varían tras tratamiento farmacológico, plantea la necesidad de efectuar una biopsia para descartar la enfermedad de Paget.

– **Adenopatías:**

- Adenopatías axilares. A la palpación es habitual el hallazgo de adenopatías axilares de pequeño tamaño, dura o empastada, sugiere patología infecciosa o tumoral mamaria o extramamaria, que debe ser valorada y tratada. A veces, la primera manifestación de un carcinoma mamario es una adenopatía axilar, sin evidenciarse un tumor mamario (tumor in situ) , o ser éste de muy pequeño tamaño.
- Adenopatías supraclaviculares. Su presencia indica siempre un proceso tumoral, ya sea mamario, digestivo, hemático, o pulmonar.

1.4) Clasificación de los tumores según la velocidad de crecimiento.

En función de la velocidad de crecimiento, los tumores mamarios se clasifican clínicamente según el concepto del PEV (pououssé evolutive), estableciendo por el Instituto Gustav Roussy de París, en:

PEV 0: Tumores que crecen muy lentamente.

PEV 1: Tumores con crecimiento rápido, percibido por la propia paciente o por el médico en dos controles sucesivos.

PEV 2: Tumores de crecimiento rápido con signo inflamatorio localizados en un solo cuadrante de la mama.

PEV 3: Cáncer infla matorio o mastitis carcinomatosa. Los signos inflamatorios abarcan toda la mama.

1.5) Clasificación TNM de los tumores mamarios.

TUMOR (T):

TX: No existen datos sobre tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ. Carcinoma intraductal o lobular in situ, enfermedad de Paget sin tumor objetivable.

T0: Tumor no palpable.

T1: Tumor hasta 2 cm. en su máxima extensión, aunque invada el pectoral mayor.

T2: Tumor entre 2–5 cm. en su máxima extensión, aunque invada el pectoral mayor.

T3: Tumor de más de 5 cm. en su máxima dimensión, aunque invada el pectoral mayor.

T4: Tumor de cualquier tamaño, con fijación a la pared costal o piel. (La pared costal incluye: costillas, músculos intercostales y músculo serrato anterior, pero no el músculo pectoral).

T4a: Extensión a pared torácica.

T4b: Edema cutáneo (incluyendo piel de naranja), úlceras cutáneas o nódulos satélites en la propia mama.

T4c: Ambas posibilidades.

T4d: Carcinoma inflamatorio de la mama.

ADENOPATÍAS (N):

N0: Adenopatías axilares no metastásicas.

N1: Adenopatías axilares ipsilaterales metastásicas.

N2: Adenopatías axilares ipsilaterales metastásicas con fijación a la grasa axilar u otras estructuras de la zona.

N3: Metástasis en adenopatías de la cadena mamaria interna ipsilateral.

METASTASIS

M0: Ausencia de metástasis.

M1: Metástasis a distancia más allá de la propia mama y de los ganglios de la axila y cadena mamaria interna.

ESTADIOS DEL CANCER DE MAMA

ESTADIO 0 Tis No M0

ESTADIO 1 T1 N0 M0

ESTADIO IIA T0 N1 M0

T1 N1 M0

T2 N0 M0

ESTADIO IIB T2 N1 M0

T3 N0 M0

ESTADIO IIIA T0 N2 M0

T1 N2 M0

T2 N2 M0

T3 N1–N2 M0

ESTADIO IIIB T4 N ** M0

T * N3 M0

ESTADIO IV T* N ** M1

2) PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

Información proporcionada por la paciente:

Nombre: María

Apellidos: Pérez Rodríguez.

Edad: 50 años.

Acompañada por: Su esposo.

Peso: 68 Kg.

Talla: 1.63 metros.

Alergias: Ninguna conocida.

Medicamentos: Calmantes para el dolor.

Diagnóstico médico: Cáncer de mama.

La señora María Pérez Rodríguez de 50 años de edad, ingresó en nuestro servicio el día 10 de Mayo del 2000 a las 9 horas, diagnosticada de cáncer de mama y se le va a realizar una **mastectomía en la mama derecha**. Nosotros nos vamos a centrar en los cuidados que esta mujer tiene que recibir por parte del personal de enfermería una vez que ya ha sido operada y llega a la planta de hospitalización, es decir, el postoperatorio.

Valoración.

Tras ser realizada la mastectomía, la paciente es subida a la planta. Llega consciente y asustada por la intervención que le han realizado.

Las constantes vitales que presenta son las siguientes:

.– Pulso: 80 pul/min.

.– Frecuencia respiratoria: 18 resp./min.

.– Presión arterial: 130/80 mm. Hg.

- Le movemos la extremidad de forma pasiva y observamos que hay un deterioro de la movilidad. Además presenta hinchazón del brazo derecho.

Diagnósticos.

Deterioro de la movilidad relacionado con intervención quirúrgica manifestado por dolor, fatiga a la hora de mover hombro y brazo derecho.

Temor a verse la herida manifestado por angustia y preocupación en el momento de la cura.

Retención de líquido en el brazo derecho manifestado por linfedema.

Planificación.

Una vez que ya tenemos la valoración y el diagnóstico pasamos a la fase de planificación.

Para planificarnos, lo primero que vamos a hacer es marcarnos los objetivos que esta paciente tiene que conseguir y a continuación daremos las actividades que la enfermera tiene que realizar para aplicarles sus cuidados.

OBJETIVOS:

- .– A la paciente se le irá reduciendo poco a poco la hinchazón provocada por el linfedema hasta la desaparición del mismo.
- .– La señora sabrá realizar los ejercicios recomendados por el personal de enfermería para su rehabilitación.
- .– La paciente aprenderá las actividades que puede realizar en su vida cotidiana.
- .– Llevará a cabo una dieta en la que se incluyan pocas grasas.
- .– Aprenderá a lavarse y curarse la herida.
- .– Del mismo modo también aprenderá a hacer un vendaje compresivo de todo el tórax con venda elástica, sujetándolo a modo de tirante en el hombro sano.
- .– La paciente dispondrá de la información necesaria para calmar su ansiedad y conseguir la plena integración en su entorno.

CUIDADOS:

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio se planifican en función de las necesidades de la paciente y de acuerdo al plan terapéutico establecido.

Las primeras actividades de enfermería que tenemos que realizar de momento que la paciente recién operada nos llega a la planta son las siguientes:

- Valoración inicial del estado de la paciente: nivel de conciencia, agitación, constantes vitales, aspecto de los apósitos, permeabilidad de los drenajes, control de la cantidad y aspecto del líquido drenado y conexión al sistema aspirativo adecuado.
 - Valoración del nivel de dolor y administración de la analgesia prescrita.
 - Colocación del brazo del lado invertido en posición elevada para facilitar el drenaje de las vías linfáticas y venosas.
 - Velar para que el ambiente que rodea a la paciente sea limpio tranquilo y seguro.
 - Proporcionarle a la paciente el bienestar físico y psíquico durante la estancia en el hospital.
- Pasadas 24 horas de la intervención, se debe estimular a la paciente para que inicie la práctica de sus actividades habituales, como son: lavarse, peinarse, etc. Empezar la movilización activa levantándose de la cama, acudiendo al servicio, dando pequeños paseos por la habitación, etc. Además tiene que ir esforzándose en tener una alimentación equilibrada.
- Valorar los conocimientos de la paciente para rectificarlos o ampliarlos por medio de la entrevista de enfermería.
- A las 48 horas:
- Explicar a la paciente los cuidados que se le van a realizar.
 - Controlar y retirar el apósito quirúrgico.
 - Comprobar el aspecto de la herida, prestando especial atención a la aparición de hematomas y seromas.
 - Pintar la zona con Povidona yodada, tapar con gasa estéril, procurando que sea un vendaje compresivo y

que adopte una forma similar a la de la mama no afectada (en caso de mastectomía unilateral).

e) Cubrir con venda elástica todo el tórax.

f) Iniciar la recuperación mediante ejercicios.

– A las 72 horas:

– Retirar el redón (excepto si la paciente ha sido previamente irradiada, en cuyo caso se retirará bajo criterio facultativo).

– Luego hay que recomendar duchas con agua y jabón neutro. Tenemos que curarla con Betadine y ponerle un apósito nuevo cada día. También es muy importante hacer partícipe de la información de los cuidados al familiar más allegado.

En esta fase de la hospitalización debemos valorar la existencia de cuadros depresivos en estas pacientes, ya que pueden pasar fácilmente desapercibidos en personas físicamente enfermas. Esto se debe a que nosotros nos podemos llegar a ocupar más del tratamiento de los problemas físicos dejando en un segundo plano los problemas emocionales

– Enseñar a la paciente a realizar ejercicios para que los realice diez días después de la intervención. Antes de los diez días, puede realizarlos de manera progresiva y sin forzar.

Repetir cada ejercicio hasta llegar a 10 veces cada uno.

No practicarlos un tiempo superior a 20 minutos.

Los ejercicios deben ser sencillos como: abrocharse el collar, abrocharse el delantal, peinarse, fregar cristales o abrocharse el sujetador.

– Más adelante, cuando la paciente vaya a recibir el alta la tenemos que informar o incluso enseñarle los cuidados que ella mismo se tiene que realizar.

.– Tenemos que decirle qué actividades puede realizar en su vida cotidiana.

.– Recomendarle una dieta sin grasas.

.– Enseñarle como se tiene que lavar y curar la herida.

.– Explicarle los cambios que observará en la incisión a lo largo de la fase de cicatrización.

.– Enseñarla a hacer un vendaje compresivo de todo el tórax con venda elástica, sujetándolo a modo de tirante en el hombro sano.

.– Decirle que es muy importante que el vendaje debe quedar amplio y firme.

.– Proporcionarle información sobre la existencia de prótesis y la sistemática a seguir para su utilización. Dirigirla para su colocación (a través de consultas externas y cirujano responsable de la paciente).

.– Informarle sobre los tratamientos coadyudantes y los efectos secundarios más conocidos y derivados de los mismos: náuseas, vómitos, astenia, alopecia, etc. Y sobre la existencia de métodos para aliviarlos.

.– Indicarle la necesidad de presentarse a las visitas de control.

Evolución y evaluación.

La paciente D^a María Pérez Rodríguez evoluciona favorablemente tras la realización de nuestros cuidados cumpliendo todos los objetivos propuestos en el proceso de atención de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA.

La mastectomía, soluciones a un problema. Montserrat Herranz Martín.

10

1