

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

**PLAN DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS
ESTANDARIZADO PARA PACIENTES
MASTECTOMIZADAS CON RECONSTRUCCIÓN
INMEDIATA CON COLGAJO TIPO DIEP.**

Autor/a: Irene Jiménez Ruiz.

Tutor/a: Prof^a. Dra. Mercedes Gómez del Pulgar.

Convocatoria: Junio 2015.

Índice

1. Resumen.....	4
2. Introducción	6
3. Marco teórico.....	7
3.1. La mama	7
3.2. El Cáncer de mama.....	7
3.2.1. Clasificación del cáncer de mama según su estadio.....	8
3.2.2. Clasificación del cáncer de mama según la forma de las células cancerosas	14
3.3. Epidemiología.	15
3.3.1. Cáncer de mama en el mundo	15
3.3.2. Cáncer de mama en España	16
3.4. Etiología.....	17
3.5. Clínica.....	18
3.6. Diagnóstico.	18
3.7. Tratamiento.....	19
3.8. Cuidados y papel de la enfermería	27
3.9. Justificación	28
4. Descripción del paciente tipo	30
5. Valoración general	31
6. Plan de cuidados	34
7. Evolución del plan de cuidados	53
8. Implicaciones para la práctica clínica	54

9. Conclusiones	55
10. Reflexión antropológica	56
11. Bibliografía.....	57

1. Resumen

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres de todo el mundo entre los 45 y los 65 años de edad. Su incidencia está aumentando debido al envejecimiento de la población y al cambio en el estilo de vida además de un diagnóstico cada vez más precoz. Esto último es la base para un mejor pronóstico y mejores resultados. Los avances en cirugía están consiguiendo que sea posible una reconstrucción mamaria inmediata, lo que disminuye notablemente el impacto psicológico en la mujer.

La técnica con colgajo tipo DIEP consigue unos resultados realmente buenos ya que, la piel abdominal es el tejido más parecido al de la mama. En este punto, el papel de la enfermera es esencial debido a que, será ella la que revisará continuamente si la zona intervenida sigue su curso normal y la que informará de cualquier cambio que surja en la misma. Además será la que acompañe a la paciente y le proporcione apoyo, seguridad y tranquilidad en todo momento. En esto último se basa este trabajo, en un plan de cuidados estandarizado donde queda reflejado el trabajo y la importancia de la enfermería ante una paciente mastectomizada con reconstrucción inmediata.

Palabras clave: cáncer, mama, reconstrucción, enfermería, cuidados.

Summary:

Breast cancer is the most common tumour suffered all over the world by women between 45 and 65. Breast cancer incidence is currently increasing due to both: the population ageing process and changing lifestyle. On the one hand, early diagnosis must be considered, becoming the key for richer prognosis and best healing results. On the other hand, as a consequence of surgery improvements, an immediate breast reconstruction is possible, reducing significantly the patients' psychological impact.

The DIEP flap technique is achieving pretty good results as abdominal human skin is the most similar to breast tissue. On this point, nurses play an essential role due to the continued review of the surgical site made by, informing the surgeon of any change that could arise, accompanying the patient at all times and providing support, safety and peace of mind. This is the key task for nurses, drawing up a standard plan of care which mirrors the significance of

the role played by Nursery in connection with patients who have had a mastectomy and an immediate breast reconstruction.

Key words: cancer, breast, reconstruction, nursery, plan of care.

2. Introducción

La mama tiene mucha importancia en el cuerpo de una mujer. Si bien es cierto que el cáncer de mama puede afectar a ambos sexos, nos centraremos en la mujer ya que, el impacto psicológico al tener que realizar una mastectomía, es mayor en este sexo.

El cáncer es una enfermedad que, desgraciadamente, sigue aumentando su incidencia y para la que no existe una cura. Existen múltiples tipos de cáncer de mama pero el más común es el adenocarcinoma. Es el tipo de cáncer femenino más común después de los cánceres de piel afectando a mujeres en edades comprendidas entre 35 y 80 años. Se estima que 1 de cada 8 mujeres padecerán este tipo de cáncer.

Se han descrito diversos factores de riesgo que predisponen a padecer un cáncer de mama, así como factores protectores. La herencia, el hecho de haber padecido un cáncer previo, los estrógenos o los factores ambientales son algunos que aumentan el riesgo, sin embargo el consumo de fruta, verduras y antioxidantes naturales se ha declarado como factor protector del cáncer de mama.

Por otro lado, es muy importante la detección temprana para prevenir o para conseguir un mejor pronóstico. Se puede decir que lo más importante es la autoexploración mamaria, mediante la que se descubren posibles nódulos, y la exploración clínica donde se podrían observar signos y síntomas que pudiesen indicar la presencia de un cáncer de mama.

Una vez diagnosticado el cáncer, se elegirá la forma de tratamiento más adecuada para cada caso. Aquí se incluye tanto el tipo de mastectomía, si fuese necesario realizarla, como el tipo de reconstrucción.

Las mujeres que deciden realizarse una reconstrucción mamaria son informadas por el cirujano plástico de todas las opciones y de cuál es la más adecuada para cada paciente. Es en el momento del postoperatorio donde entra en juego y cobra más importancia el papel de la enfermera. Ésta tiene que estar capacitada y preparada para tratar a este tipo de pacientes ya que, requerirán unos cuidados más orientados al bienestar psicológico que, a la realización de técnicas. Por ello es esencial tener en cuenta a la persona en su totalidad, sabiendo qué le rodea y cuáles son las necesidades que tenemos que cubrir en cada momento.

3. Marco teórico

3.1. La mama

La mama es una glándula cuya función principal es la producción de leche durante el período de lactancia.

Está constituida por múltiples lóbulos y lobulillos donde se produce la leche. Los lóbulos y lobulillos están unidos por una serie de tubos denominados ductos o conductos galactóforos que conducen la leche hacia el pezón.¹

También contiene vasos sanguíneos cuya función es proporcionar sangre a la glándula y vasos linfáticos, que son los encargados de recoger la linfa.

Los vasos linfáticos confluyen en pequeñas formaciones redondeadas denominadas ganglios linfáticos que se encuentran en la axila y a ambos lados del esternón.¹

Además, la glándula está rodeada de tejido graso que proporciona consistencia y volumen a la mama.¹

3.2. El Cáncer de mama

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células mamarias. Se produce cuando un grupo de células cancerosas crecen e invaden los tejidos circundantes o bien, se propagan a diferentes áreas del cuerpo. Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer.²

El tipo de cáncer más común es el adenocarcinoma, un cáncer que comienza en las células epiteliales que revisten los órganos y tejidos de la mama.³

3.2.1. Clasificación del cáncer de mama según su estadio

El cáncer de mama se puede clasificar en función de su estadio y en función de la forma en que las células cancerosas se ven con un microscopio. ⁴

Los estadios del cáncer de mama son los siguientes:

3.2.1.1. *Estadio 0 o carcinoma in situ:*

Carcinoma ductal in situ (CDIS): este tipo de carcinoma se considera no invasivo ya que, las células cancerosas no han invadido las paredes de los tejidos que rodean a la mama, por tanto, no pueden hacer metástasis. ³

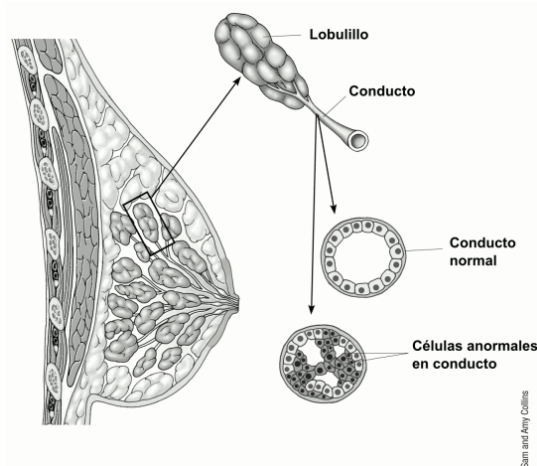


Imagen 1 Carcinoma ductal in situ. American Cancer Society.

Carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI): este tipo de cáncer es el más común. Comienza en un conducto lácteo de la mama y se va extendiendo a través de su pared hasta llegar al tejido adiposo donde comienza a crecer. Aquí es donde puede propagarse hacia otras partes del cuerpo mediante el sistema linfático y el torrente sanguíneo. ³

Carcinoma lobulillar in situ (CLIS): en este caso, hay células anómalas en los lobulillos de la mama. En principio, este tipo de cáncer se vuelve invasivo ya que, se puede propagar a otras partes del cuerpo.



Imagen 2 Carcinoma lobulillar in situ. Instituto Nacional del Cáncer.

Enfermedad de Paget del pezón: las células anómalas las encontramos en el conducto de la mama y se va propagando hacia la piel del pezón y la areola. En este caso, la piel del pezón y la areola puede presentar costras, escamas, enrojecimiento, sangrado o supuración.⁵

3.2.1.2. Estadio I

Aquí, el cáncer ya está formado. Encontramos 2 tipos:

Estadio IA: en este caso, el tumor mide 2 cm o menos y no se ha diseminado fuera de la mama.

Estadio IB: en este estadio encontramos pequeños racimos de células cancerígenas que miden entre 0,2 y 2 milímetros y que se encuentran en los ganglios linfáticos. En el estadio IB se pueden dar dos situaciones, una de ellas es que no haya tumor en la mama y la otra, que el tumor exista y mida 2 cm o menos.⁴

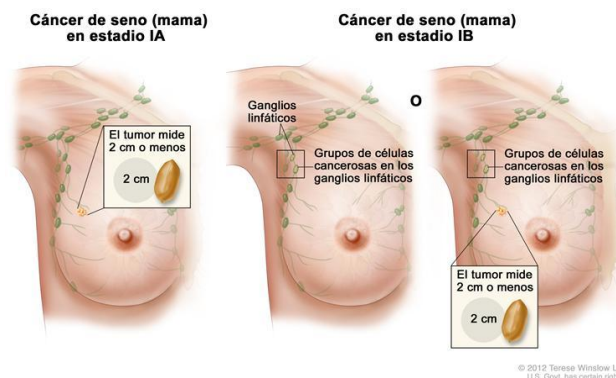


Imagen 3 Estadio IA y IB. Instituto Nacional del Cáncer.

3.2.1.3. *Estadio II.*

Al igual que el estadio I, se divide en:

Estadio IIA: en este caso, podemos encontrar 3 posibilidades:⁴

- No encontramos tumor en la mama pero, encontramos células cancerígenas en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o ganglios linfáticos situados cerca del esternón.
- El tumor de la mama mide 2 cm o menos y, además, encontramos cáncer en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o los situados cerca del esternón.
- El tumor mide entre 2 y 5 cm pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos.

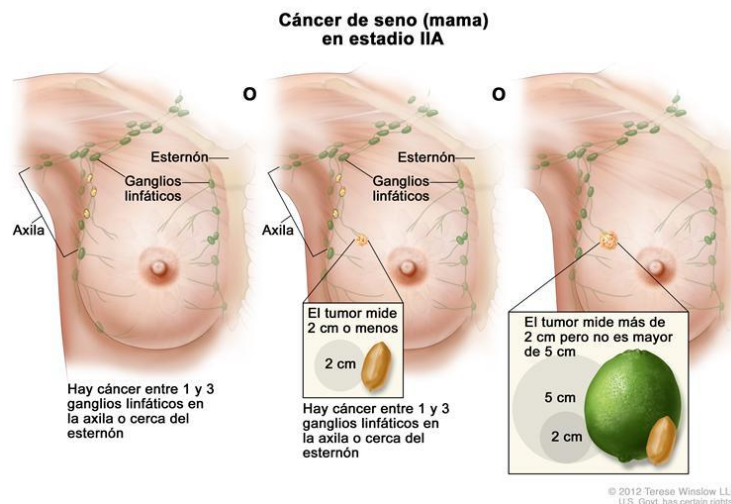


Imagen 4 Estadio IIA. Instituto Nacional del Cáncer.

Estadio IIB: para considerar un cáncer en estadio IIB, el tumor debe tener una de las siguientes características:⁴

- Medir entre 2 y 5 cm y encontrar pequeños racimos de células cancerosas en los ganglios linfáticos (entre 0,2 y 2 milímetros).
- El tumor mide entre 2 y 5 cm y se ha diseminado a 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón.
- El tumor mide más de 5 cm pero, no se ha diseminado a los ganglios linfáticos.

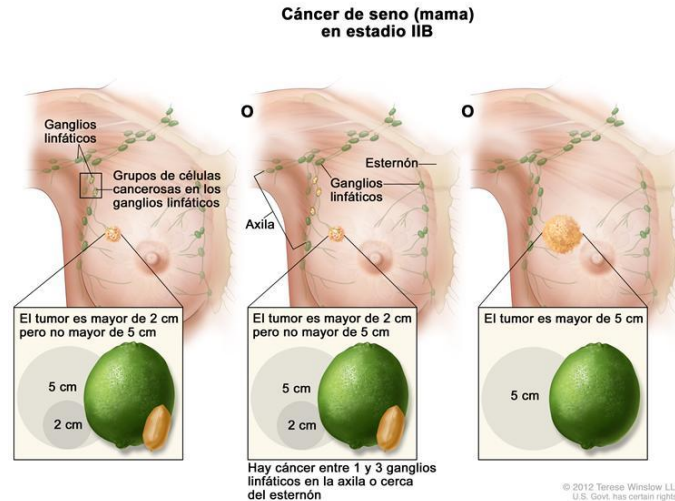


Imagen 5 Estadio IIB. Instituto Nacional del Cáncer.

3.2.1.4. *Estadio III.*

Hay 3 tipos dentro de este estadio:⁴

Estadio IIIA:

- No hay tumor en la mama o no tiene que tener un tamaño estimado. Encontramos cáncer en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón.
- El tumor mide más de 5 cm y se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos que miden entre 0,2 y 2 milímetros.
- El tumor mide más de 5 cm y se ha diseminado a 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón.

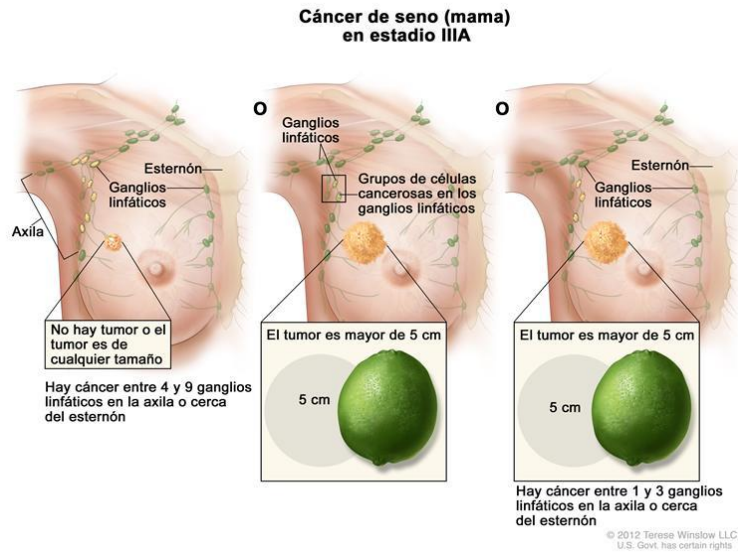


Imagen 6 Estadio IIIA. Instituto Nacional del Cáncer.

Estadio IIIB: en este estadio, el tamaño del tumor es indiferente y el cáncer está diseminado hacia la pared torácica o la piel de la mama, provocando una inflamación o una úlcera. Además de esto, se puede diseminar a 9 de los ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón.⁴

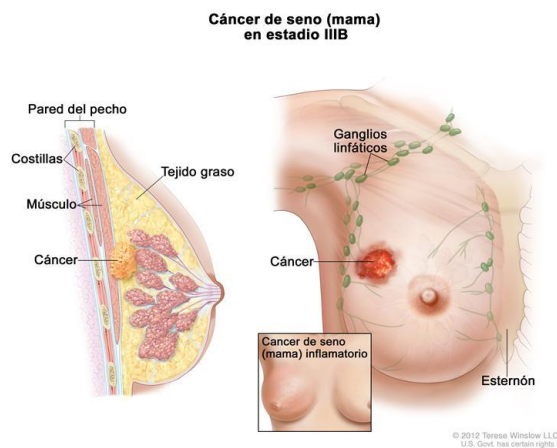


Imagen 7 Estadio IIIB. Instituto Nacional del Cáncer.

Estadio III C: en este caso, no encontramos tumor en la mama o éste puede ser de cualquier tamaño además, el cáncer puede diseminarse hasta la pared torácica del pecho o a la piel de la mama causando hinchazón o la aparición de una úlcera. Otras zonas donde puede diseminarse son las siguientes: 10 o más ganglios linfáticos axilares, los ganglios que se encuentran encima o debajo de la clavícula o los situados cerca del esternón.⁴

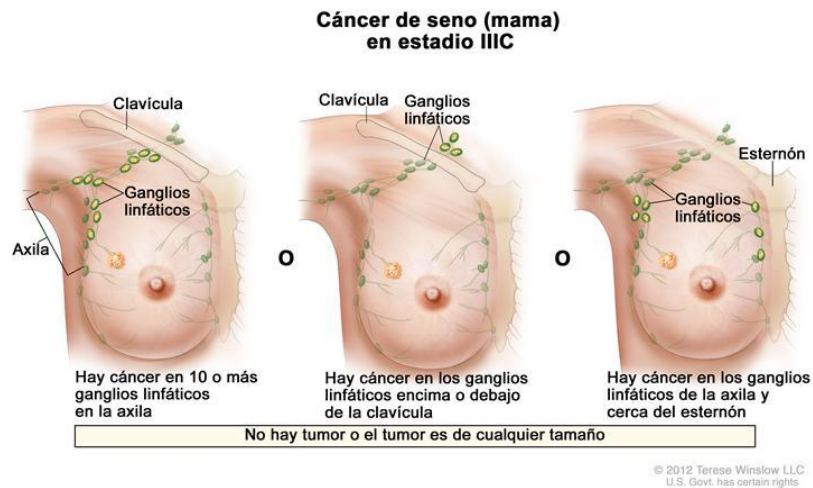


Imagen 8 Estadio III C. Instituto Nacional del Cáncer.

3.2.1.5. Estadio IV.

En el estadio IV, el cáncer está muy avanzado de manera que se ha extendido hacia otras partes del cuerpo. Las más frecuentes son los huesos, pulmones, hígado o cerebro.⁴

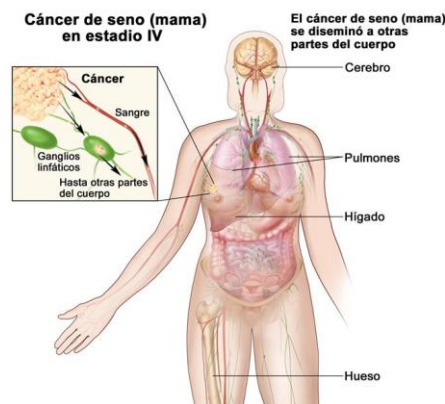


Imagen 9 Estadio IV. Instituto Nacional del Cáncer.

3.2.2. Clasificación del cáncer de mama según la forma de las células cancerosas

Si hacemos una clasificación del cáncer de mama en función de la forma de las células cancerosas tenemos diferentes tipos de cáncer. Los más comunes son el carcinoma ductal in situ, carcinoma ductal invasivo y el carcinoma lobulillar invasivo, comentados anteriormente. Sin embargo, existen otros tipos de cáncer de mama menos comunes como son:³

3.2.2.1. *Cáncer inflamatorio de mama:*

Este tipo de cáncer hace que la piel de la mama se encuentre inflamada, aumente de grosor y aparezcan hoyuelos similares a la cáscara de naranja. Esto es provocado por el bloqueo que producen las células cancerosas en los vasos linfáticos de la piel. La mama afectada puede aumentar de tamaño, volverse más sensible y aparecer sensación de picazón.³

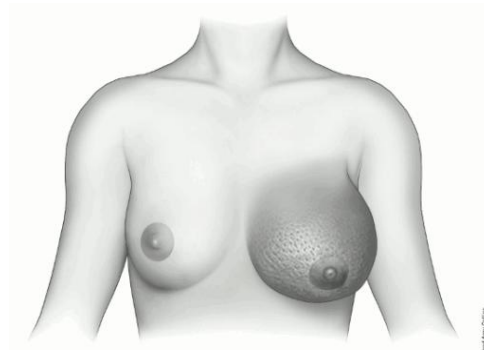


Imagen 10 Cáncer inflamatorio de mama. American Cancer Society.

3.2.2.2. *Tumor filoides:*

Este tipo de tumor se forma en el estroma de la mama, es decir, en el tejido conectivo. Por lo general, son benignos y muy poco frecuentes.³

3.2.2.3. *Angiosarcoma:*

El angiosarcoma es un tipo de cáncer que se origina en las células que cubren los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. Suele aparecer como consecuencia de la radioterapia dirigida a la mama y se presenta en muy raras ocasiones.³

Así mismo, el carcinoma invasivo tiene diferentes subtipos. Son los siguientes:³

- Carcinoma quístico adenoide (o adenoquístico).
- Carcinoma adenoescamoso de bajo grado (un tipo de carcinoma metaplásico).
- Carcinoma medular.
- Carcinoma mucinoso (o coloide).
- Carcinoma papilar.
- Carcinoma tubular.

3.3. Epidemiología.

3.3.1. Cáncer de mama en el mundo

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo (a excepción de los tumores o cánceres de piel no melanomas). Representa el 16% de todos los cánceres femeninos.⁵

La incidencia del cáncer de mama aumentó un 20% entre el 2008 y el 2012, con 1,67 millones de nuevos casos diagnosticados, lo que lo convierte en el segundo tipo de cáncer más común en el mundo; y el más frecuente entre las mujeres (324.000 muertes en 2012), tanto en el mundo desarrollado como en desarrollo.

La mortalidad de este tipo de cáncer se incrementó en esos cuatro años un 14% con un total de 522.000 muertes en 2012, aunque es aún la quinta causa de muerte por la enfermedad, según los últimos datos divulgados en Ginebra por la OMS (Organización Mundial de la Salud).⁵

Según David Forman, de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), “a medida que avanzan los países en desarrollo experimentan a su vez cambios en el estilo de vida que aumentan la incidencia de dicha enfermedad. Mientras que los avances médicos no llegan a tiempo a las mujeres de esas regiones”.⁶

Entre los cambios de estilo de vida con incidencia sobre el cáncer de mama, Forman destacó “la dieta, cambios hormonales y nuevas pautas reproductivas”, ya que las mujeres ahora tienen menos hijos, más tarde y los amamantan durante menos tiempo.

Del total de casos de cáncer diagnosticados en 2012, el 25% fueron de mama, de los que 883.000 se registraron en países menos desarrollados y 794.000 en el mundo desarrollado.

La prevalencia y mortandad de dicho cáncer irá en aumento en los próximos años, ya que según las previsiones de las OMS, para 2025 habrá hasta 2,5 millones de nuevos casos y hasta 800.000 muertes.

La parte positiva de todo esto, está en que el cáncer de mama es uno de los que más avances han logrado en su tratamiento, con un alto grado de efectividad si se detecta en fases tempranas, algo para lo que es imprescindible incluir mamografías en la rutina de los servicios médicos de todos los países.

“Con la correcta combinación de medidas, que abarcan quimioterapia, radioterapia, tratamientos hormonales y cirugía, podemos curar casi el 95% de los casos de cáncer de mama”; afirmó el presidente de la prevención de la IARC en una entrevista, Rengaswamy Sankaranarayanan.

Los tipos de cáncer más comunes son el de pulmón, que representa el 13% del total (1.8 millones de casos); el de mama un 12%, y por último el de colon, que supone el 9,7% del total (1.4 millones).⁷

3.3.2. Cáncer de mama en España

La incidencia en España del cáncer de mama es baja. Es menor que la de Estados Unidos y Canadá, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica, Alemania, Francia y Suiza. Es similar al resto de países de la Europa Mediterránea, Centroeuropea, Portugal e Irlanda.

En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. No obstante, no disponemos de un Sistema Nacional de registro de tumores para conocer cifras exactas.

Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y los cambios en los estilos de vida, y a un diagnóstico cada vez más precoz. El aumento de la incidencia se estima en un 1-2% anual y es constante desde 1960 en Estados Unidos.

Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.

En España existe una distribución geográfica de incidencia notablemente variable según las provincias. Así en Cataluña la tasa de incidencia es de 83,9 casos/ 100.000 habitantes, mientras que la media nacional se sitúa en 50,9 casos/ 100.000 habitantes.⁸

3.4. Etiología.

Uno de los factores de riesgo predisponentes para padecer cáncer de mama es la edad. Su incidencia aumenta con la misma y es esencial diagnosticarlo antes de los 20 años. Se estima que el riesgo de desarrollar un cáncer de mama entre los 20 y 40 años de edad es de 0.49% y llega a 5.5% entre los 65 y 85 años.⁹

La herencia familiar genética también es un factor de riesgo, sin embargo, la mayoría de los cánceres de mama diagnosticados son esporádicos, es decir, no están relacionados con antecedentes familiares.

El hecho de haber padecido un cáncer de mama anterior aumenta el riesgo de que aparezca uno nuevo en la misma mama, o en la contralateral. Aquellas mujeres con antecedentes de hiperplasia de células ductales o lobulillares tienen más riesgo.

Los estrógenos también son un factor importante en cuanto a la aparición de cáncer, tanto la menarquía antes de los 11 años como la menopausia después de los 54 de años de edad, incrementan el riesgo de padecer cáncer de mama, así como la nuliparidad (ausencia de partos previos). También es considerado como un factor de riesgo tener el primer embarazo después de los 30 años de edad, sin embargo, la lactancia se considera un factor protector debido a la proliferación y diferenciación del tejido mamario durante la gestación.¹⁰

En cuanto a los factores ambientales, se ha demostrado que la exposición a la radiación ionizante produce formación de dímeros de timina (base nitrogenada) y rotura de una o varias cadenas de ADN.

El consumo de alcohol también es considerado un factor de riesgo ya que, contiene acetaldehído.

La obesidad es un factor controvertido. Algunos estudios aseguran que la obesidad en mujeres postmenopáusicas aumenta los estrógenos y, por tanto, aumenta el riesgo de aparición de cáncer de mama. Sin embargo, otros estudios no muestran diferencias en relación a la dieta y el cáncer de mama. Se han descrito como factores protectores el consumo de fruta, verduras y antioxidantes naturales.¹¹

3.5. Clínica

Cuando hay indicios de cáncer de mama lo más común, es que aparezca una masa no dolorosa, dura y con bordes irregulares en la mama. A esto, se le puede añadir hinchazón de la mama, irritación de la piel, dolor, retracción de los pezones, enrojecimiento o secreción del pezón.¹²

Es muy importante detectar precozmente cualquiera de estos signos y síntomas ya que, una detección temprana del cáncer de mama puede prevenir posibles complicaciones y mejorar el pronóstico en la mayoría de los casos.

3.6. Diagnóstico.

El diagnóstico del cáncer de mama se basa en la detección precoz de la enfermedad.¹³

Para poder detectar un cáncer de mama es necesario el autoexamen mamario, la exploración clínica, estudios químicos de sangre, ecografía, biopsia, mamografía y ultrasonografía.¹⁴ La autoexploración mamaria es una técnica considerada esencial en el diagnóstico del cáncer de mama ya que, la mayoría de los nódulos son diagnosticados por la mujer gracias a ella. Con la autoexploración no se consigue una reducción de la mortalidad, simplemente con esta técnica los tumores que se detectan son de menor tamaño y tienen mejor pronóstico.

La autoexploración se recomienda que la realicen todas las mujeres a partir de los 20 años, entre el quinto y el séptimo día posterior al ciclo menstrual. Aquellas mujeres que ya no presenten menstruación, lo deberán realizar un día específico de cada mes. Con esto lo que se pretende es habituar a las mujeres para que mejoren la técnica. ¹⁴

Se puede decir que la técnica de autoexploración mamaria consta de 2 pasos. Uno de ellos es la inspección de ambos pechos. Se debe realizar frente a un espejo y observar que el tamaño y la posición de ambos sean simétricos, tendremos que vigilar la aparición de cambios en la textura de la piel o eccemas alrededor del pezón, desviación o retracción del mismo, o salida de secreciones. ¹⁵

El otro paso es la palpación de posibles bultos o nódulos en el pecho. Se realizará la palpación de la mama derecha con la mano izquierda y viceversa, con la yema de los dedos y siguiendo la dirección de las manecillas de un reloj.

La exploración clínica de ambas mamas por parte del médico se debe realizar una vez al año.

Pero sin duda, la mejor manera para diagnosticar un cáncer de mama es mediante una mamografía. Si a todo esto le unimos unos tratamientos de calidad, estaremos disminuyendo significativamente la mortalidad.

Todas las Comunidades Autónomas cuentan con un Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama que ofrece un cribado a las mujeres entre 50 y 69 años. Se ha demostrado que gracias a todo ello y a unas prácticas basadas en la evidencia científica, hay una disminución de la mortalidad por esta enfermedad. ¹⁴

3.7. Tratamiento.

No existe un tratamiento específico para el cáncer de mama sino que se puede abordar desde la cirugía, la radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia o terapia biológica aunque se puede decir, que el tratamiento quirúrgico es la línea terapéutica principal.

Halsted estableció el término de mastectomía radical. Más tarde, Payne defendió la mastectomía simple frente a la ablación de los músculos pectorales y linfadenectomía ganglionar axilar. Unos años más tarde, en la búsqueda de un tratamiento que fuera óptimo y

conservara la calidad de vida de las mujeres, apareció el término de cirugía conservadora de la mano de Veronesi y Fisher.¹⁵

La cirugía conservadora de mama o mastectomía parcial o segmentaria, es una cirugía en la que solo se extrae la parte de la mama donde se encuentra el cáncer. Se extrae el tumor y parte del tejido circundante de manera que si encontramos células cancerosas en ese tejido, se dice que tiene márgenes positivos. Cuando no se encuentra ninguna célula cancerosa, se dice que tiene márgenes negativos o libres. Esta cirugía está indicada en aquellas mujeres con cáncer de mama de estadio I o II junto a radioterapia.¹⁶

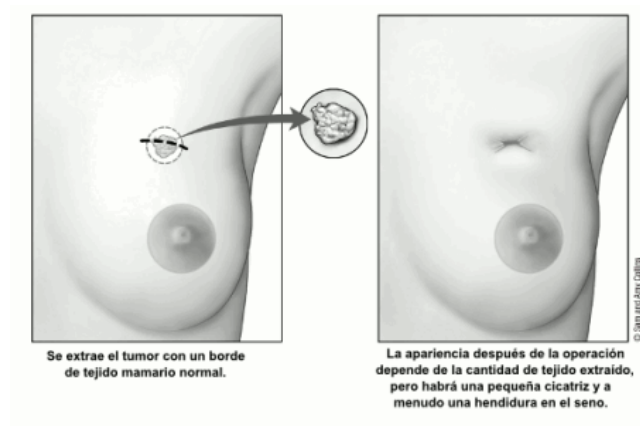


Imagen 11 Mastectomía parcial o segmentaria. American Cancer Society.

La mastectomía es una técnica que consiste en la extirpación completa de la mama. Dependiendo de si se extirpan las dos mamas o sólo una se denomina mastectomía bilateral o unilateral, respectivamente. Hay diferentes tipos:¹⁶

- Mastectomía simple o total: es la extirpación de la totalidad de la mama, incluido el pezón, pero salvando los ganglios linfáticos axilares y el tejido muscular.
- Mastectomía con conservación de la piel: esta técnica se utiliza en aquellas mujeres en las que está indicada una reconstrucción inmediata, por ello se conserva la piel.
- Mastectomía radical modificada: con esta técnica, se realiza una mastectomía simple con extirpación de los ganglios linfáticos axilares.

- Mastectomía radical: es una operación extensa donde se extirpa la totalidad del seno junto a los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales.

Tras una mastectomía, en algunos casos, se realiza una reconstrucción de la mama. Ésta puede ser inmediata, si se realiza de forma simultánea a la mastectomía, o tardía cuando transcurre un periodo de tiempo después de haberse realizado la intervención. El tipo de reconstrucción va a depender del tipo de mastectomía realizada, de la cantidad y calidad de los tejidos disponibles, las preferencias de la propia mujer, su estado general y el pronóstico que tenga.¹⁷

Las diferentes técnicas de reconstrucción mamaria son las siguientes:

- Reconstrucción mamaria con prótesis de silicona: el tipo de prótesis que se implantan están compuestas por gel de silicona. Estas prótesis suelen estar rellenas de gel de silicona o suero fisiológico. Ambos materiales son radiopacos lo que podría impedir la detección de microcalcificaciones y masas tisulares mediante mamografía. Por esta razón, se están implantando otros materiales como los triglicéridos naturales, la hidrogelatina o la polivinipirrolidona de bajo peso molecular ya que, son radiotransparentes. La complicación más común que puede darse es la rotura de la cápsula que envuelve la prótesis. Sin embargo, la pérdida de volumen mamario también es un inconveniente que puede aparecer tras su implantación.¹⁷
- Reconstrucción mamaria mediante expansores: para realizar una reconstrucción mamaria mediante expansores es necesario contar con tejidos blandos y bien vascularizados y que el músculo pectoral esté conservado después de la mastectomía. Además, la superficie cutánea no debe haber sido radiada ni puede ser radiada después de la operación.¹⁸ Los prótesis expansoras se clasifican según:
 - Envoltura: según este criterio son de superficie lisa o rugosa. Estas últimas son las más utilizadas.
 - Forma: pueden ser redondas (más o menos semiesféricas) o bien, anatómicas (en forma de gota de agua o mama).
 - Relleno: en función del relleno encontramos las prótesis expansoras tipo Becker (con 2 compartimentos) o tipo Radovan (con un solo compartimento).

19

El expansor mamario se puede implantar en el plano subcutáneo, o bien, en el plano submural (entre el músculo pectoral mayor y menor). Una vez implantado, se coloca un drenaje tipo aspirativo que se mantendrá durante unos días y se cierra la herida quirúrgica en dos planos. A continuación, se procede a rellenar el expansor mediante la válvula subcutánea de inyección. Esta técnica se tendrá que realizar periódicamente.¹⁹

A la hora de aumentar el relleno de la prótesis se debe tener cuidado de no producir mucha presión dentro del expansor para no comprometer la piel y los tejidos circundantes. Así mismo, si es necesario, al igual que se introduce el suero fisiológico estéril a través de la válvula, se puede también retirar de forma parcial o total si la paciente tiene dolor persistente ya que, la piel y los tejidos circundantes se encontrarían en tensión.¹⁹

Pasados 6 meses de la intervención, se reconstruiría el complejo areola-pezones ya que, pasado este tiempo, los tejidos blandos y la cápsula protésica estarían completamente estabilizados.¹⁹

→ Reconstrucción mamaria mediante colgajo TRAM: este tipo de reconstrucción usa piel, grasa, vasos sanguíneos y músculo. Existen dos tipos de colgajos TRAM:

- Pediculado: en este tipo de cirugía el colgajo se mantiene adherido en todo momento y se pasa por debajo de la piel hasta la mama.
- Libre: en este caso, se corta el suministro sanguíneo original y se lleva el colgajo hasta la zona del tórax donde se conectarían los vasos.²⁰

Esta técnica se utiliza en aquellas mujeres a las que se les realiza una mastectomía, ya sea de forma inmediata o tardía. Las contraindicaciones que existen para este tipo de reconstrucción son: enfermedad pulmonar crónica obstructiva, enfermedad cardíaca crónica, HTA no controlada y Diabetes Mellitus insulino dependiente.

Para realizar la técnica se utiliza uno o dos músculos recto abdominales junto a la piel y la grasa del paciente. Se liga la arteria epigástrica inferior para que el colgajo pueda ser rotado. Una vez en la zona de la mastectomía se sutura el colgajo y se cierra el abdomen a modo de abdominoplastia con exteriorización del ombligo. Las

complicaciones que pueden aparecer son: necrosis grasa y/o pérdida parcial del colgajo, pérdida completa del colgajo, seroma en zona dadora, hematoma, infección, hernias o abultamiento de la pared abdominal sin hernia.²¹

→ Reconstrucción mamaria mediante colgajo tipo dorsal ancho: la técnica con músculo dorsal ancho conlleva músculo, piel, grasa y vasos sanguíneos de la parte superior de la espalda. Este tipo de operación se realiza a aquellas mujeres con tejidos locales de mala calidad, sobre todo a aquellas que han recibido quimioterapia. La mayoría de las veces se necesita añadir una prótesis de silicona para conseguir un volumen similar al de la otra mama, sin embargo, si la mujer tiene una cantidad de tejido suficiente no sería necesaria dicha prótesis.²¹

La técnica se realiza en decúbito lateral y, posteriormente, en decúbito supino. Consiste en disecar la pared anterior del tórax y hacer un túnel subcutáneo por donde pasará el colgajo de dorsal ancho, al igual que el músculo. Antes de realizar la sutura final, se colocará un drenaje aspirativo en la zona del despegamiento torácico inferior.¹⁹ En algunas ocasiones puede aparecer debilidad en la espalda, hombro o brazo después de la cirugía.²²

→ Reconstrucción mamaria con colgajo tipo DIEP: la técnica utilizada es la llamada DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) o Perforantes de la Epigastria Inferior Profunda. Es una técnica de microcirugía en la que los vasos sanguíneos, la piel y la grasa de la zona abdominal son transferidos al pecho de la paciente después de haberse realizado una mastectomía. Al ser tejidos autógenos, el DIEP se convierte en una técnica aplicable a todos los pacientes por su seguridad, fiabilidad y por tener resultados permanentes y naturales. Por ello, se ha convertido en la primera elección para la reconstrucción mamaria.²³

Las ventajas que ofrece la técnica mediante DIEP son varias.

Por un lado, el tejido utilizado, es decir la piel abdominal, es el más parecido al de la mama. Además, nos proporciona un volumen lo suficientemente amplio para realizar la reconstrucción. Al ser un tejido propio, no hay ningún riesgo ni ningún inconveniente relacionado con la sensación de cuerpo extraño.²⁴

La nueva mama será simétrica a la otra mama y reaccionará de igual manera a los cambios producidos en el cuerpo de la mujer.

Por otro lado, al conservarse el músculo abdominal, ya que sólo se utiliza piel y grasa de dicha zona, no se produce debilidad ni se reduce la capacidad funcional de la paciente.

Por todo ello, la recuperación es más rápida y menos dolorosa que con otras técnicas de reconstrucción mamaria con tejidos autólogos.

La técnica conlleva una serie de pasos que se explican a continuación. Lo primero es realizar un Doppler para estudiar las perforantes y marcar el colgajo. ²⁵El marcado se hará siempre con la paciente de pie y tendrá unos límites que son los siguientes: del surco suprapúbico al ombligo y, lateralmente, hasta las espinas ilíacas antero-superiores. Además, las dimensiones variarán entre los 12 y los 14 centímetros de alto y los 30 y los 45 centímetros de ancho. ²⁶

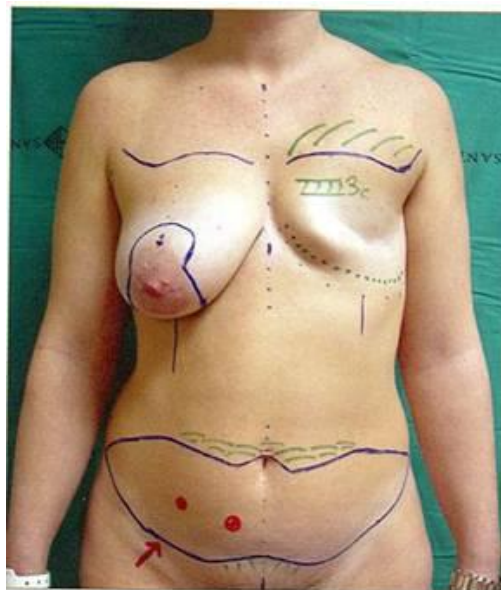


Imagen 12 Marcado del diseño preoperatorio. Clínica Planas.

Para realizar la intervención, se suele reservar una unidad de sangre autóloga que se extrae a la paciente 3 semanas antes de la intervención.

Se comenzará la intervención con la paciente en decúbito supino con los brazos pegados al tronco. Una vez colocada se comienzan las incisiones cutáneas, aislando el ombligo, y se irá localizando la vena epigástrica inferior superficial. Una vez realizadas todas las incisiones hasta la fascia, se eleva el colgajo a nivel contralateral del pecho que se quiere reconstruir. El colgajo queda unido únicamente por la epigástrica inferior profunda.²⁷

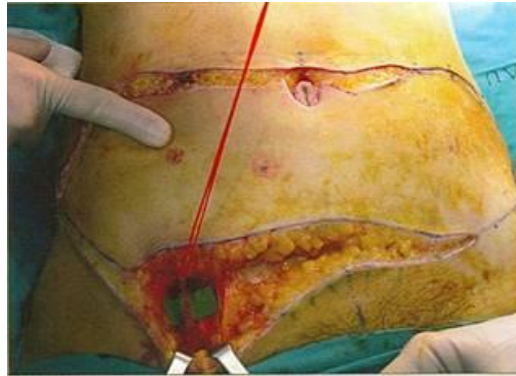


Imagen 13 Disección y preparación vena epigástrica inferior superficial. Clínica Planas.

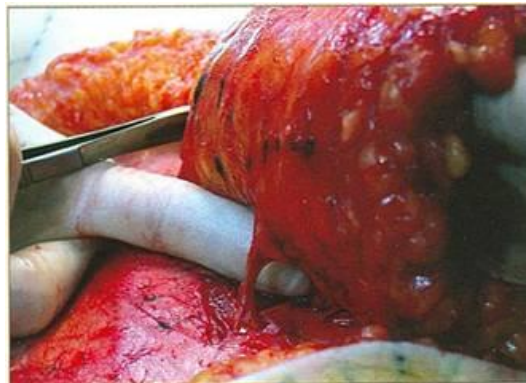


Imagen 14 Selección de la perforante de mayor calibre y su disección. Clínica Planas.

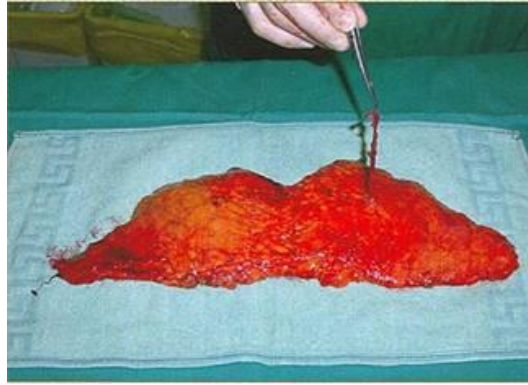


Imagen 15 Colgajo. Clínica Planas.

Es muy importante valorar el calibre y la calidad de las venas ya que, en caso de que haya una insuficiencia, suele ser venosa. Además, tendremos que prestar cuidado a los nervios segmentarios motores, los cuales se deben disecar y preservar.

Como vasos receptores se utilizarán los vasos mamaros internos debido a que son vasos constantes y de un calibre adecuado y, raramente, están afectados por la radioterapia. Sin embargo, si se realiza una reconstrucción mamaria inmediata con vaciamiento axilar, se utilizarán los vasos toracodorsales.²⁸

El siguiente paso será fijar el colgajo al tórax y realizar una anastomosis. Se comprueba que la sutura es efectiva y que el colgajo DIEP tiene buena perfusión. Si todo lo anterior es efectivo se inicia la remodelación del colgajo comprobando el resultado final con la paciente sentada. Al mismo tiempo que se está realizando la remodelación de la mama, otro equipo cierra la zona donante, el abdomen.



Imagen 16 Transposición del colgajo DIEP al tórax. Clínica Planas.



Imagen 17 Resultado final intraoperatorio. Clínica Planas.

Las complicaciones que pueden surgir son las siguientes:^{29, 30}

- Necrosis total del colgajo.
- Necrosis > 20% del colgajo.
- Necrosis cutánea parcial < 10%.
- Necrosis grasa < 10%.
- Seroma abdominal a nivel epigástrico.
- Congestión venosa postoperatoria.
- Sufrimiento cutáneo abdominal.

3.8. Cuidados y papel de la enfermería

El papel de la enfermería ante una paciente mastectomizada con consiguiente reconstrucción mamaria con colgajo tipo DIEP tiene una serie de puntos a seguir las primeras horas postcirugía.

Lo primero es monitorizar a la paciente (saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial invasiva, presión venosa ventral) y administrar oxígeno. Hay que registrar y vigilar los signos vitales y el dolor, así como la diuresis. Se revisa la historia clínica para ver si hay antecedentes de interés o algún tipo de alergia y el tratamiento médico, para comenzar a administrar las medidas farmacológicas y no farmacológicas pautadas. No debemos olvidar comprobar el retorno de la función sensorial, motora y el estado neurológico.³¹

Un punto importante es vigilar la zona de intervención, en este caso sería el colgajo. Debemos fijarnos en la coloración, temperatura y el relleno capilar del mismo y, en caso de alguna incidencia, comunicárselo a los cirujanos plásticos.

Además de estas técnicas, es importante conseguir confort para la paciente dentro del conjunto que la rodea, ya que estará rodeada de los cables del monitor, llevará una vía central, un catéter arterial, medias compresivas, sonda vesical, gafas nasales o mascarilla tipo Venturi, cama “en 4” y una faja permanente. Esto les puede crear mucha incomodidad por lo que debemos proporcionarle apoyo emocional, tranquilidad y resolver cualquier duda que la paciente tenga.

Estas pacientes suelen tener ansiedad producida por la inmovilidad y la preocupación de que no haya ninguna complicación con el colgajo, por ello debemos darles pautas a seguir para disminuir esa ansiedad como son la movilidad del cuello, los dedos de las manos, de los pies o movilización de las piernas no más de 90° de abducción para evitar trombosis venosas periféricas.

El papel de la enfermería, en conclusión, es conseguir que la paciente esté tranquila y lo más cómoda posible, sabiendo responder a sus preguntas con la mayor sinceridad posible, pero siempre sin olvidar que no debemos dar ninguna información que no competa a la enfermería, y controlando que en el postoperatorio no haya ninguna complicación, manteniendo a la paciente estable en todos los aspectos.

3.9. Justificación

Es, por todo lo descrito anteriormente, importante destacar el papel de la enfermería en este proceso mediante un plan de cuidados estandarizado.

El hecho de padecer un cáncer de mama conlleva mucha carga psicológica y, a pesar de hacer una reconstrucción mamaria inmediata y de que las pacientes no se ven mutiladas, muchas de ellas tienen ansiedad y preocupación por el resultado de la operación ya que, la mama es una parte importante del cuerpo femenino.

Al realizar una mastectomía, la mama pierde su función reproductiva pero, haciendo una reconstrucción con colgajo tipo DIEP reducimos el impacto psicológico consiguiendo que el aspecto de la mama operada sea idéntico o muy parecido a la mama contralateral.

La enfermera tiene un papel primordial tras la operación ya que, será el personal que estará a pie de cama con la paciente.

Lo que necesitan este tipo de pacientes no sólo son cuidados farmacológicos y meras técnicas, sino que necesitan atención, necesitan ser escuchadas, que sus dudas queden resueltas, necesitan tener seguridad y confiar en que todo va a ir bien y no va a aparecer ninguna complicación. Es nuestro deber hacer ver a la paciente el lado positivo de la situación, el cáncer ya no está y tiene una mama cuyo aspecto es similar a la mama sana.

Todo ello es lo que queda reflejado a continuación, en el plan de cuidados postoperatorios estandarizado para pacientes mastectomizadas con reconstrucción inmediata con colgajo tipo DIEP.

4. Descripción del paciente tipo

Mujer de entre 45 y 65 años de edad.

Acude a su médico de familia y manifiesta que lleva algún tiempo con endurecimiento, irritación, enrojecimiento de la mama, hundimiento del pezón y dolor en la misma. Éste le deriva al ginecólogo quien realiza las pruebas diagnósticas pertinentes para el cáncer de mama como son: mamografía, biopsia, analítica sanguínea para ver los marcadores tumorales, resonancia magnética, placa de tórax y ecografía axilar.

Tras ver los resultados de estas pruebas, se concluye que tiene un carcinoma de mama y se decide realizar una mastectomía radical.

El ginecólogo la deriva a la consulta de cirugía plástica donde se le da la opción de una reconstrucción mamaria mediante colgajo DIEP.

Antecedentes personales: no HTA, no dislipemia, no DM, no obesidad, no hábitos tóxicos. No refiere alergias de ningún tipo. Es independiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria, lleva una vida activa y saludable. No tiene ningún problema gastrointestinal ni ninguna enfermedad de tipo respiratorio. No refiere problemas para conciliar el sueño. Es una persona psicológicamente estable con una familia estructurada y con una vida familiar y social sin problemas.

5. Valoración general

Para hacer una valoración del paciente tipo, se van a utilizar como método de valoración los patrones funcionales de Marjory Gordon.^{32,33}

- **PATRÓN 1: percepción- manejo de la salud:** la paciente tiene un cáncer de mama, por lo tanto, al haber un problema de salud, este patrón se encontraría alterado. La paciente tiene buenos hábitos higiénicos, no reconoce alergias medicamentosas ni de ningún otro tipo reconocidas y tiene el calendario vacunal al día. No tiene HTA, dislipemia, Diabetes Mellitus, obesidad, ni refiere tener hábitos tóxicos ni ingresos hospitalarios previos a éste. No presenta antecedentes familiares reseñables. Es consciente de su estado de salud y del tratamiento de su enfermedad, así como de los cuidados que se deben seguir. **PATRÓN ALTERADO**
- **PATRÓN 2: nutricional- metabólico:** la paciente se encuentra en un IMC dentro del rango. Hemodinámicamente estable. Piel y mucosas bien perfundidas y sin ningún tipo de lesión. No presenta edemas. Buena ingesta hídrica y de alimentos. Lleva una dieta equilibrada y variada y no refiere ningún problema de tipo gastrointestinal ni de deglución.
- **PATRÓN 3: eliminación:** deposiciones y diuresis dentro del rango de normalidad tanto cuantitativamente como cualitativamente. Es una persona continente con una buena función intestinal y vesical. Sudoración corporal normal.
- **PATRÓN 4: actividad-ejercicio:** PA en rango de normalidad. Frecuencia cardiaca y respiratoria en límites normales. No taquicardia ni taquipnea en reposo. No se registran alteraciones electrocardiográficas. Mantiene buenas saturaciones (96-99%). No presenta problemas respiratorios. Tiene buenos pulsos en MMII. No ingurgitación yugular ni hepatomegalias. Se reconoce independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Lleva un estilo de vida activo realizando ejercicio físico diario. En la situación actual, la paciente se encuentra encamada, con el cabecero elevado 45° y las piernas ligeramente flexionadas (“cama en forma de 4”), debe mantener el brazo del lado de la mama operada sin moverlo por lo que su movilidad está bastante reducida. **PATRÓN ALTERADO**

- **PATRÓN 5: sueño- descanso:** no tiene problemas para conciliar el sueño normalmente ni ninguna enfermedad ni tratamiento farmacológico que influyan en el mismo. Tampoco usa medicamentos inductores del sueño. Buen descanso con horarios habituales de forma normal. En la situación que se encuentra ahora este patrón estaría alterado ya que, al estar ingresada en un hospital y habiendo sido intervenida de una operación tan larga y complicada es más difícil conciliar el sueño debido al dolor postoperatorio, los ruidos, las interrupciones o la posición en la que tiene que estar la paciente durante las primeras 48 horas después de la operación. **PATRÓN ALTERADO**
- **PATRÓN 6: cognitivo- perceptual:** la paciente se encuentra consciente y orientada en las tres esferas (espacio, tiempo y lugar). Nivel de conciencia: Glassglow 15/15 (respuesta verbal: 6, respuesta motora: 6, respuesta ocular: 4). No presenta alteraciones cognitivas, perceptivas ni conductuales. El nivel de dolor depende de cada persona pero, al ser una intervención quirúrgica larga que abarca varias zonas del cuerpo, la paciente sentirá dolor postoperatorio. **PATRÓN ALTERADO**
- **PATRÓN 7: autopercepción- autoconcepto:** no presenta ningún problema de autoestima ni de conducta, sin embargo, el hecho de verse en la situación en la que se encuentra ahora, le crea cierta ansiedad, sobretodo el hecho de no moverse por miedo a que el colgajo no vaya bien o haya alguna complicación. **PATRÓN ALTERADO**
- **PATRÓN 8: rol- relaciones:** la paciente tiene una situación familiar estable y desempeña su rol de manera normal. Sin embargo, aunque cuente con el apoyo de su familia y amigos, su rol actualmente está alterado debido a que está ingresada en un hospital y requiere un tiempo de recuperación tras la intervención quirúrgica. **PATRÓN ALTERADO**
- **PATRÓN 9: sexualidad- reproducción:** antecedentes ginecológicos y obstétricos sin incidencias, no utiliza ningún método anticonceptivo y los embarazos que ha tenido han sido todos normales, sin ningún tipo de complicaciones. No ha tenido ningún aborto ni tiene ningún problema reproductivo. Actualmente, su estado de salud le impide mantener relaciones sexuales debido a que se encuentra encamada en un hospital. La reconstrucción de mama inmediata hace que la mujer no se vea mutilada y

no le afecte demasiado a su vida sexual, sin embargo, hay que tener en cuenta que la mama operada ha perdido su actividad reproductiva. **PATRÓN ALTERADO**

- **PATRÓN 10: adaptación- tolerancia al estrés:** la paciente tiene buena capacidad de superación y afrontamiento de los problemas, además cuenta con el apoyo de su familia. Ante situaciones adversas sabe controlar la situación, aunque ante este proceso muestra cierta inseguridad por el resultado de su operación y por la poca movilidad que ésta le permite, lo que le crea ansiedad. **PATRÓN ALTERADO**
- **PATRÓN 11: valores-creencias:** la paciente no pertenece a ninguna religión ni posee creencias firmes que influyan a la hora de tomar decisiones sobre su vida ni su situación actual.

6. Plan de cuidados ³⁴

Diagnóstico NANDA	00004 Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.	
Resultados NOC	1902 Control del riesgo	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 15 días
	Indicadores:	190204- Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas- <i>4.Frecuentemente demostrado.</i>
		190220- Identifica los factores de riesgo- <i>4.Frecuentemente demostrado.</i>
Intervenciones NIC	6610 Identificación de los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. - Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.

6540 Control de infecciones

- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección a cuñando se deben notificar al cuidador.

Diagnóstico NANDA	00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con prescripción de restricción de movimientos, manifestado por limitación de la amplitud de movimientos.		
Resultados NOC	1811 Conocimiento: actividad prescrita	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 1 mes	
	Indicadores:	181101- Actividad prescrita- <i>3. Conocimiento sustancial.</i>	
		181120- Beneficios de la actividad prescrita- <i>4. Conocimiento sustancial.</i>	
Intervenciones NIC	5606 Enseñanza: individual	- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.	
		- Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda.	

Diagnóstico NANDA	00198 Trastorno del patrón sueño relacionado con falta de intimidad, interrupciones y ruidos, manifestado por cambio en el patrón normal del sueño	
Resultado NOC	0004 Sueño	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 1 mes
	Indicadores:	000421- Dificultad para conciliar el sueño- <i>4.Levemente comprometido</i>
		000425- Dolor- <i>3.Moderadamente comprometido</i>
		000404- Calidad del sueño- <i>4.Levemente comprometido</i>
Intervenciones NIC	1850 Mejorar el sueño	- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. - Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.

6482 Manejo
ambiental: confort

- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad.

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.

- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.

**Diagnóstico
NANDA**

00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos

Resultados 1605 Control del dolor Puntuación actual: 3
NOC Puntuación diana: 5
Tiempo Previsto: 7 días

Indicadores: 160502- Reconoce el comienzo del dolor-
4.Frecuentemente demostrado.

160505- Utiliza los analgésicos de manera
apropiada- *4.Frecuentemente demostrado.*

Intervenciones 2380 Manejo de la - Observar los efectos
NIC medicación terapéuticos de la
medicación en el paciente.

- Enseñar al paciente y/o
familiares la acción y los
efectos secundarios
esperados de la medicación.

1400 Manejo del dolor - Evaluar la eficacia de las
medidas de alivio del dolor a
través de una valoración
continua de la experiencia

dolorosa.

- Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.
-

- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas.
-

- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.

Diagnóstico NANDA	00118 Trastorno de la imagen corporal relacionado con cirugía, manifestado por preocupación por el cambio real en el funcionamiento.	
Resultados NOC	1200 Imagen corporal	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 1 mes
	Indicadores:	120005- Satisfacción con el aspecto corporal- <i>4.Frecuentemente demostrado.</i>
		120006- Satisfacción con la función corporal- <i>2.Raramente positivo.</i>
	1205 Autoestima	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 1 mes
	Indicadores:	120501- Verbalizaciones de autoaceptación- <i>4.Frecuentemente positivo</i>
		120519- Sentimiento sobre su propia persona- <i>4.Frecuentemente positivo</i>

Intervenciones NIC 5220 Mejora de la imagen corporal

- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

-
- Ayudar a la paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a la cirugía.

5400 Potenciación de la autoestima

- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

-
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.

-
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

-
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
-

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.

- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.

- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.

- Estimular la implicación familiar, según corresponda.

- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

Diagnóstico NANDA	00146 Ansiedad relacionado con cambio en la función del rol, cambios en el estado de salud, manifestado por temor a consecuencias inespecíficas y dolor abdominal.		
Resultados NOC	1211	Nivel de	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 1 mes
	Indicadores:		121105- Inquietud- <i>3.Moderado</i>
			121106- Tensión muscular- <i>3.Moderado.</i>
	1300	Aceptación: estado de salud	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 1 mes
	Indicadores:		130009- Busca información sobre la salud- <i>3.A veces demostrado.</i>
Intervenciones NIC	5820	Disminución de la ansiedad	- Administrar masajes en la espalda/cuello
			- Animar la manifestación de

	sentimientos, percepciones y miedos.
	- Escuchar con atención.
5380 Potenciación de la seguridad	- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.
	- Pasar tiempo con el paciente.
5270 Apoyo emocional	- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
	- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza
	- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

5240 Asesoramiento

- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.

-
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

-
- Pedir al paciente que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.

Diagnóstico NANDA	00153 Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con trastorno de la imagen corporal y cambios en el rol social.	
Resultados NOC	1205 Autoestima	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 15 días
	Indicadores:	120501- Verbalizaciones de autoaceptación- <i>4.Frecuentemente positivo.</i>
		120511- Nivel de confianza- <i>4.Frecuentemente positivo.</i>
	1300 Aceptación: estado de salud.	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 1 mes
	Indicadores:	130008- Reconoce la realidad de la situación de salud- <i>4.Frecuentemente demostrado.</i>
		130010- Afrontamiento de la situación de salud- <i>4.Frecuentemente demostrado.</i>

Intervenciones NIC 5250 Apoyo en la toma de decisiones

- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.

- Proporcionar la información solicitada por el paciente.

- Facilitar tomas de decisiones en colaboración.

- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.

5230 Mejorar el afrontamiento

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.

- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.

- Estimular la implicación familiar, según corresponda.

- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

Diagnóstico NANDA	00060 Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro de la familiar, manifestado por cambios en la eficacia de la realización de las tareas asignadas.	
Resultados NOC	2609 Apoyo familiar durante el tratamiento	Puntuación actual: 3 Puntuación diana: 5 Tiempo Previsto: 15 días
	Indicadores:	260901- Los miembros de la familia expresar deseo de apoyar al miembro enfermo- 4.Frecuentemente demostrado. 260904- Piden información sobre el procedimiento- 4.Frecuentemente demostrado. 260910- Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados- 4.Frecuentemente demostrado.
Intervenciones NIC	7170 Facilitar la presencia de la familia	- Ofrecer y suministrar medidas de confort y apoyo.

- Animar a la familia que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación de la paciente.

- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades.

7. Evolución del plan de cuidados

En este plan de cuidados de enfermería quedan reflejadas todas aquellas acciones que se deben llevar a cabo ante una paciente intervenida de una mastectomía radical con reconstrucción mamaria inmediata con colgajo tipo DIEP. Digamos que son aquellos cuidados considerados primordiales en las primeras horas posteriores a la intervención, cuando la paciente se encuentra en Reanimación.

Los diagnósticos riesgo de infección, deterioro de la movilidad física, dolor agudo y trastorno del patrón sueño recogen las acciones directamente de enfermería, es decir, son problemas que la enfermera debe detectar y tratar mediante cuidados específicos dependiendo de si estamos ante un signo de infección, si aparece dolor, puntos o úlceras por presión o algún problema que impida conciliar el sueño, se deberá realizar un tipo u otro de cuidados.

Depende de la enfermera que la paciente esté en las condiciones óptimas y, más aún, en las primeras horas postcirugía para evitar así, problemas mayores en un futuro.

Otros diagnósticos como trastorno de la imagen corporal o ansiedad requieren un trabajo por parte de la enfermera más orientado al bienestar interior de la paciente. Para conseguirlo debemos hablar con ella y facilitar una relación de confianza. Uno de los problemas que les causa más ansiedad a estas enfermas es el hecho de no poder moverse en las primeras 48 horas tras la cirugía. Por ello, debemos explicarles que aunque no puedan mover el brazo del lado de la mama operada, las piernas y el cuello si pueden moverlo ya que, muchas de ellas se quejan de dolor en el cuello al mantenerse en una rigidez muscular durante tanto tiempo.

También debemos ayudarlas y recordarlas que es una cirugía donde el postoperatorio es incomodo más que doloroso pero, gracias a ello, en ningún momento se van a ver mutiladas. Aunque es el cirujano plástico el que debe informar a la paciente de todo lo relacionado con la operación, las pacientes hacen muchas preguntas al personal de enfermería y debemos estar informadas y capacitadas para resolver cualquier duda que les surja.

Al verse en una cama y teniendo poca movilidad corporal, se pueden sentir “inútiles”, es trabajo nuestro ayudar a que esa opinión personal cambie. Para ello, debemos tener contacto con la paciente desde el primer momento y ayudarle a disminuir la ansiedad y la preocupación resolviendo cualquier duda que pueda tener. Además, se debe facilitar el contacto con la familia para que este proceso le resulte más fácil de llevar.

8. Implicaciones para la práctica clínica

Fijando una serie de cuidados aplicables a cualquier paciente que se haya realizado una mastectomía con reconstrucción tipo DIEP, se fijan las bases de las acciones que se deben llevar en la práctica.

Esto facilita y unifica los cuidados de manera que se pueda crear una especie de protocolo a seguir.

El hecho de crear un plan de cuidados estandarizado para este tipo de pacientes no sólo facilita el trabajo a la enfermera, sino también al resto de profesionales a la vez que otorga independencia al colectivo enfermero.

Además, ésta es una parte de la enfermería que cada vez está más presente y por ello se debe insistir y trabajar sobre ésta.

9. Conclusiones

Después de realizar una revisión bibliográfica acerca del cáncer de mama, su etiología, incidencia, clínica, diagnóstico y tratamientos, entre otros, he llegado a la conclusión de que el cáncer de mama sigue aumentando su incidencia, si bien es verdad que gracias a la detección precoz está mejorando su pronóstico.

Las reconstrucciones mamarias inmediatas son la mejor opción de tratamiento para el cáncer de mama ya que, se reduce de manera importante el impacto físico y psicológico. De hecho, se puede decir que se reduce más cuando las reconstrucciones se hacen con tejido autólogo tipo DIEP porque al utilizar grasa, piel y vasos sanguíneos, se convierte en una cirugía menos dolorosa que las que utilizan músculo como el TRAM, por ejemplo. Además, al ser el tejido más parecido al de la mama, el aspecto es idéntico al de la mama sana y responde a los cambios físicos de igual forma.

Este tipo de reconstrucción tiene una serie de peculiaridades posoperatorias que condicionan los cuidados de enfermería.

El principal problema que se va a encontrar la enfermera va a ser la incomodidad de la paciente por la postura que tiene que guardar durante 48 horas. Si la enfermera está capacitada para ello, dentro de las condiciones de la paciente, hará que se encuentre lo más cómoda posible.

Es importante ver a la paciente en su conjunto, es decir, por un lado se tiene que centrar en la parte técnica y en mantener a la paciente Hemodinámicamente estable y con una buena vigilancia del colgajo, y por otro lado, debe ver a la paciente desde el punto de vista del bienestar interior.

Si nos centramos en el plan de cuidados, quizás el diagnóstico de ansiedad es el más importante. La enfermera tiene que ser capaz de reducir la ansiedad de la paciente, de proporcionarle seguridad, de responder cualquier tipo de duda, siempre y cuando estemos capacitadas y autorizadas para dar ese tipo de información.

En definitiva, acompañar al paciente y mostrar cercanía y respeto, creando una relación de confianza enfermera- paciente. Esto facilitará y mejorará la atención y los resultados.

10. Reflexión antropológica

Según define la OMS “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”.³⁵ Esto nos da una idea de que el ser humano es un ser bio-psico-social.

Como establece la Constitución de la OMS, el ser humano tiene derecho fundamental a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr y todo lo que ello conlleva (atención sanitaria asequible y de buena calidad, entre otras cosas).³⁶

Madeleine Leininger fue la primera enfermera en crear una relación entre la antropología y la enfermería, fundando la “Enfermería Transcultural”. Definió términos como cuidar y sostenía que los cuidados son la esencia de la enfermería y son los medios holísticos por lo que conocemos, explicamos, interpretamos y predecimos los fenómenos asistenciales de la enfermería.³⁷

La antropología es una ciencia holística y como tal, trata al ser humano en su totalidad: pasado, presente, futuro, biología, sociedad, lenguaje y cultura.³⁸

A lo largo de la historia de la enfermería, Florence Nightingale, Virginia Henderson, Callista Roy o Betty Neuman, hablaron también acerca de la dimensión holística del ser humano y de los cuidados, lo que ha llevado que hoy día se entienda al paciente como un ser integral y se tenga en cuenta todo lo que le rodea.³⁸

Si relacionamos lo dicho anteriormente con el tema de este trabajo, cobra más sentido aún si cabe ya que, el cáncer de mama es uno de los que afecta de una forma mayor tanto física como psicológicamente.

En pacientes que sufren un cáncer de mama es crucial tener en cuenta la totalidad del ser humano, hasta tal punto que si lo hacemos de la manera correcta, podemos llegar a disminuir el impacto de la enfermedad sobre la paciente y mejorar los resultados postoperatorios.

11. Bibliografía

- ¹ Aecc: Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. España: aecc. [actualizada 27 Abr 2015; consultado 30 Mar 2015]. Anatomía de la mama. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMAMA/Paginas/anatomia.aspx>.
- ² Cancer.org [Internet]. American Cancer Society [Internet]. [Actualizado 22 Oct 2014; consultado 30 Mar 2015]. Que es cáncer de seno [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>
- ³ Cancer.org [Internet]. American Cancer Society [Internet]. [Actualizado 22 Oct 2014; consultado 22 Feb 2015]. Tipos de cáncer de seno [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types>
- ⁴ Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. USA. [Actualizado 9 Ene 2015; consultado 22 Feb 2015]. Cáncer de seno (mama). Tratamiento [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient/page2>
- ⁵ Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO Media Centre; c2015 [actualizada Nov 2013; consultado 14 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- ⁶ IARC. International Agency for Research on Cancer. Word cancer report 2008. Lyon. 2008 [consultado 16 Abr 2015]. Disponible en: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf
- ⁷ Coleman MP (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol, 9, 730-56. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/index3.html>
- ⁸ WHO (2007-2008). Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/index3.html>
- ⁹ Dr. Octavio Peral M. Cancer de Mama. Epidemiología y Factores de Riesgo. Cuad Méd Soc (Chile) [Revista on- line] 2007 [consultado 27 Feb 2015] , 47 (1): 18-30. Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2007/47/1/47_1_4.pdf

¹⁰ Romeo Figueroa M. S, Santillán Arreygue L, Olvera Hernández P. C, Morales Sánchez M. A, Ramírez Mendiola V. L. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex 2008 [consultado 26 Feb 2015];76(11):667-72 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0811f.pdf>

¹¹ Cancer.org [Internet]. American Cancer Society [Internet]. [actualizado 22 Oct 2014; consultado 22 Feb 2015]. Factores de riesgo del cáncer de seno [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-causas-factores-de-riesgo>

¹² Cancer.org [Internet]. American Cancer Society [Internet]. [actualizado 22 Oct 2014; consultado 8 Mar 2015]. Signos y síntomas del cáncer de seno. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/cancer-de-seno-deteccion-temprana-signs-symptoms-br-ca>

¹³ González A, González M. J. Los programas de detección precoz del cáncer de mama en España. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología [Revista on-line], ISSN 1696-7240, Vol. 4, N°. 2-3, 2007 [consultado 2 Mar 2015], págs. 249-263. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2511155>

¹⁴ Sardiñas Ponce R. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Rev haban cienc méd [Revista on-line] v.8 n.3 Ciudad de La Habana jul.--sep. 2009 [consultado 3 Mar 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1729-519x2009000300005&script=sci_arttext

¹⁵ Tebé C, Márquez- Calderón S, Benítez J. R, Sánchez- Lanuza M, Fernández R, Aguado M. J et al. Estado actual de la cirugía oncológica de mama en Andalucía y Cataluña. Cirugía Española [Revista on-line]. Volume 86, Issue 6, December 2009 [consultado 3 Mar 2015], Pages 369–377. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X0900178X>

¹⁶ Cancer.org [Internet]. American Cancer Society [Internet]. [actualizado 22 Oct 2014; consultado 3 Mar 2015]. Cirugía para el cáncer de seno [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-cirugia>

¹⁷ Escudero F. J, Oroz J, Pelay M. J. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Revista on-line]. Vol. 20, Núm. 3 (1997) [consultado 4 Mar 2015]. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/7478>

¹⁸ Pelay M. J, Oroz J, Colás C. Reconstrucción mamaria mediante prótesis expansoras. An. Sist. Sanit. Navar [Revista on-line]. 2005 [consultado 5 Abr 2015]; 28 (Supl. 2): 27-39. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28s2/original3.pdf>

-
- ¹⁹ Gutiérrez Gómez C, Rivas León B, Cárdenas Mejía A. Reconstrucción mamaria con expansor tisular e implante. Indicaciones y experiencia en 24 casos. *Cir. plást. Iberolatinoam* [Revista on- line]. vol.38 no.4 Madrid oct.-dic. 2012 [consultado 5 Abr 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922012000400003&script=sci_arttext
- ²⁰ Calderón W, Calderón D, Cabello R, Guillermo I. Reconstrucción mamaria post mastectomía por Ca con colgajo de recto abdominal. Calderon W y cols. *Acta Med* [Revista on- line] CSM 2010 [consultado 9 Abr 2015]; 4(2): 82-87. Disponible en: <http://www.clinicasantamaria-academica.cl/actamedica/vol4n22010/pdf/03%20Calderon.pdf>
- ²¹ Cancer.org [Internet]. American Cancer Society [Internet]. [actualizado 13 Abr 2015; consultado 20 Abr 2015]. Tipos de reconstrucción de los senos. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/reconstruccion-del-seno-tras-la-mastectomia-types-of-br-recon>
- ²² Colás C, Lozano J. A, Pelay M. J. Reconstrucción mamaria mediante el colgajo musculocutáneo del dorsal ancho. *An. Sist. Sanit. Navar* [Revista on- line]. 2005 [consultado 19 Abr 2015]; 28 (Supl. 2): 55-61. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28s2/original5.pdf>
- ²³ Shaw WW. Microvascular free flap breast reconstruction. *Clin Plast Surg* [Revista on- line] 11:333-41, 1984.
- ²⁴ Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator for breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 32:32-38, 1994.
- ²⁵ Blondeel PN, Beyens G, Verhaeghe R, et al. Doppler flow-metry in the planning of perforator flaps. *Br J Plast Surg* 51:202209, 1998.
- ²⁶ Blondeel PN, Boeckx WD. Refinements in free flap breast reconstruction: The free bilateral deep inferior epigastric perforator flap anastomosed to the internal mammary artery. *Br J Plast Surg* 47:495-501, 1994.
- ²⁷ Boyd JB, Taylor CI, Corlett R. The vascular territories of the superior epigastric and the deep inferior epigastric systems. *Plast Reconstr Surg* 73:1-16, 1984.
- ²⁸ Ninkovic M, Anderl H, Hefel L, et al. Internal mammary vessels: a reliable recipient system for free flaps in breast reconstruction. *Br J Plast Surg* 1995; 48: 533-539
- ²⁹ Kroll SS. Fat necrosis in free transverse rectus abdominis myocutaneous and deep inferior epigastric perforator flaps. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 576-583
- ³⁰ Blondeel PN, Arnstein M, Verstraete K, et al. Venous congestion and blood flow in free transverse rectus abdominis myocutaneous and deep inferior epigastric perforator flaps. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1295-1299

-
- ³¹ C. Lugo, J.M. Castro. Protocolo de manejo perioperatorio en la cirugía reconstructiva de mama con colgajo libre tipo diep. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
- ³² Álvarez Suarez J. L, Del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de valoración de patrones funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Área Sanitaria V – Gijón (Asturias) Junio, 2010 [consultado 13 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- ³³ Santos Vélez S, Muñoz Campos J. A, Reina Romero F. Valoración inicial del paciente. Historia de enfermería. Preparación del paciente y cuidados generales. 2 (48-49). Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/hemo/hemo_05.pdf
- ³⁴ NNNConsult [Internet]. Elsevier España. 2012. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
- ³⁵ Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO Media Centre. 2015 [consultada 20 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- ³⁶ Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO Media Centre. 2015 [actualizado Nov 2013, consultado 20 Abr 2015]. Derecho a la salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- ³⁷ Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index Enferm [Revista on-line] v.19 n.2-3 Granada abr.-sep. 2010 [consultado 20 Abr 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022