



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL**



**INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LA
PREVENCIÓN DEL LINFEDEMA QUE
RECIBIERON LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS, POR PARTE DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN LOS
SERVICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICO Y PRIVADO**

AUTORES:

Br. Bono, Paula
Br. Martínez, Valentina
Br. Rodríguez, Marcela
Br. Santana, Natalia
Br. Tourreilles, Verónica

TUTORES:

Prof. Agda. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

ÍNDICE

• Resumen	pág. 1
• Introducción	pág. 3
• Metodología	pág. 5
• Resultados	pág. 7
• Discusión	pág. 35
• Conclusiones	pág. 38
• Sugerencias	pág. 41
• Normas éticas	pág. 42
• Anexos:	
- Anexo N° 1: Protocolo de investigación	pág. 44
Marco teórico	pág. 49
Bibliografía	pág. 74
Cronograma	pág. 75
Presupuesto	pág. 76
- Anexo N° 2: Entrevista a las pacientes	pág. 77
- Anexo N° 3: Cartas de autorización	pág. 82
- Anexo N° 4:	pág. 97
- Anexo N° 5:	pág. 103
- Anexo N° 6: tabla de resumen de datos	pág. 112

RESUMEN

El presente trabajo de investigación trata sobre la información en relación a la prevención del linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas, por parte del personal de Enfermería, en los servicios de asistencia público y privado.

El objetivo general fue determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Se realizó en el período de tiempo comprendido mayo-junio 2010 en el H.C.F.F.AA, I.N.C.A y el grupo de apoyo RIPAMA.

El diseño metodológico fue descriptivo y prospectivo.

El instrumento para la recolección de datos fue: entrevista a pacientes mastectomizadas que presentan o no linfedema.

El 74% de las pacientes posee conocimiento sobre el tema, la mayoría lo adquiere luego de presentar el linfedema. El gran porcentaje recibe la información en el área asistencial, en el 2º lugar se encuentra RIPAMA.

Dentro de los miembros del equipo de salud, el médico con un 28% es quien brinda la mayor información, sigue la fisioterapeuta con un 23% y enfermería un 7%.

Un 62% conoce las medidas de prevención y el 75% saben que existen ejercicios para prevenirlo. Se obtuvo que es escasa la información que reciben las pacientes desde el área asistencial, pero a su vez conocen sobre el linfedema, como tratarlo o prevenirlo por otros medios como son: Internet, grupos de apoyo y transmisión verbal entre las mismas.

Es escasa la participación del personal de enfermería en relación a brindarles información a las pacientes, lo cual es contraproducente ya que dicho personal es quien permanece mayor tiempo con las mismas

INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de La Universidad de La República, Facultad de Enfermería, de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando cuarto ciclo, primer módulo, correspondiente al Trabajo de Investigación.

El área problema surgió a partir de una serie de temas propuestos por la cátedra Materno-Infantil; el tema elegido fue la información en relación a la prevención del linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas, por parte del personal de Enfermería, en los servicios de asistencia público y privado en el período de tiempo mayo-junio del 2010.

Se consideró particularmente relevante este tema dado que Montevideo ocupa el 6to lugar entre las ciudades del mundo de mayor incidencia en el cáncer de mama.

Todos los días se diagnostica esta enfermedad a cinco mujeres uruguayas, un caso nuevo cada cinco horas, 656 muertes por año.

Dentro de los tratamientos para esta patología se encuentran: tratamiento quirúrgico y tratamiento médico.

En cuanto al tratamiento quirúrgico se destaca la realización de la mastectomía y como principal riesgo post operatorio de la misma, el linfedema.

Es por ello que nos pareció importante realizar un estudio sobre que tipo de información presentan las pacientes mastectomizadas en cuanto a las medidas preventivas para evitar la aparición del linfedema, ya que esta es una herramienta fundamental para la prevención.

Como objetivo general nos planteamos:

- Determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Y como objetivos específicos:

- Caracterizar la población en estudio.
- Conocer cual fue la información que recibieron las pacientes sobre la prevención del Linfedema, sobre las variables en estudio.

El instrumento para la recolección de datos fue entrevistas a pacientes mastectomizadas que presentan o no linfedema.

El diseño metodológico de nuestro trabajo fue: descriptivo y prospectivo.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: descriptivo y prospectivo.

Área de estudio: el estudio se llevara a cabo en la República Oriental del Uruguay en el departamento de Montevideo en instituciones de asistencia pública y privada.

Universo de estudio: todas las pacientes mastectomizadas que se atienden en los servicios de asistencia públicos y privados de la ciudad de Montevideo.

Muestra: pacientes mastectomizadas que se atienden en los servicios de asistencia públicos y privados en el periodo de tiempo mayo-junio del 2010.

Criterio de inclusión: pacientes mastectomizadas en un período de tiempo no mayor a 15 años que concurren a los lugares donde se recogen los datos (consultas y reuniones) de los servicios de asistencia públicos y privados de la ciudad de Montevideo que presenten o no linfedema.

Unidad de Análisis y observación: pacientes mastectomizadas que cumplan con los criterios de inclusión.

Fuentes de Datos: entrevistas a las pacientes mastectomizadas que cumplan los criterios de inclusión.

Instrumento de recolección de Datos: La recolección de datos se realizó mediante una entrevista elaborada por las investigadoras (ver Anexo N° 2 Entrevista para la recolección de datos)

Procedimientos para la recolección de información:

El instrumento esta compuesto por la entrevista de carácter anónimo, el mismo consta de preguntas simples donde la persona deberá responder con SI o NO.

Las entrevistas fueron realizadas los días martes en el horario de 8 a 10hs en las salas de internación del INCA y en el horario de 13 a 15hs en la consulta con la fisioterapeuta de dicha institución, los jueves en RIPAMA en el horario de 14 a 16hs y los días viernes en el H.C.F.F.A.A en el horario de 13 a 15hs.

El tiempo para realizar la entrevista fue de 15 a 20 minutos dependiendo de la comprensión y disponibilidad de la persona.

Podemos destacar 3 momentos en la recolección de datos: 1- donde se selecciona la población a trabajar.

2- Donde se realizara la entrevista.

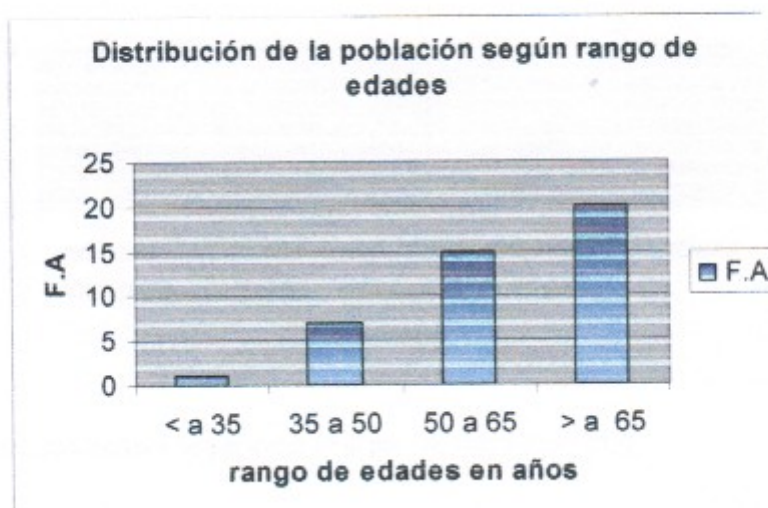
3- Donde se procesara la información y se agruparan los datos para analizarlos posteriormente.

RESULTADOS

Caracterización de la población tablas y gráficas:

Tabla: Edad de las pacientes mastectomizadas

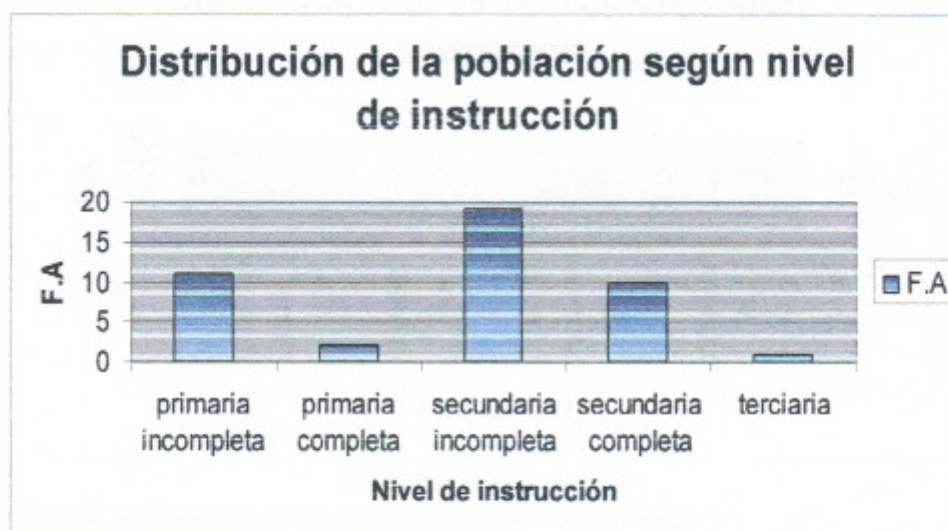
edad en años	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
< a 35	1	1	0,02	2
35 a 50	7	8	0,16	16
50 a 65	15	23	0,35	35
> a 65	20	43	0,47	47



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: nivel de instrucción de las pacientes mastectomizadas

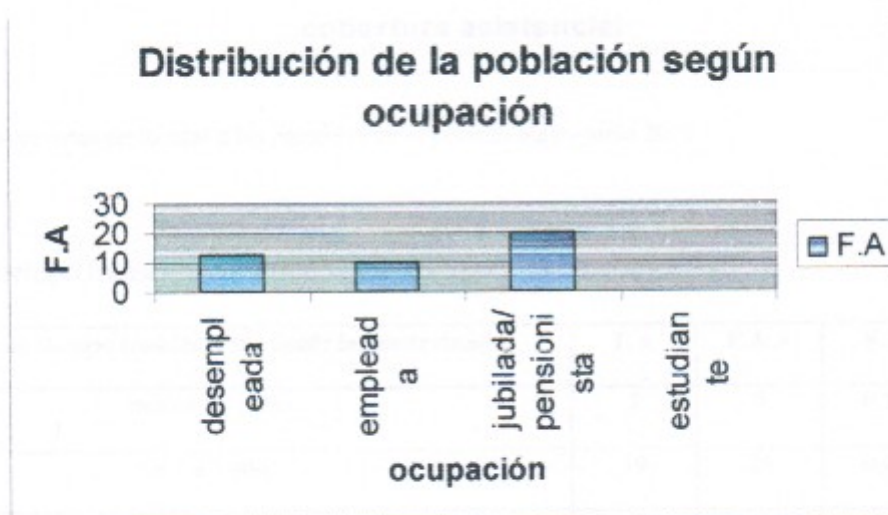
Nivel de instrucción	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
primaria incompleta	11	11	0,26	26
primaria completa	2	13	0,05	5
secundaria incompleta	19	32	0,44	44
secundaria completa	10	42	0,23	23
Terciaria	1	43	0,02	2



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: ocupación de las pacientes mastectomizadas

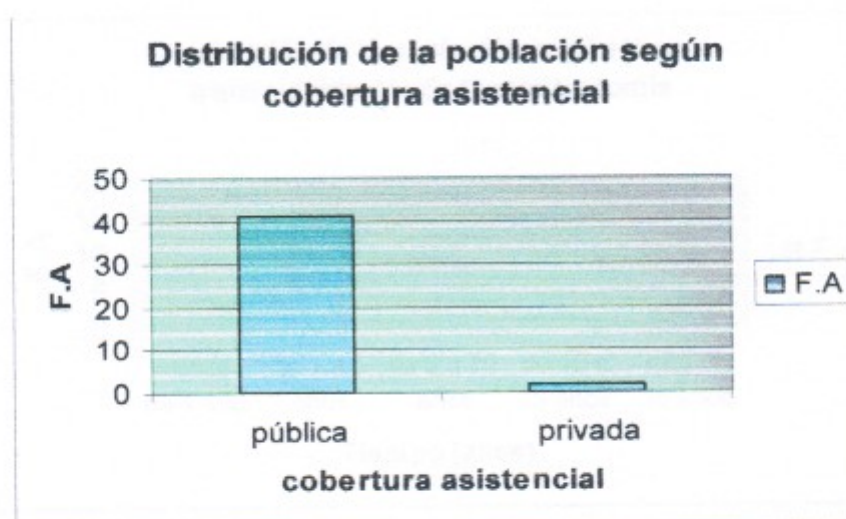
Ocupación	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
desempleada	13	13	0,3	30
empleada	10	23	0,23	23
jubilada/pensionista	20	43	0,47	47
estudiante	0	43	0	0



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Tabla: cobertura asistencial de las pacientes mastectomizadas

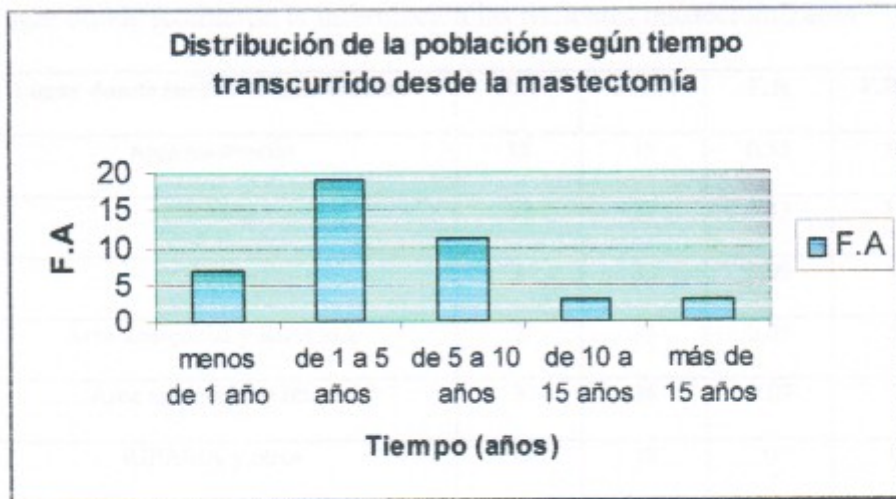
cobertura asistencial	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Pública	41	41	0,95	95
Privada	2	43	0,05	5



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Tabla: tiempo transcurrido desde la mastectomía de las pacientes

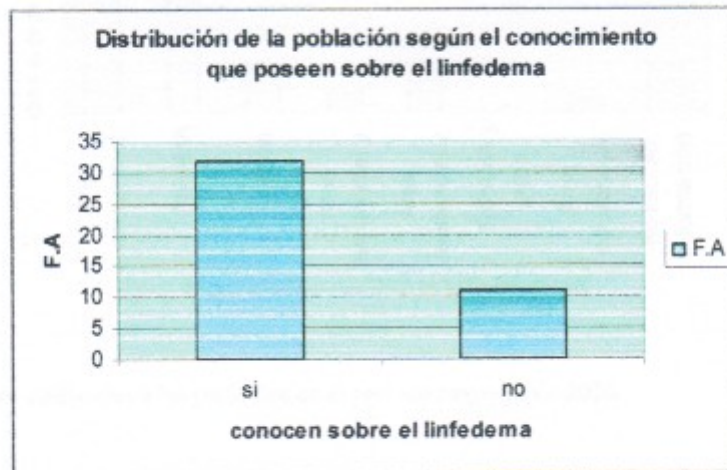
período de tiempo transcurrido desde la mastectomía	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
menos de 1 año	7	7	0,16	16
de 1 a 5 años	19	26	0,44	44
de 5 a 10 años	11	37	0,26	26
de 10 a 15 años	3	40	0,07	7
más de 15 años	3	43	0,07	7



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: conocimiento sobre el linfedema que poseen las pacientes mastectomizadas

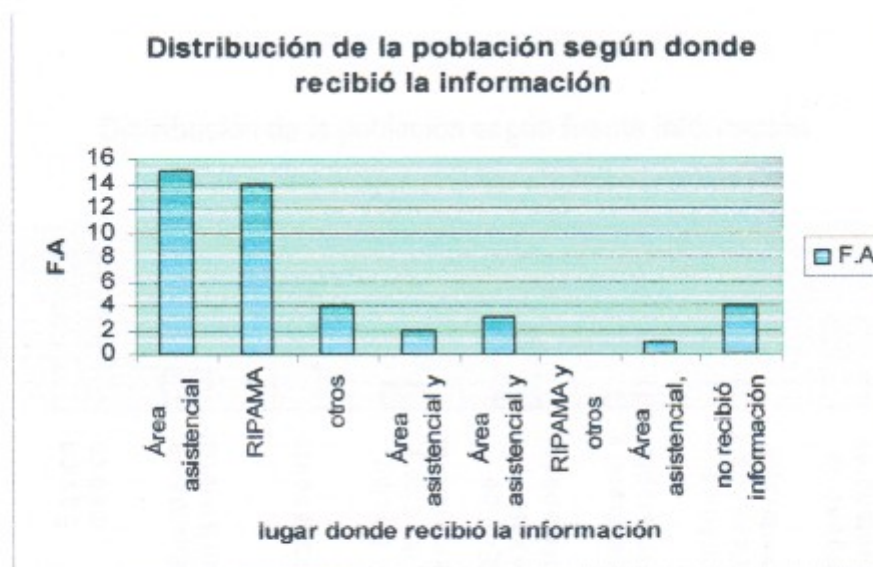
Conocimiento sobre el linfedema	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	32	32	0,74	74
No	11	43	0,26	26



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: lugar donde recibieron la información las pacientes mastectomizadas

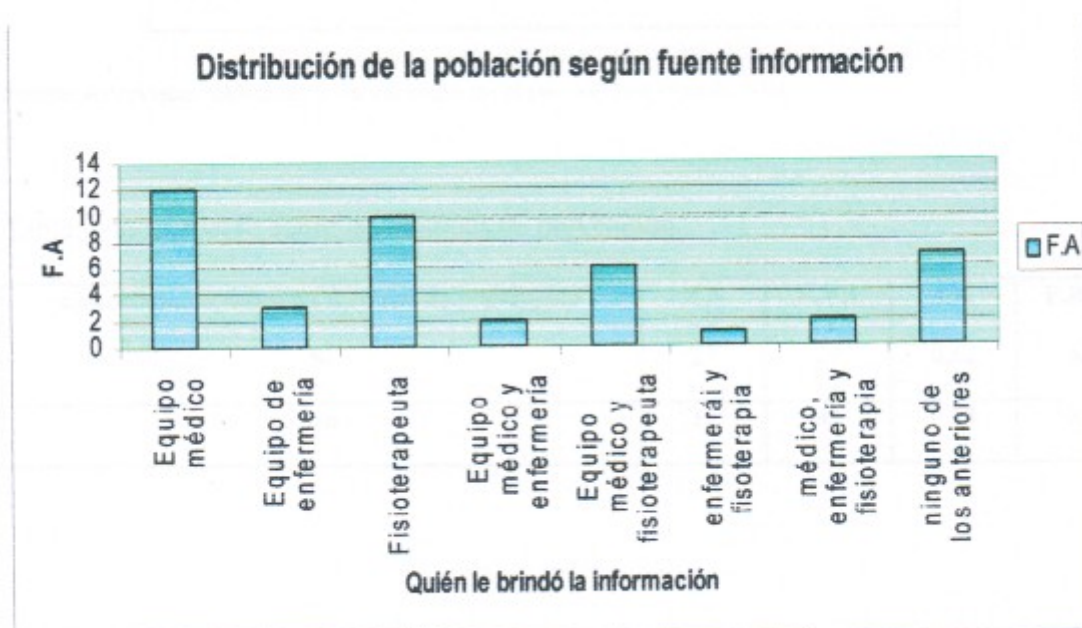
Lugar donde recibió la información	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Área asistencial	15	15	0,35	35
RIPAMA	14	29	0,33	33
Otros	4	33	0,09	9
Área asistencial y RIPAMA	2	35	0,05	5
Área asistencial y otros	3	38	0,07	7
RIPAMA y otros	0	38	0	0
Área asistencial, RIPAMA y otros	1	39	0,02	2
no recibió información	4	43	0,09	9



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: Fuente de información de las pacientes mastectomizadas

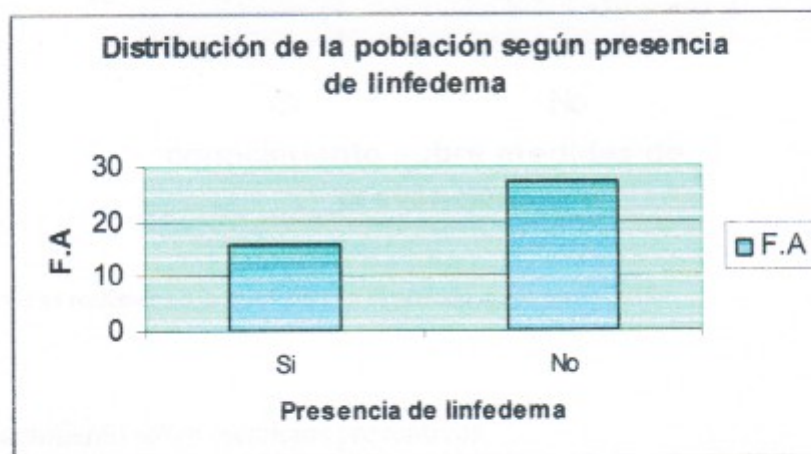
Fuente de información	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Equipo médico	12	12	0,28	28
Equipo de enfermería	3	15	0,07	7
Fisioterapeuta	10	25	0,23	23
Equipo médico y enfermería	2	27	0,05	5
Equipo médico y fisioterapeuta	6	33	0,14	14
enfermería y fisioterapia	1	34	0,02	2
médico, enfermería y fisioterapia	2	36	0,05	5
ninguno de los anteriores	7	43	0,16	16



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Tabla: presencia de linfedema

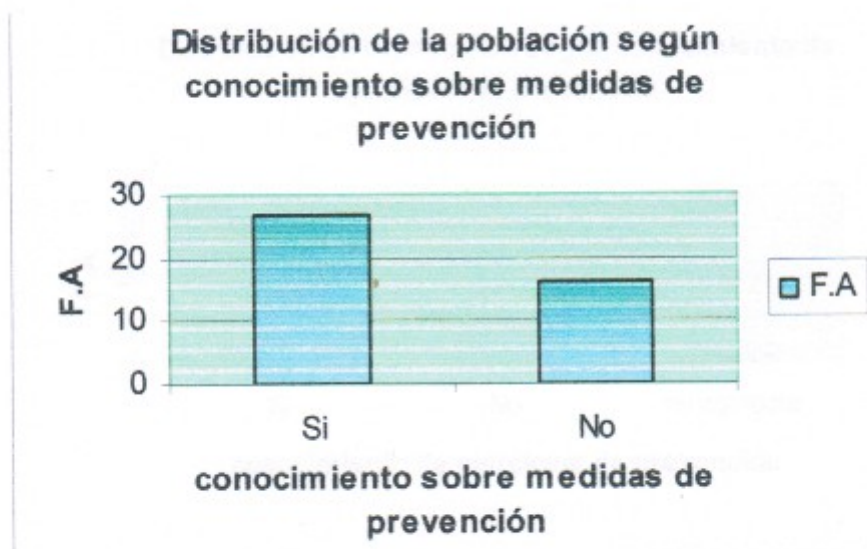
Presencia de linfedema	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	16	16	0,38	38
No	27	43	0,62	62



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Tabla: conocimiento sobre las medidas de prevención.

Conocimiento sobre las medidas de prevención	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	27	27	0,62	62
No	16	43	0,38	38

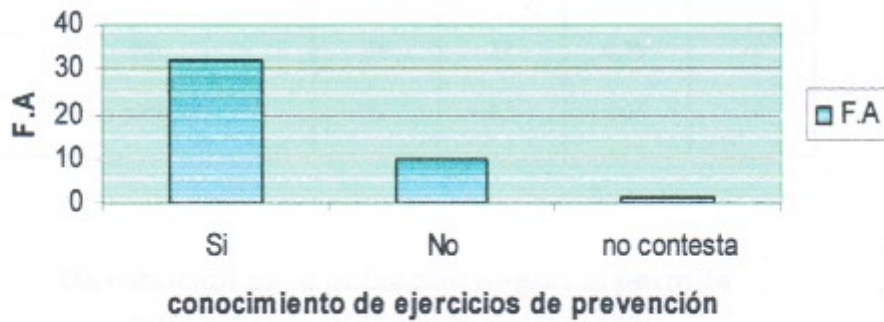


Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: conocimiento sobre ejercicios preventivos

Conocimiento sobre ejercicios preventivos	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	32	32	0,75	75
No	10	42	0,23	23
no contesta	1	43	0,02	2

Distribución de la población según conocimiento de ejercicios de prevención

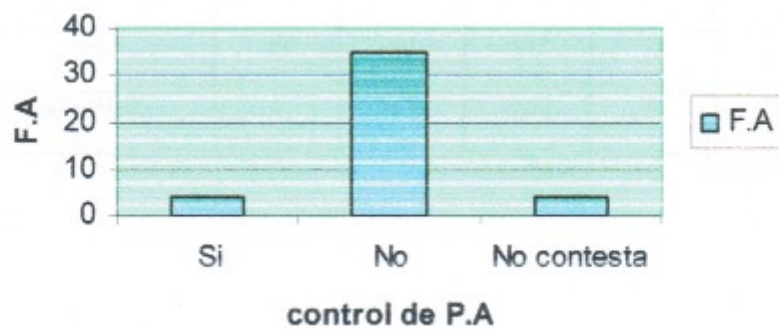


Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

En el brazo mastectomizado se puede:

Controlar P.A	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	4	4	0,09	9
No	35	39	0,81	81
No contesta	4	43	0,09	9

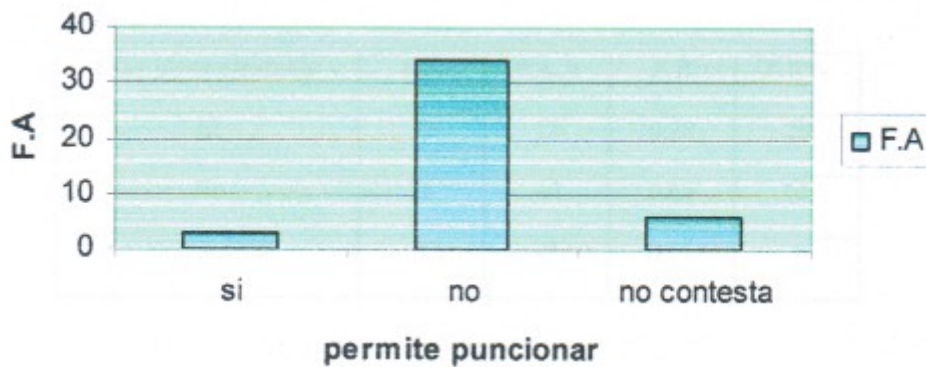
Distribución de la población según control de P.A



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Punción y/o adm.de med.	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	3	3	0,07	7
No	34	37	0,79	79
no contesta	6	43	0,14	14

Distribución de la población según si permite puncionar el brazo mastectomizado



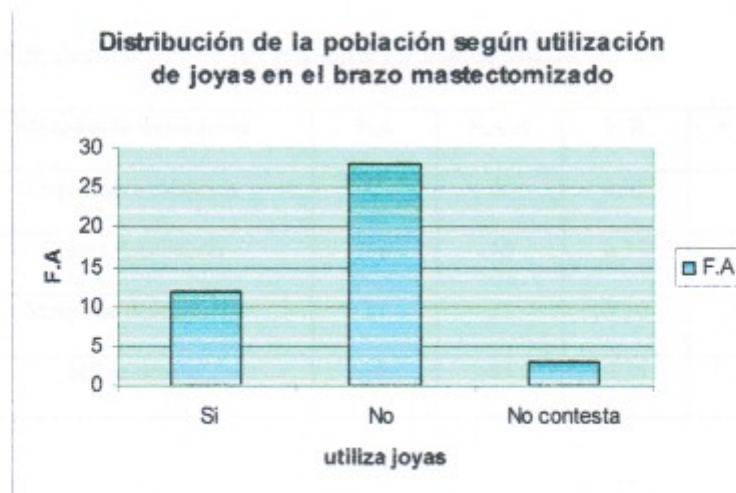
fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Levantar peso	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	6	6	0,14	14
no	33	39	0,77	77
no contesta	4	43	0,09	9



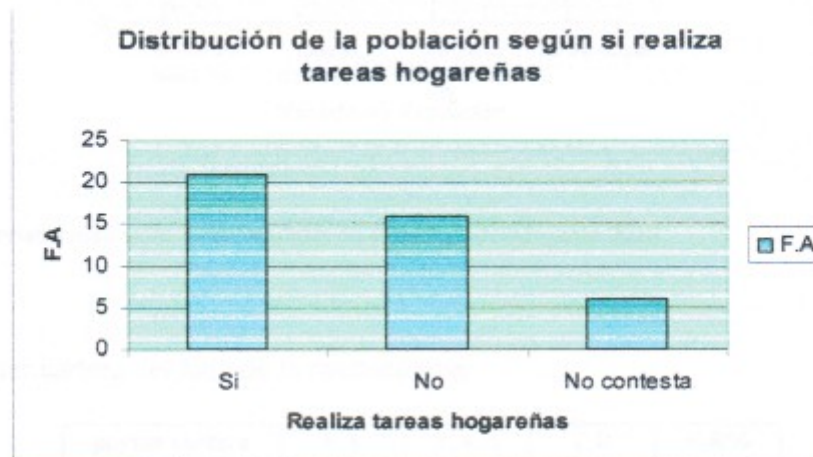
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Usar joyas ajustadas	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	12	12	0,28	28
No	28	40	0,65	65
No contesta	3	43	0,07	7



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

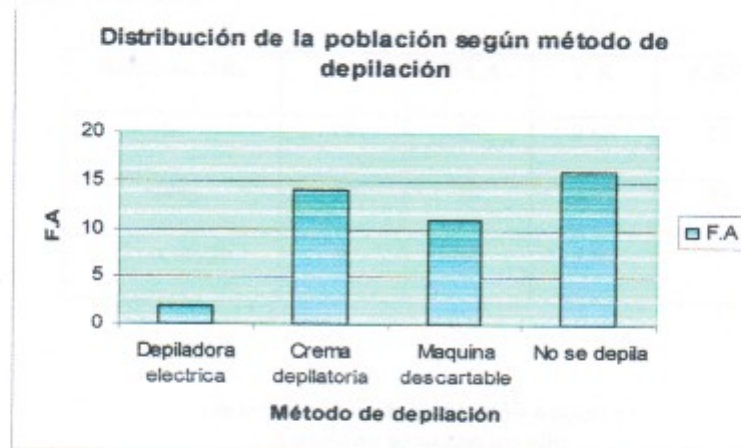
Realizar tareas hogareñas	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	21	21	0,49	49
No	16	37	0,37	37
No contesta	6	43	0,14	14



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: método de depilación de las pacientes mastectomizadas

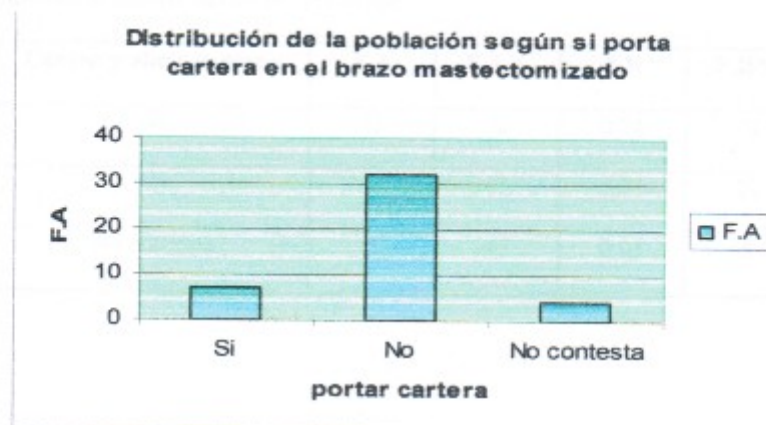
Método de depilación	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Depiladora eléctrica	2	2	0,05	5
Crema depilatoria	14	16	0,32	32
Maquina descartable	11	27	0,26	26
No se depila	16	43	0,38	38



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: Portar cartera del lado de la mastectomía

portar cartera	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	7	7	0,16	16
No	32	39	0,74	74
No contesta	4	43	0,09	9



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: mantener el brazo en alto

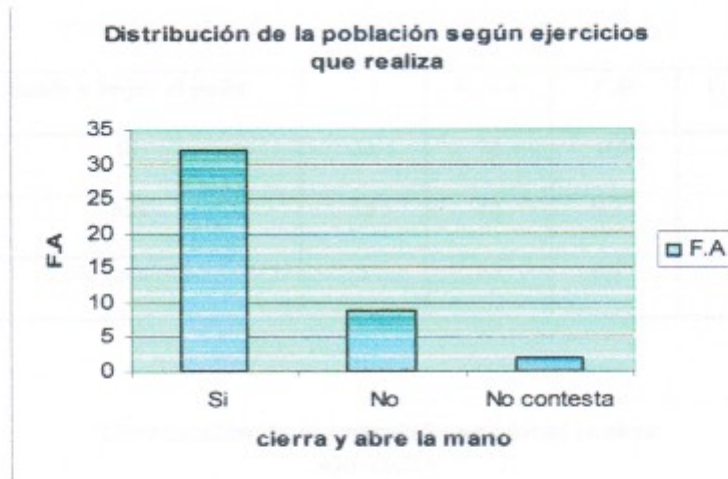
Brazo en Alto	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	29	29	0,68	68
No	10	39	0,23	23
No contesta	4	43	0,09	9



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

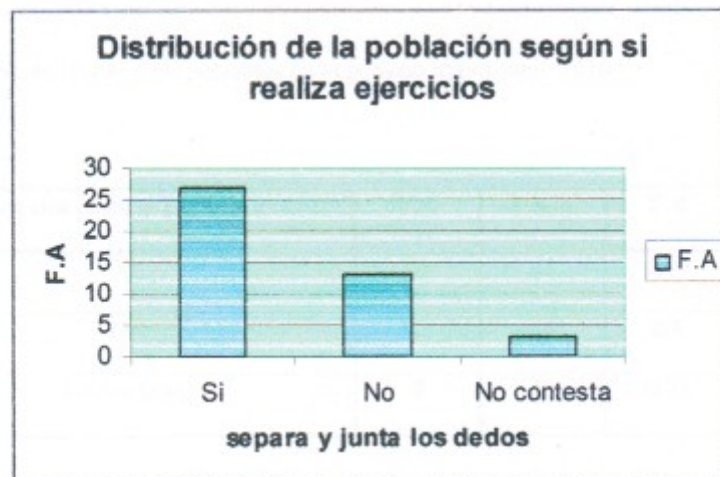
Realiza en algún momento del día estos ejercicios:

Cerrar y abrir la mano	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	32	32	0,74	74
No	9	41	0,21	21
No contesta	2	43	0,05	5



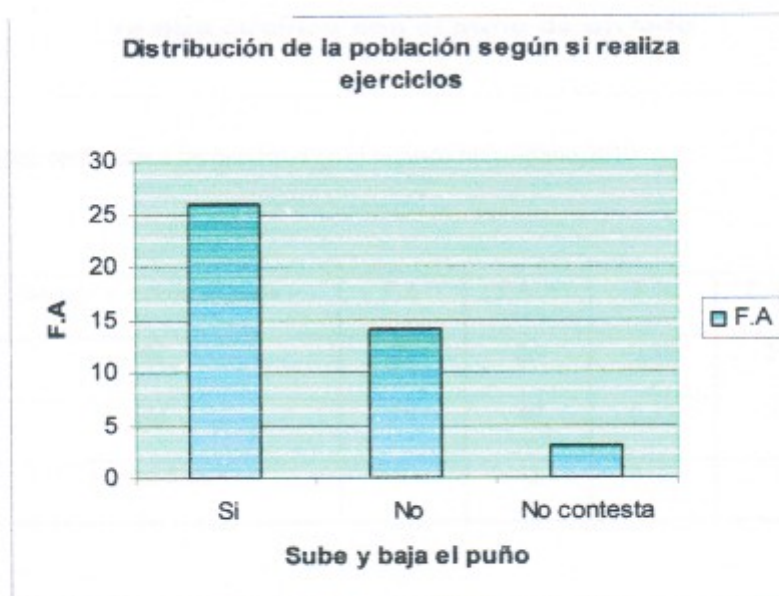
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Separar y juntar los dedos	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	27	27	0,63	63
No	13	40	0,3	30
No contesta	3	43	0,7	7



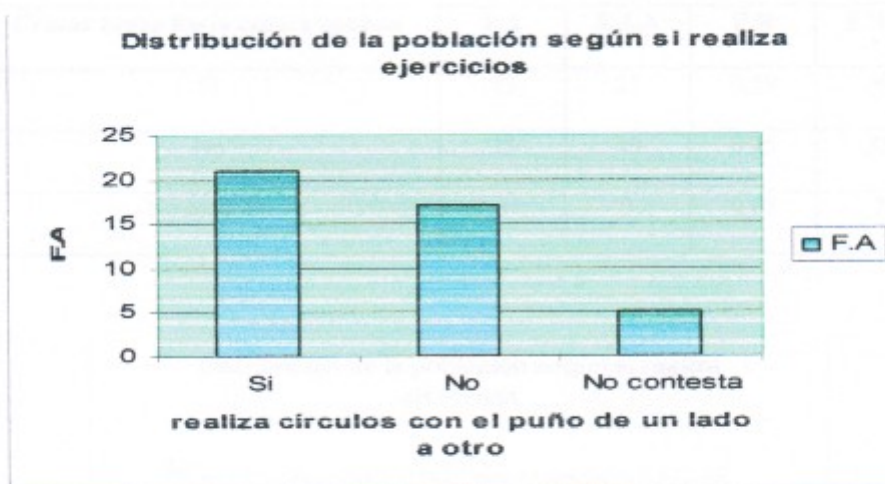
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Subir y bajar el puño	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	26	26	0,6	60
No	14	40	0,33	33
No contesta	3	43	0,07	7



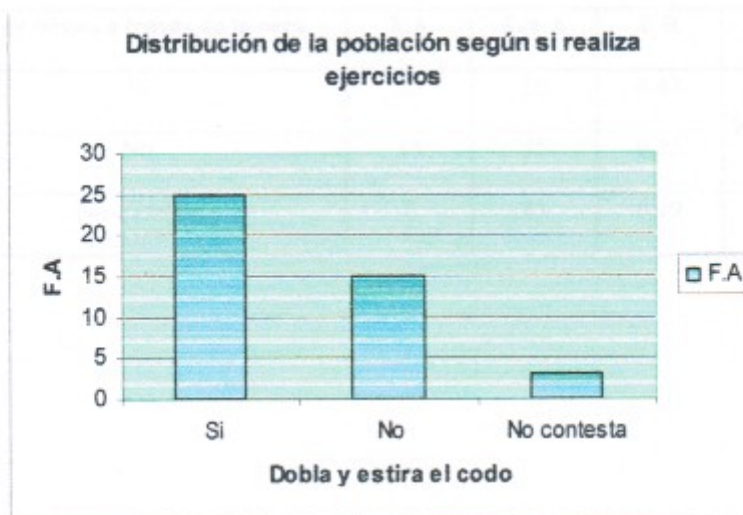
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Círculos con puño a 1 lado y a otro	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	21	21	0,49	49
No	17	38	0,4	40
No contesta	5	43	0,11	11



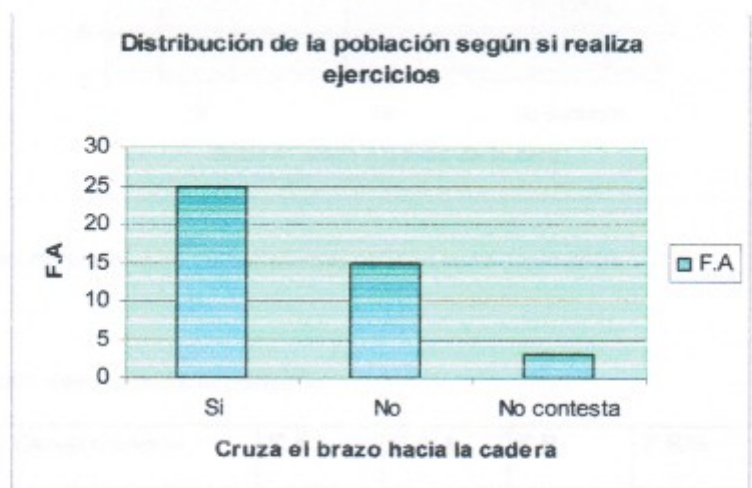
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Doblar y estirar el codo	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	25	25	0,59	59
No	15	40	0,35	35
No contesta	3	43	0,07	7



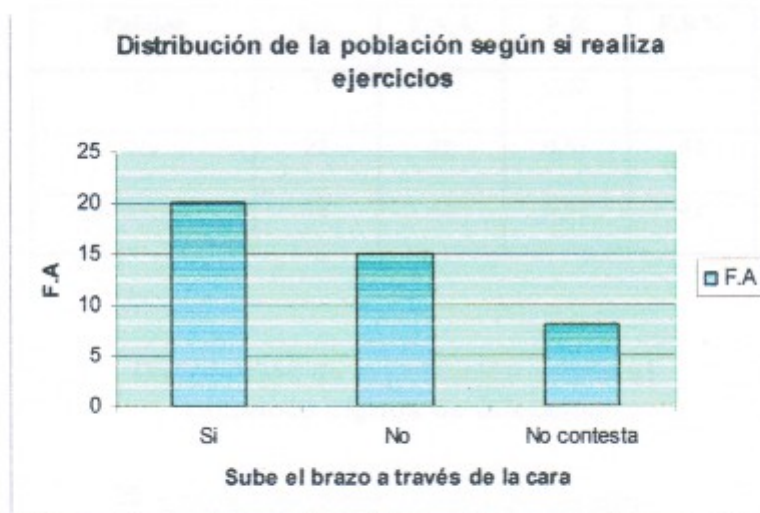
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Cruzar brazo hacia cadera opuesta	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	25	25	0,59	59
No	15	40	0,35	35
No contesta	3	3	0,07	7



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

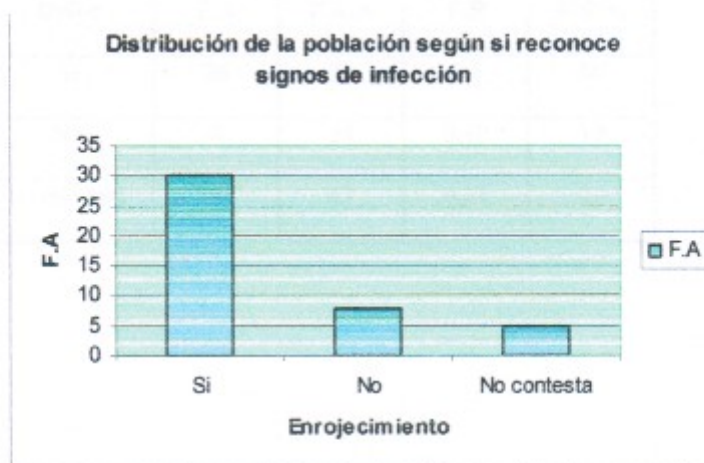
Subir brazo a través de la cara	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	20	20	0,47	47
No	15	35	0,35	35
No contesta	8	43	0,19	19



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Signos de infección que reconoce la paciente:

Enrojecimiento	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	30	30	0,7	70
No	8	38	0,19	19
No contesta	5	43	0,11	11



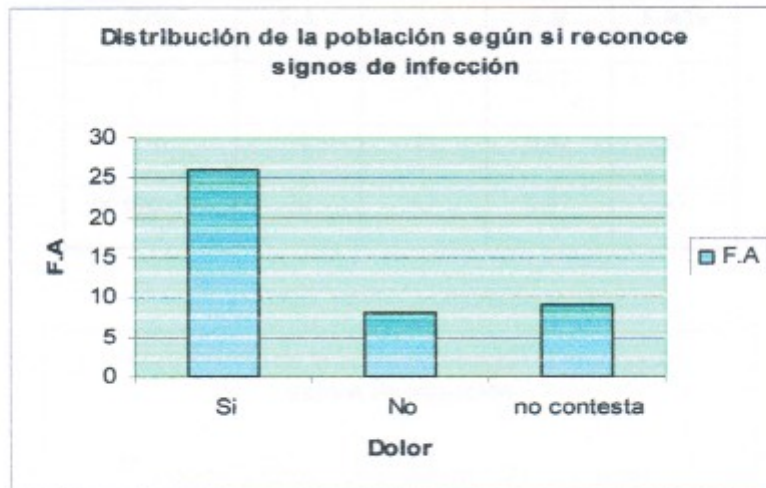
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Palidez	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	3	3	0,07	7
No	22	25	0,51	51
No contesta	18	43	0,42	42



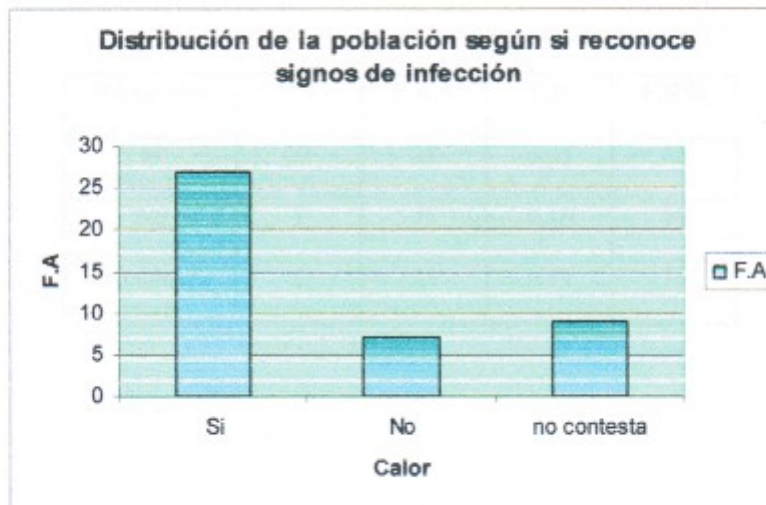
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Dolor	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	26	26	0,6	60
No	8	34	0,19	19
no contesta	9	43	0,21	21



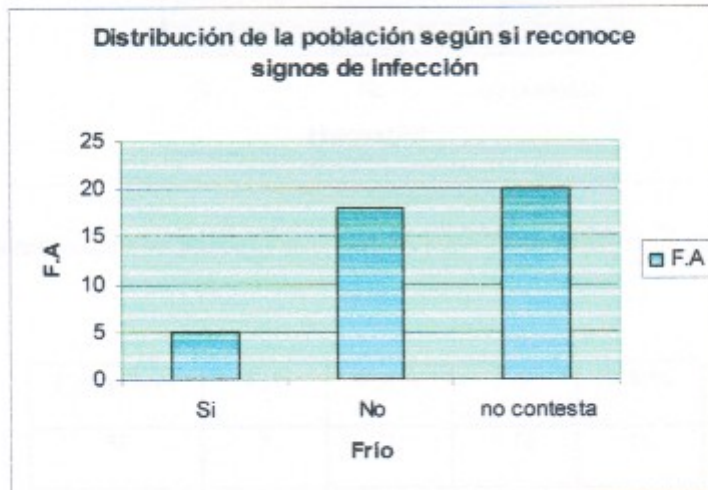
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Calor	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	27	27	0,63	63
No	7	34	0,16	16
no contesta	9	43	0,21	21



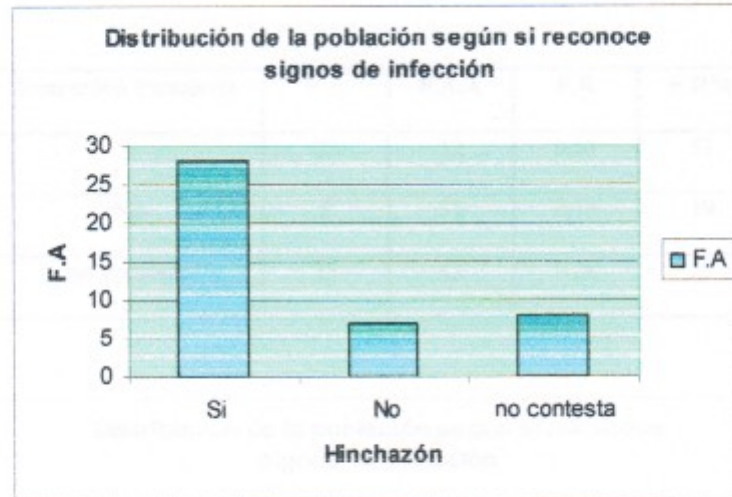
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Frío	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	5	5	0,12	12
No	18	23	0,42	42
no contesta	20	43	0,47	47



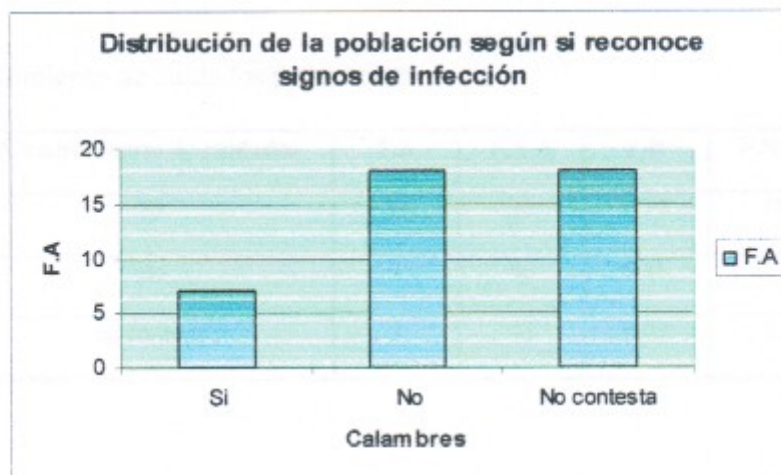
nte: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Hinchazón	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	28	28	0,65	65
No	7	35	0,16	16
no contesta	8	43	0,19	19



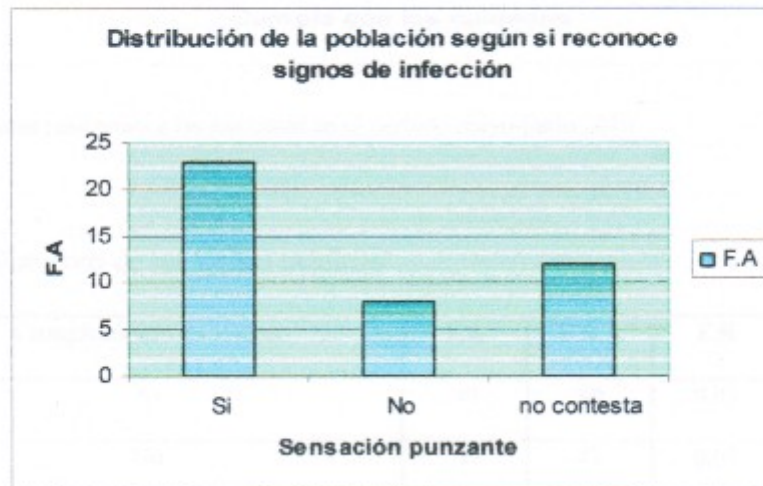
Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Calambres	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	7	7	0,16	16
No	18	25	0,42	42
No contesta	18	43	0,42	42



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

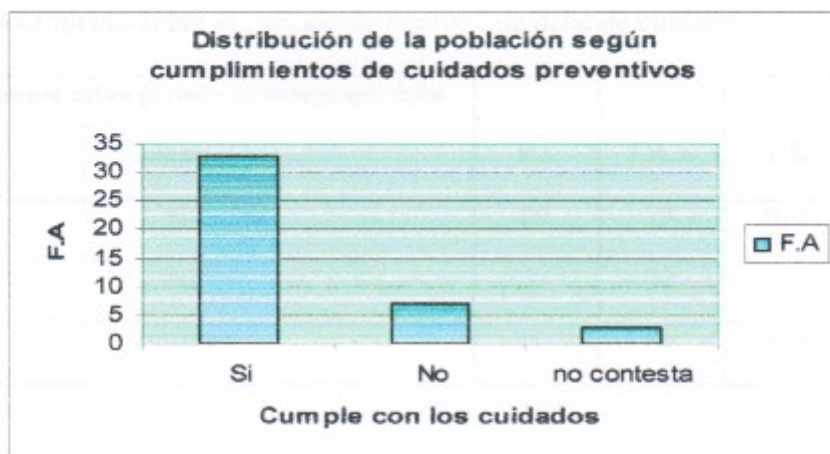
Sensación Punzante	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	23	12	0,53	53
No	8	31	0,19	19
no contesta	12	43	0,28	28



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: cumplimiento de cuidados preventivos

Cumplimiento de cuidados	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	33	33	0,77	77
No	7	40	0,16	16
no contesta	3	43	0,07	7



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Tabla: cumplimiento de las visitas médicas

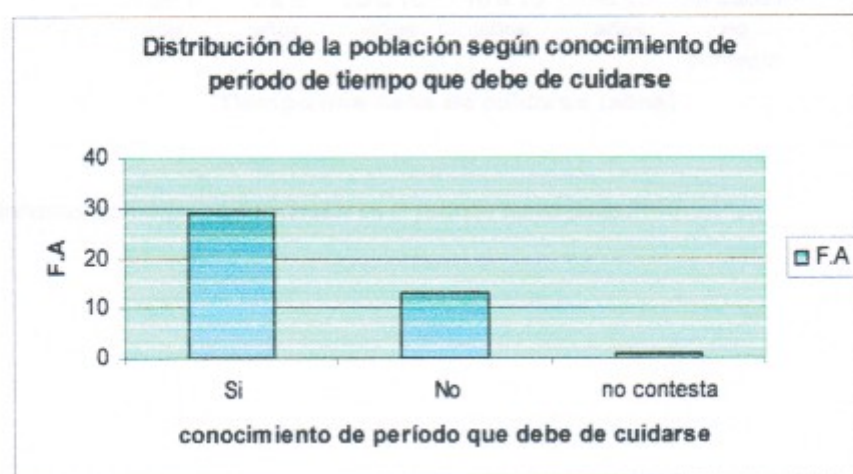
Cumplimiento de visitas	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	40	40	0,93	93
No	2	42	0,05	5
no contesta	1	43	0,02	2



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el periodo mayo-junio 2010

Tabla: conocimiento sobre el período de tiempo que debe de cuidarse

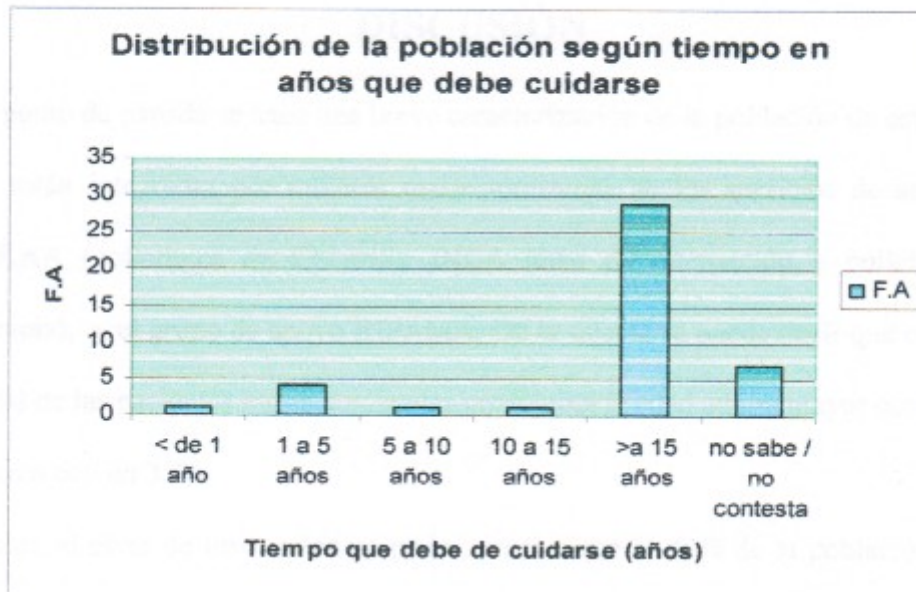
Conocimiento sobre período de tiempo que debe cuidarse	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
Si	29	29	0,68	68
No	13	42	0,3	30
no contesta	1	43	0,02	2



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

Tabla: tiempo en años que debe de cuidarse la paciente mastectomizada

Tiempo en años que debe cuidarse	F.A	F.A.A	F.R	F.R%
< de 1 año	1	1	0,02	2
1 a 5 años	4	5	0,09	9
5 a 10 años	1	6	0,02	2
10 a 15 años	1	7	0,02	2
>a 15 años	29	36	0,68	68
no sabe / no contesta	7	43	0,16	16



Fuente: entrevistas realizadas a las pacientes en el período mayo-junio 2010

DISCUSIÓN

Como punto de partida se hace una breve caracterización de la población de estudio, las cuales están integradas por mujeres mastectomizadas de los servicios de asistencia: H.C.FF.AA (poli-clínica de Fisiatría), INCA (área de internación y poli-clínica de fisioterapia), y el grupo de apoyo RIPAMA. De la misma se puede decir que en cuanto a la edad de las pacientes mastectomizadas predomina la edad adulta mayor con un 47% y la adulta con un 35%.

En cuanto al nivel de instrucción se pudo apreciar que el 44% de la población cuenta con un nivel de enseñanza secundaria incompleta, en tanto un 26% posee primaria incompleta.

En lo que refiere a la ocupación se vio que un 47% de la población es jubilada, mientras que un 30% se encuentra desocupada.

En cuanto al servicio de asistencia se ve que el 95% pertenece al sector público, cabe destacar que el estudio fue realizado solo en la asistencia pública, dado que en la asistencia privada fue negada la autorización para realizar el trabajo de investigación, así mismo se encontró un 5% de asistencia privada perteneciente a algunas de las pacientes que concurren a RIPAMA.

En cuanto al periodo de tiempo transcurrido desde la mastectomía predomina con un 44% el rango entre 1 y 5 años, y un 26% entre 5 y 10 años.

Comenzando con el análisis de las variables de estudio se puede decir que en cuanto a la primera variable que es el conocimiento sobre el linfedema, el 74% posee conocimiento sobre el tema, se observa que en la mayoría de las pacientes adquieren dicho

conocimiento luego de presentar el linfedema. Destacándose que 62% de las entrevistadas no lo presenta.

Según el 35% de las pacientes la información la recibieron en el área asistencial y un 33% en RIPAMA, se aprecia que existe una gran carencia por parte del área asistencial siendo que si se educara en el momento oportuno (pre y post operatorio) por el equipo multidisciplinario se lograría una mejor prevención de dicha enfermedad. Casi en el mismo porcentaje se encuentra que RIPAMA ocupa el 2º lugar en donde las pacientes obtienen la información así también como apoyo psicoemocional para poder afrontar ésta patología.

Dentro de los miembros del equipo de salud, el médico con un 28% es quien brinda la mayor información, le sigue la fisioterapeuta con un 23% y enfermería un 7%. Se destaca la escasa información que recibieron las pacientes, en lo que refiere a enfermería que es lo que nos compete, no se cumple con uno de los pilares fundamentales de la enfermera universitaria que es la educación. Un 16% refirió no haber sido informada por ninguno de los antes mencionados.

En lo que respecta al conocimiento de las medidas de prevención del linfedema un 62% los conocen, a través de la entrevista se le preguntó a la paciente sobre una serie de actividades que pueden o no realizarse con el brazo del lado mastectomizado, como son el control de presión arterial, la administración de medicamentos intravenosos o intramusculares, levantar peso, llevar joyas ajustadas y llevar la cartera, en cuanto a estas actividades las pacientes las evitan, no así sucede con las actividades hogareñas dado que por diferentes motivos ellas tienen que llevar a cabo esta actividad en

particular. En cuanto a la depilación axilar se destaca que el 38% no se depilaba debido a haber recibido tratamiento de poliquimioterapia y radioterapia.

En cuanto a los ejercicios para prevenirlos el 75% saben que existen, se le plantean a la paciente si los realiza en algún momento del día respondiendo en su gran mayoría que si los realizan. Esto demuestra el interés de la paciente en prevenir esta patología o si ya la presenta detenerla o reducirla. Así como también demuestran tener conocimiento de los signos de infección para consultar de manera oportuna.

El 93% de las pacientes entrevistadas cumple con las visitas pautadas por su médico evidenciándose el adecuado tratamiento y seguimiento de su patología de base, mostrándose que el 68% de las pacientes conoce que debe de cuidarse por un período mayor a 15 años.

CONCLUSIONES

La investigación realizada logró cumplir con los objetivos planteados al comienzo, que fue determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Al principio de la investigación no se logró encontrar antecedentes del tema en Uruguay; sí se obtuvo un trabajo de investigación realizado en Argentina sobre el tratamiento kinesico en el linfedema postmastectomía, no involucrando la actividad de enfermería en este estudio (anexo N° 4); también se obtuvo de una revista médica Argentina un trabajo de investigación acerca de los cuidados del miembro superior en el linfedema postmastectomía (anexo N° 5).

Se realizó la caracterización de la población mediante las variables seleccionadas con anterioridad lo que nos brindó la información necesaria para llevar a cabo este estudio.

Nos gustaría destacar que al comienzo de la investigación nos planteamos abarcar una población más amplia por lo que enviamos solicitudes a varias instituciones, pero por factores externos nos vimos limitados a realizar el estudio en las nombradas anteriormente.

El 62% de las pacientes entrevistadas no presentaban linfedema, este dato puede ser variable ya que la aparición del mismo como se ha descrito anteriormente puede aparecer incluso luego de 15 años de realizada la mastectomía ya sea por falta de información de cómo prevenirlo, del tratamiento post-operatorio, por no cumplir con los cuidados necesarios por causas personales (por ejemplo jefas de hogar, etc).

Se concluye que es escasa la información que reciben las pacientes desde el área asistencial, sin saber con exactitud cual es la causa, pero a su vez se destaca que las pacientes conocen sobre el linfedema, como tratarlo o prevenirlo informándose por otros medios como son: Internet, grupos de apoyo (RIPAMA) y transmisión verbal entre las mismas.

En lo que respecta al conocimiento de las medidas de prevención del linfedema un 62% los conoce y en cuanto a los ejercicios para prevenirlos el 75% saben que existen, esto demuestra el interés de la paciente en prevenir esta patología o si ya la presenta detenerla o reducirla.

En cuanto a que integrantes del equipo de salud brindaron la información se vió que mayoritariamente se señaló al equipo médico. Además se destaca la escasa participación del personal de enfermería en relación a brindarles información a las pacientes, lo cual es contraproducente ya que dicho personal es quien permanece mayor tiempo con las mismas. Más aún como no se trata de informar de cualquier manera, sino de evaluar el grado de necesidad y el derecho que la paciente tiene de recibir determinada información, elaborando una metodología y una estrategia para proporcionárselo, es de gran importancia el rol de la licenciada en enfermería para contribuir a una correcta educación sobre la prevención del linfedema ya que la misma es un pilar fundamental de la profesión.

Es indispensable la información que se les brinda a las pacientes no solo en el pre operatorio sino en el post operatorio inmediato ya que el linfedema puede aparecer abruptamente.

Para finalizar se destaca que, durante las entrevistas se pudo observar la carencia de comunicación por parte de los miembros del equipo multidisciplinario hacia los pacientes sobre la existencia de otros profesionales de la salud que puedan contribuir a la prevención o a un mejor tratamiento del linfedema.

SUGERENCIAS

Como sugerencia para futuras investigaciones planteamos evaluar los factores que influyen en la falta de información que se les brinda a las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería, como podría ser la falta de conocimiento sobre el tema, capacitación del personal, tiempo y escasez de recursos humanos. Por lo que nos parecería conveniente la elaboración de un manual instructivo en común para los servicios de asistencia públicos y privados que cuente con un contenido básico como la definición del linfedema, medidas de prevención, cuidados y ejercicios destacándose el uso de figuras que los ilustren para un mejor entendimiento por parte de la paciente. Ya que el “Manual de Oncología para el Primer Nivel de Atención” del MSP, no cuenta con uno.

NORMAS ÉTICAS

Para realizar esta investigación se solicitó autorización a las siguientes instituciones públicas y privadas (ver anexo N° 3): C.H.P.R, H.C.FF.AA, I.N.C.A y Asociación Española de Socorros Mutuos además del grupo de apoyo RIPAMA.

Obtuvimos autorización de: H.C.FF.AA recibiendo una notificación por escrito y grupo de apoyo RIPAMA e I.N.C.A quienes nos autorizaron en forma verbal por medio de una entrevista la Dra. Melgar y Lic. Enf. Sosa y Lic. Fisioterapia Corvino respectivamente.

Fue negada la autorización en la Asociación Española de Socorros Mutuos mediante una carta. Y el C.H.P.R además de la carta de autorización enviada a dirección se nos solicitó una carta al Comité de Ética de dicha institución adjuntando a la misma un consentimiento informado para las pacientes entrevistadas, del cual no hemos obtenido respuesta al momento. (Ver anexo N° 3)

ANEXOS

Anexo N° 1

Protocolo de Investigación

Pregunta Problema:

¿Cual fue la información en relación a la prevención del linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas, por parte del personal de Enfermería, en los servicios de asistencia público y privado en el período de tiempo mayo-junio del 2010?

Justificación

Según el registro nacional de cáncer, el cáncer mamario constituye un importante problema de salud en el Uruguay.

Esto se fundamenta en la alta incidencia y mortalidad y el elevado costo socio-económico para el país.

El cáncer de mama presenta una tasa de 93/100000 mujeres en el departamento de Montevideo, ocupando el 6to lugar entre las ciudades del mundo de mayor incidencia.

Todos los días se diagnostica esta enfermedad a cinco mujeres uruguayas, un caso nuevo cada cinco horas, 656 muertes por año.

Dentro de los tratamientos para esta patología se encuentran: tratamiento quirúrgico (cirugía) y tratamiento médico (quimioterapia y radioterapia).

En cuanto al tratamiento quirúrgico se destaca la realización de la mastectomía y como principal riesgo post operatorio de la misma el linfedema siendo esta una patología crónica que puede aparecer de forma lenta y progresiva ya que su tiempo de aparición es muy variable pudiendo ser de semanas, meses o hasta 15 años luego de la cirugía, sin

embargo el 75% de los mismos lo hacen en el primer año tras la cirugía; si además de la cirugía reciben radioterapia el riesgo se incrementa.

Es por ello que nos pareció importante realizar un estudio sobre que tipo de información presentan las pacientes mastectomizadas en cuanto a las medidas preventivas para evitar la aparición del linfedema, ya que esta es una herramienta fundamental para la prevención. Además una vez que se establece el linfedema no existe un tratamiento eficaz para curarlo.

No se encontraron antecedentes del tema en Uruguay; si se obtuvo un trabajo de investigación realizado en Argentina sobre el tratamiento kinesico en el linfedema postmastectomía, no involucrando la actividad de enfermería en este estudio (anexo N° 4); también se obtuvo de una revista médica de Argentina un trabajo de investigación acerca de los cuidados del miembro superior en el linfedema postmastectomía (anexo N° 5).

Objetivo General:

- Determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Objetivos Especificos:

- Caracterizar la población en estudio.
- Conocer cual fue la información que recibieron las pacientes sobre la prevención del Linfedema, sobre las variables en estudio.

Diseño Metodológico:

Tipo de estudio: - Descriptivo

- Prospectivo

Área temática: Prevención de Linfedema

Área de estudio: el estudio se llevara a cabo en la República Oriental del Uruguay en el departamento de Montevideo en instituciones de asistencia pública y privada.

Universo de estudio: Universo: todas las pacientes mastectomizadas que se atienden en los servicios de asistencia públicos y privados de la ciudad de Montevideo.

Muestra: pacientes mastectomizadas que se atienden en los servicios de asistencia públicos y privados en el periodo de tiempo marzo del 2010.

Criterio de inclusión: pacientes mastectomizadas en un período de tiempo no mayor a 15 años que concurren a los lugares donde se recogen los datos (consultas y reuniones) de los servicios de asistencia públicos y privados de la ciudad de Montevideo que presenten o no linfedema.

Variables:

Definición de variables:

- **Edad:** definición conceptual: periodo de tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operativa: menos de 35 años; de 35 a 50 años; de 50 a 65 años; mayor a 65 años.

Escala: cuantitativa continúa, nominal.

- Nivel de instrucción: definición conceptual: nivel máximo alcanzado por la usuaria mediante la educación formal.
Definición operativa: analfabeto, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta.
Escala: cualitativa ordinal.
- Ocupación: definición conceptual: condición en la que se encuentra la usuaria de recibir remuneración por actividades que realiza.
Definición operativa: empleo estable o inestable, desocupada, ama de casa, jubilada/pensionista, estudiante.
Escala: cuantitativa nominal.
- Cobertura asistencial: definición conceptual: lugar donde la paciente decide que se brinde asistencia sanitaria.
Definición operativa: cobertura pública; cobertura privada.
Escala: cualitativa, ordinal.
- Información en relación a la prevención del linfedema: definición conceptual: manifestación de la usuaria según la cual posee información respecto a la prevención del linfedema.
Definición operativa: información sobre el tema: si o no
Escala: cualitativa, ordinal.
- Cuidados para prevenir el linfedema: definición conceptual: acciones que se realizan para evitar la aparición de la patología.
Definición operativa: Definición operativa: signos y síntomas:

- enrojecimiento
- palidez
- dolor
- calor
- frío
- hinchazón
- calambres
- sensación punzante

Actividades que no debe de realizar:

- control de P.A
- puncion del brazo afectado
- levantar peso
- usar joyas
- realizar tareas hogareñas
- portar cartera
- brazo en alto

Ejercicios que debe de realizar:

- Cerrar y abrir la mano
- Separar y juntar los dedos
- Subir y bajar el puño
- Círculos con el puño a un lado y a otro
- Doblar y estirar el codo

- Cruzar brazo hacia cadera opuesta
- Subir brazo a través de la cara
- Fuente de información; definición conceptual: medio por el cual recibe la información.
Definición operativa: profesionales, grupos o personas que brindaron información a las pacientes.
Escala: cualitativa, ordinal.

Métodos, Procedimientos y recolección de datos:

- **Método:** Observación no participativa, ya que no influiremos sobre la muestra, la investigación se llevara a cabo en Instituciones públicas y privadas donde concurren mujeres mastectomizadas. Se confeccionara un instrumento de recolección de datos (entrevista) y se realizará a las mujeres mastectomizadas a las cuales tengamos acceso.
- **Recolección de datos:** se hará mediante este instrumento el cual será previamente elaborado y testeado luego de la autorización por parte de la Cátedra Materno Infantil.

El instrumento esta compuesto por la entrevista, el mismo consta de preguntas simples donde la persona deberá responder con SI o NO.

El tiempo para realizar la entrevista será de 15 a 20 minutos dependiendo de la comprensión y disponibilidad de la persona.

Podemos destacar 3 momentos en la recolección de datos: 1- donde se selecciona la población a trabajar.

2- Donde se realizara la entrevista.

3- Donde se procesara la información y se agruparan los datos para analizarlos posteriormente.

Antecedentes del Problema a estudiar:

Marco teórico

Para la realización de nuestra investigación científica, es indispensable trabajar con un modelo teórico de respaldo. Luego de ser analizadas las distintas teorías, modelos y definiciones consideramos como pilares fundamentales para nuestro accionar los siguientes puntos.

Para comenzar debemos definir la salud según la O.M.S como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez. Por lo tanto es importante definir el proceso salud enfermedad según, el plan 93, que dice: "Proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el Hombre se encuentra.

En este proceso el Hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación Salud- Enfermedad en que se encuentre. La Salud es un derecho inalienable del Hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos".

Según la OPS/OMS, 1991 **Promoción de la salud** "Es la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y

colectiva". Sus objetivos son: desarrollar políticas favorables a la salud, crear entornos que contribuyan a la salud, reforzar la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

En la Carta de Ottawa en 1986 se la entiende como: el proceso de capacitación de la población para que incremente su control sobre su salud y de esta forma, la mejore.

Cinco principios de la promoción de la salud:

- Se ocupa de la población en su vida cotidiana, más que de las personas que están ya en riesgo de desarrollar determinadas enfermedades o que utilizan los servicios sanitarios.
- Dirige sus acciones hacia las causas básicas de la pérdida de salud.
- Utiliza enfoques muy diferentes, que combina para mejorar la salud, por ejemplo: educación e información, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud y legislación.
- Depende especialmente de la participación de la población.
- Los profesionales de la salud, especialmente los que trabajan en atención primaria, tienen un papel muy importante en el desarrollo de la Promoción de la Salud y en facilitar que estos procesos ocurran.
- **Prevención:** "Es el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de la salud y la enfermedad: conociendo la historia social de la enfermedad, la epidemiología puede proponer medidas y técnicas para prevenir la enfermedad y promover la salud".

Niveles de prevención:

- **Prevención Primaria:** según la OMS, todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos. Consiste en promoción de la salud y protección específica.
- **Prevención Secundaria:** según la OMS, son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en la población, reduciendo la evolución y la duración de una enfermedad. Consiste en detección precoz y tratamiento oportuno.
- **Prevención Terciaria:** según la OMS, son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población, reduciendo las invalides consecutiva a la enfermedad.

Es importante que enfermería como parte de un equipo de salud trabaje en busca de lograr la mayor independencia de las personas en el proceso salud enfermedad, a través del auto cuidado, como plantea **Dorothea Orem**: Inició su carrera de enfermera en la escuela de enfermería en Washington, finalizando en la década de los treinta.

Su experiencia incluye: ejercicio privado, la enfermería hospitalaria, la docencia.

Fue directora del departamento de enfermería de 1940-1949; permaneció en Indiana durante 7 años. En 1957 se trasladó a Washington, comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación.

En 1959 inició su actividad de docente en la Universidad Católica de América, aquí continuó el desarrollo de su concepto de enfermería y del autocuidado.

Se retiró en 1984.

Principales conceptos y definiciones:

Basa su teoría sobre el déficit:

1. la teoría de autocuidado
2. la teoría del déficit del autocuidado
3. la teoría de los sistemas de enfermería

Autocuidado: es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que es individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

Requisitos del autocuidado: son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado. Se pueden desglosar en 3 categorías

1. Requisitos universales del auto cuidado: conservación del aire, agua, alimento, eliminación, actividad, descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.
2. Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo: promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos
3. Requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud: la enfermedad o la lesión no solo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al

funcionamiento humano integrado. Cuando éste está seriamente afectado la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal.

Demanda de autocuidado terapéutico: Es una entidad de carácter humano con una base objetiva en la información que describe al individuo desde el punto de vista estructural, funcional y del desarrollo.

Acción de autocuidado: Habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano y promueven el bienestar.

Agente: Persona que ejecuta la acción.

Agentes de autocuidado: Proporciona el autocuidado

Déficit del autocuidado: Es una relación entre la demanda del autocuidado terapéutico y la acción del autocuidado de las propiedades humanas en las que las actitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista.

Sistema de enfermería

Tipos:

1. Totalmente compensadores: la enfermera compensa una incapacidad total del paciente para realizar actividades de

autocuidado que requieren movimientos de deambulaci3n y de manipulaci3n.

2. Parcialmente compensadores: en los que la enfermera como el paciente realiza medidas de asistencia y otras actividades que impliquen deambulaci3n y labores manipulativas.
3. De apoyo educativo: el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terap3utico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda.

Educaci3n para la salud: Es la transmisi3n de conocimientos relativos a la salud individual o colectiva, cuyo objetivo es que la persona tome una actitud activa y responsable en todos los procesos (promoci3n, prevenci3n, recuperaci3n, rehabilitaci3n, reinserci3n) de su propia salud, familia y comunidad.

Es un proceso activo y planificado que tiende a elevar el nivel de salud. Las actividades educativas son el mejor medio que buscan incitar a las personas a participar en la atenci3n de salud.

Objetivos de educaci3n para la salud

- Brindar informaci3n de conocimientos.
- Brindar pr3cticas y destrezas.
- Promover una actitud positiva (para esto es imprescindible la motivaci3n)

- Promover la auto-responsabilidad individual y comunitaria.

Desarrollar la capacidad de la población para que participe en forma activa en el fomento y atención de la salud, que tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones respecto a su salud o enfermedad.

Se llama mujer al ser humano de género femenino, encargado de la concepción (convirtiéndose así en madre), y portador de los cromosomas XX. La mujer posee características biológicas, y psicológicas que la definen como tal, así como el instinto maternal y la prudencia (aspectos psicológicos). Desde hace algunos años, algunos autores denominan género a lo que parece diferenciar la identidad femenino de masculino; así como las múltiples características que conllevan: comportamiento, actitud, consideración social, carácter físico etc. Las etapas del ciclo vital de las mujeres son:

1) *ETAPA PRE-CONCEPCIONAL*.- Comprende entre el nacimiento y la primera gestación tiene dos periodos: Período Pre-Menárquico: Abarca desde el nacimiento hasta la • menarquia (aparición de la primera menstruación.) Período Post-Menárquico: Abarca desde la menarquia hasta la • aparición de la primera gestación.

2) *ETAPA CONCEPCIONAL*.- Compreendida entre el inicio de la gestación hasta la sexta semana post-parto. Presenta cuatro periodos: • Período Prenatal: Comprende el control de la gestante durante el tiempo previo al nacimiento del niño. • Período Infranatal: Comprende la atención del parto. • Período Post-Natal: Comprende del post-parto hasta la sexta semana. Tiene dos fases: Primera Fase: Puerperio inmediato las

primeras 24 horas. Segunda Fase: Puerperio tardío hasta la sexta semana. Período internatal: Es el espacio comprendido entre dos gestaciones.

3) *ETAPA POST-CONCEPCIONAL*.- Abarca la Menopausia-Climaterio. Menopausia: Es el término que designa la fecha de la última menstruación en la vida de una mujer. La palabra deriva del griego mens, que quiere decir mensualmente, y pausas, que significa cese. La menopausia es una parte natural del proceso de envejecimiento debido a la menor producción de las hormonas estrógenos y progesterona que se acompaña de la pérdida de la capacidad de reproducción. Climaterio: Es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica etapa puede durar alrededor de 20 años. No es una enfermedad, si no un evento único en la vida de la mujer que marca el fin de la fertilidad.

Información: Es un fenómeno que proporciona significado o sentido a las cosas. En sentido general, la información es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno.

El **cáncer** es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. Las células normales al sentir el contacto con las

células vecinas inhiben la reproducción, pero las células malignas no tienen este freno. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no (como la leucemia). El cáncer es causado por anomalías en el material genético de las células. Estas anomalías pueden ser provocadas por agentes carcinógenos, como la radiación (ionizante, ultravioleta, etc), de productos químicos (procedentes de la industria, del humo del tabaco y de la contaminación en general, etc) o de agentes infecciosos. Las anomalías genéticas encontradas en las células cancerosas pueden ser de tipo mutación puntual, translocación, amplificación, deleción, y ganancia/pérdida de todo un cromosoma. Existen genes que son más susceptibles a sufrir mutaciones que desencadenen cáncer. Esos genes, cuando están en su estado normal, se llaman protooncogenes, y cuando están mutados se llaman oncogenes. Lo que esos genes codifican suelen ser receptores de factores de crecimiento, de manera que la mutación genética hace que los receptores producidos estén permanentemente activados, o bien codifican los factores de crecimiento en sí, y la mutación puede hacer que se produzcan factores de crecimiento en exceso y sin control.

Dentro de esta patología abordaremos específicamente el **cáncer de mama**, ya que ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer en nuestro país. Se diagnostican alrededor de 1800 casos nuevos por año y se producen 600 muertes anuales por esta enfermedad. Para la prevención del cáncer de mama ya se encuentran en práctica dos programas en nuestro país que contemplan las dos actividades que deberían desarrollarse ambos en el marco del MSP-PRONACCAN: el examen físico mamario; Programa de Cáncer Mamario (PCM) del MSP y las Mamografías (Mx) de la

CHLCC. El programa de detección oportunista de cáncer de mama implementado por la CHLCC alcanza a todo el país. Se realizan Mamografía todas las mujeres mayores de 40 años que las soliciten. La población objetivo del PCM, se limita por el momento a realizar el examen físico mamario, e involucra a mujeres entre 20 y 39 años cada 3 años y anual a partir de los 40 años. En mujeres mayores de 40 años, a quienes se les solicitará una Mx, se recomienda efectuarla lo más próximo posible a la realización del examen físico.

Para favorecer la accesibilidad de las mujeres a la realización de Mxs, por Decreto del Poder Ejecutivo de fecha 10 de julio de 2006, regulado por la ordenanza Ministerial N° 402 del 11 de julio de 2006, se dispone exonerar del pago de las Mxs a mujeres entre 40 y 59 años, cada 2 años cuando el resultado de los estudios es normal. Por decreto del PE del 19 de diciembre de 2006 N° 280 se dispuso como requisito para expedir el Carne de Salud Básico, la presentación del la presentación del resultado de la Mx a las mujeres que corresponda según su edad.

Factores de riesgo de cáncer de mama:

- o El principal factor de riesgo es ser mujer, vinculado a factores de riesgo hormonales. Sólo el 1% de los cánceres de mama ocurren en el sexo masculino.
- o El riesgo aumenta con la edad.
- o El haber tenido cáncer de mama representa un riesgo mayor de padecer esta enfermedad en la mama contra lateral o en la remanente.

- El riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de mama es mayor si su madre, hermana o hija, tuvo cáncer de mama, sobre todo a una edad joven (antes de los 40 años).
- La presencia de lesiones precursoras de la mama, hiperplasia atípica y carcinoma in situ (CLIS o CDIS) aumenta el riesgo de cáncer de mama.
- 5-10% de los cánceres de mama tienen predisposición genética vinculada a mutaciones en los genes: BRCA1, BRCA2 y otros.
- Antecedentes gineco obstétricos (vinculados al tenor hormonal):
 - primiparidad tardía (después de los 30 años)
 - menarca precoz (antes de los 12 años),
 - menopausia tardía (después de 55 años)
 - nulíparas
 - tratamiento de reemplazo hormonal en la postmenopausia
 - lactancia negativa
- Antecedentes de RT torácica antes de los 30 años
- Ingesta de dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo
- Obesidad después de la menopausia.
- Sedentarismo.
- Alcoholismo.

Algunos factores de riesgo pueden evitarse. Otros, como los antecedentes familiares y reproductivos, no pueden ser modificados. Ayuda estar al tanto de los factores de

riesgo, pero es también importante tener en cuenta que la mayoría de las mujeres que tienen estos factores de riesgo no padecen cáncer de mama.

La mayoría de los cánceres de mama ocurren en pacientes sin antecedentes familiares de cáncer de mama.

Diagnóstico

- Clínico
- Imagenológico: mamografía, ecografía, resonancia magnética.
- Anatómo patológico.

Síntomas y Signos:

- Tumoración en la mama (nódulo duro, irregular, fijo a la glándula mamaria), axila o en el hueco supraclavicular.
- Asimetría de la mama y/o pezón.
- Pezón: erosiones, secreción (telorragia), fijación, retracción, umbilicación.
- Piel de naranja, capitonaje, edema, úlcera.

El examen clínico y el auto examen mamario permiten un diagnóstico temprano.

Examen mamario clínico: El médico debe examinar las mamas y las regiones axilares en busca de alteraciones que orienten al diagnóstico. Se debe instruir a la mujer como realizar el auto examen.

El médico debe saber que el cáncer de mama puede estar presente sin ninguna manifestación clínica y con examen físico mamario normal. Esto implica una actitud de búsqueda de la enfermedad en etapa preclínica, particularmente en pacientes con factores de riesgo identificados, mediante el uso sistemático de la Mamografía.

Auto examen mamario: Examen mamario realizado por la mujer. Es importante recordar que las mamas de cada mujer son diferentes y que pueden ocurrir cambios a causa del envejecimiento, del ciclo menstrual, embarazo, menopausia o por ingesta de ACO u otras hormonas. Es normal que las mamas presenten tumefacciones y sean asimétricas. También, es común que las mamas de la mujer estén tumefactas y dolorosas justo antes del período menstrual o durante este. Si se nota cualquier modificación durante el auto examen o en cualquier momento, la mujer debe consultar un médico. Es importante recordar que el auto examen de mama no puede reemplazar a la Mx de detección regular ni los exámenes clínicos de mama. El auto examen forma parte de la educación sobre esta enfermedad pero no contribuye a la reducción del número de muertes por cáncer de mama. Los exámenes selectivos de detección sirven para buscar cáncer de mama antes de que se presenten síntomas lo que permite la detección precoz de la enfermedad permitiendo un tratamiento más efectivo.

Exámenes de Detección:

Mamografía:

- o Mujeres de 40 años y más deberán realizarse Mxs cada uno o dos años.
- o Mujeres que tienen un riesgo mayor que el promedio de padecer cáncer de mama deberán hablar con su médico acerca de los controles mamográficos, momento de inicio y frecuencia.
- o Mujeres de cualquier edad con hallazgo clínico sospechoso.

Cuando en una MX se detecta la presencia de masas de contornos espiculados, distorsiones arquitecturales o un grupo de partículas muy pequeñas de calcio, micro

calcificaciones, se debe sospechar la existencia de un cáncer. Otros elementos que complementan éste diagnóstico son: edema de la piel, retracciones y adenopatías axilares. Si la Mx es patológica, de acuerdo a los hallazgos, puede ser necesaria la realización de una punción citológica o biopsia, que son los únicos medios para certificar el diagnóstico de cáncer. La Mx es el mejor instrumento para detectar cáncer de mama temprano pero requiere la confirmación citológica o histológica. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que:

- o Una Mx puede fallar al no detectar algunos cánceres que están presentes. Esto se llama un "falso negativo".
- o Una Mx puede mostrar alteraciones que resultan no ser cáncer. Esto se llama un "falso positivo".
- o Algunos tumores de crecimiento rápido pueden ya haberse diseminado a otras partes del cuerpo antes de que una Mx los detecte.

El resultado de la mamografía se reporta de acuerdo a la clasificación de BIRADS que son las siglas en inglés de Breast Imaging Reporting And Data System desarrollado por el Colegio Americano de Radiología para proporcionar informes claros y precisos.

BIRADS 0: no es diagnóstica, se requiere estudio complementario (ecografía).

BIRADS 1: normal.

BIRADS 2: hallazgos benignos.

BIRADS 3: hallazgos probablemente benignos, se sugiere control mamográfico +/- ecográfico en 6 meses.

BIRADS 4: hallazgos probablemente malignos, se sugiere biopsia.

BIRADS 5: hallazgo maligno, indispensable estudio histológico.

BIRADS 6: MX más biopsia o citología que prueban malignidad.

Tratamiento

El tratamiento óptimo del cáncer de mama debería ser abordado por un equipo interdisciplinario integrado por: cirujanos, oncólogos médicos, oncólogos radioterapeutas, cirujanos plásticos, fisioterapeutas y psicólogos médicos. Existen varias alternativas para el tratamiento, estas son cirugía, QT, RT, terapia hormonal y nuevos blancos moleculares. En general se utilizan más de una.

En la mayoría de los casos, el factor más importante en la selección del tratamiento es la etapa de la enfermedad. También es necesario que el anatómo patólogo realice la determinación de receptores hormonales en el tumor, ya que son importantes como factor pronóstico y para definir el tratamiento.

Las opciones de tratamiento dependen de la etapa de su enfermedad y de los siguientes factores:

- o El tamaño del tumor en relación con el tamaño de la mama.
- o El estadio de la enfermedad siendo el principal factor pronóstico el status axilar (ganglios comprometidos o no).
- o Estado de los receptores hormonales en la sesión si la mujer es pre o post menopáusica.

Cirugía • Cirugía conservadora de mama: Consiste en extirpar el cáncer conservando la mama. Se realizan tumorectomía, mastectomía segmentaria o mastectomía parcial, según la situación clínica. Habitualmente por una incisión aparte, se remueven los

ganglios linfáticos de la axila linfadenectomía axilar, para evaluar el grado de compromiso linfático. Otras veces se realiza la técnica del ganglio centinela. En esta operación, un cirujano con entrenamiento especial reseca inicialmente sólo un ganglio linfático o unos pocos (los ganglios centinelas) en vez de realizar vaciamiento ganglionar axilar, bajo un procedimiento radio guiado.

• **Mastectomía:** En la mastectomía radical modificada, el cirujano remueve la mama completa, todos los ganglios linfáticos axilares o el máximo número de ganglios axilares y la aponeurosis del músculo. Es posible que también se quite el pectoral menor para facilitar el vaciamiento axilar.

La cirugía conservadora de la mama es la conducta de elección siempre que técnicamente sea posible realizarla.

Reconstrucción de la mama

Algunas mujeres a quienes se les realiza una mastectomía pueden efectuarse la reconstrucción de la mama, al mismo tiempo que la mastectomía o en diferido. Otras mujeres prefieren usar una prótesis mamaria externa o no hacer nada. Todas estas opciones tienen ventajas y desventajas, y lo que está bien para una mujer puede no estarlo para otra. Lo que es importante es que casi todas las mujeres que reciben tratamiento para cáncer de mama tienen opciones. La mujer que piense en la reconstrucción de la mama deberá consultar con un cirujano plástico antes de la mastectomía, aún cuando la reconstrucción se haga más tarde. El tipo de reconstrucción depende de la edad de la mujer, de su biotipo, y del procedimiento quirúrgico realizado. El cirujano plástico puede explicar los riesgos y beneficios de cada tipo de

reconstrucción ya que se puede realizar con prótesis o por rotación de colgajo desde el abdomen inferior.

Radioterapia (RT) Se administra siempre después de cirugía conservadora de la mama. Dependiendo del tamaño del tumor y de otros factores, la RT se usa también después de la mastectomía. La RT tiene como objetivo mejorar el control local y aumentar las tasas de curación mejorando la sobrevida. Actúa sobre las células cancerosas residuales a nivel loco regional. También puede utilizarse cuando no se ha realizado resección por contraindicaciones locales o generales. En las metástasis la RT juega un rol mayor en el tratamiento de las mismas, en particular a nivel de ganglios, piel, hueso y SNC.

Quimioterapia (QT) La QT está indicada como tratamiento neo adyuvante, adyuvante y en tumores diseminados. Los cánceres de mama se caracterizan por ser quimio sensibles. Existen varias drogas efectivas para el tratamiento del cáncer de mama. En general se utiliza una combinación de fármacos, siendo habitualmente de administración intravenosa aunque existen algunos de administración oral.

Tratamiento Hormonal (HT) Si los resultados del estudio anatómo patológico muestran que el tumor tiene receptores de hormonas (RRHH positivos), la paciente puede recibir HT. La HT se utiliza tanto como tratamiento adyuvante (exclusivo o luego de la QT) como en pacientes diseminados. Este tratamiento puede ser farmacológico o quirúrgico:

Farmacológico: Existen varias opciones de tratamiento con drogas que tienen diferentes mecanismos de acción. Unos bloquean el receptor de estrógeno, otros inhiben

la liberación de la hormona luteinizante, otros inhiben a la aromatasa impidiendo la síntesis de hormonas femeninas.

Quirúrgico: La ooforectomía sólo se plantea en las mujeres pre menopáusicas, hoy en día prácticamente no se utiliza.

Blancos Moleculares

Las pacientes con tumores positivos con amplificación del gen HER 2 se benefician del tratamiento con drogas capaces de bloquear los receptores o el paso enzimático de conversión de tirosina quinasa.

Recuperación psicoemocional:

- ✓ La atención psicológica: actualmente, el diagnóstico precoz y los avances médicos han hecho aumentar la posibilidad de tratar con éxito la enfermedad de cáncer.

Sin embargo, para conseguir la recuperación completa necesitaremos además la rehabilitación psicológica.

Nuestro cuerpo y mente están intrínsecamente unidos.

La terapia y rehabilitación psicológica, se hacen necesarias para aprender a afrontar o resolver nuestra ansiedad, tristeza, preocupación y miedos cuando nos dan un diagnóstico de enfermedad.

El apoyo psicológico te podrá ayudar a adaptarse a un diagnóstico difícil, afrontar una intervención quirúrgica, tratamientos curativos, paliativos complementarios y adentrarse de nuevo en su actividad familiar, laboral y social para obtener, en estas circunstancias adversas, una vida plena y satisfactoria.

- ✓ La familia del enfermo oncológico: recuerde que la atención psicológica no sólo va dirigida a usted como persona afectada por esta enfermedad. Su familia (pareja, hijos, hermanos, padres, etc) pueden necesitar recibir éste apoyo, ya que es un problema que afecta a todos los que conviven en el mismo hogar.

Los profesionales de la Psico-oncología ofrecen información y estrategias para orientar al enfermo. Éstas se basan en la comprensión y el respeto mutuo familia-enfermo y también enfermo-familia.

Alivian el miedo al no saber como iniciar la comunicación y mantenerla de modo sincero, o que dará lugar al equilibrio emocional familiar y el afrontamiento de una nueva desconocida circunstancia como familia sólida y unida.

- ✓ Imagen corporal interna: la información de la enfermedad de cáncer conlleva, en múltiples ocasiones cambios físicos bruscos basados en la pérdida o deterioro de una parte de su cuerpo.

Es posible que después de una mastectomía se experimenten sentimientos de pérdida personal (pérdida de la mama), reacciones emocionales como la ansiedad o depresión, pérdida de su identidad femenina (no se siente tan mujer como antes). Lo que produce un descenso del concepto que tiene de si misma (baja autoestima).

Estos momentos quizás no se deben afrontar en soledad.

El linfedema es la secuela más importante del tratamiento de cáncer de mama, es la acumulación de líquido (linfa) en una extremidad (brazo o pierna) como resultado de

una sobrecarga del sistema linfático, en el que el volumen de linfa acumulada excede a la capacidad de drenaje de la misma.

El tiempo de aparición del linfedema es variable, pudiendo ser de semanas, meses o años, sin embargo el 75% de los mismos lo hacen el primer año tras la cirugía.

Pacientes con riesgo de linfedema:

- Las pacientes con cáncer de mama tratadas con disección (extirpación) ganglionar axilar poseen un riesgo de desarrollar linfedema de hasta un 10%.
- Si además de la cirugía, reciben radioterapia en la axila el riesgo se incrementa.

Síntomas:

- El linfedema suele desarrollarse de una forma lenta y progresiva o brusca, por lo que los primeros síntomas pueden ser la sensación de pesadez en el brazo o endurecimiento de algunas zonas del mismo, por lo que conocer estos primeros síntomas puede evitar el desarrollo posterior del volumen del linfedema realizando un tratamiento precoz de fisioterapia.
- Al disminuir la capacidad de eliminar la linfa del brazo, se incrementa el riesgo de infección (linfangitis o erisipela) los síntomas de la erisipela son enrojecimiento de la piel, dolor intenso en el brazo, incremento del edema y fiebre. Se debe consultar al médico de inmediato para su tratamiento.
- Desarrollar nuevas formas de arreglarse, cuidar su cuerpo y hacer las cosas, incorporando a los hábitos cotidianos las recomendaciones y los ejercicios que el fisioterapeuta le de, es una buena forma de conseguir disminuir las limitaciones que el linfedema puede conllevar y de continuar disfrutando de la vida.

Características:

- Son indoloros.
- No hay cambios de coloración en la piel.
- Es unilateral.
- No cede con el declive.
- No cede con el reposo en la noche.

Estadios:

- I. Blando: piel depresible, irreversible.
- II. No depresible, esponjoso, es reversible con tratamiento no en el 100 % de los casos.
- III. Duro, irreversible.

Clasificación:

- Según cirugía: - inmediato: aparición menor a 2 meses (al 40% de los casos)
 - precoz: aparición entre 2 a 6 meses.
 - tardío: aparición después de los 6 meses (5-20% de los casos)
- Según grado: - Leve 2 a 3 cm.
 - Moderado 3-5 cm.
 - Severo más de 5 cm.

Diagnostico del linfedema

- Una mujer tratada de cáncer de mama que presente alguna alteración en el brazo operado, debe consultarlo con su médico tratante de inmediato, quién la derivará al fisiatra del equipo.

- Posteriormente es imprescindible que sea un fisiatra el que realice el diagnóstico, la cuantificación, seguimiento y tratamiento del linfedema.
- El fisioterapeuta realizará el tratamiento indicado por el fisiatra que consistirá en drenaje linfático y medidas de contención/ compresión.
- Para evaluar el linfedema se emplea un método muy sencillo y eficaz, que consiste en la medida del diámetro del brazo 5 cm. por encima del puño, 5cm por debajo del codo y 5cm por encima del codo. Diferencias mayores de 2cm entre el brazo afectado y el brazo normal se consideran clínicamente relevantes.

Clinico: medición, cuantificación, dureza, localización, movilidad, neuralgia, función, eventual sospecha.

Paraclínica: - ecografía.

- complicación venosa.

Medidas de prevención:

- Las medidas preventivas para evitar la aparición del linfedema son fundamentales, ya que una vez que se establece el linfedema no existe un tratamiento curativo eficaz.
- La prevención del linfedema debe comenzar inmediatamente tras la cirugía y requiere una serie de cuidados diarios por parte de la mujer, así como un seguimiento regular por parte del fisioterapeuta quien será el encargado de educar a la paciente en los hábitos higiénicos sanitarios adecuados.
- Se debe mantener la piel limpia con jabones neutros y aplicar crema hidratante después del lavado.

- Evitar lesiones de la piel de todo el miembro.
- No dejarse tomar la presión ni extraer sangre en el brazo afectado.
- El calor excesivo, el ejercicio vigoroso y las infecciones en el brazo incrementan la producción de linfa, por lo que el riesgo del linfedema aumenta.
- Es importante secar minuciosamente la piel, sin olvidar los pliegues y la zona entre los dedos.
- Evitar usar ropa apretada ni alhajas en el brazo y hombro afectado.
- En el caso de ser diabética: no hacer las determinaciones de glicemia mediante el pinchazo del pulpejo de los dedos en la mano afectada.
- Se deben extremar las precauciones con la plancha, al manipular estufas o el horno, ya que las quemaduras en el brazo afectado se infectan con facilidad.
- Se deben emplear siempre guantes cuando se utilicen tijeras, cuchillos o cualquier otro utensilio cortante o cuando se realicen trabajos de jardinería.
- No depilarse con ceras calientes
- En cuanto a deportes evitar tenis, voley y esquí.
- Utilice siempre dedal para cocer.
- Evitar las mordeduras y arañazos de perros y gatos.

Tratamiento del linfedema:

- Manga neumática, la compresión es en mmhg (es específica la compresión que va desde el extremo distal al proximal para favorecer el retorno venoso).
- Drenaje linfático manual, comprende maniobras no masajes.
- Vendaje compresivo en capas, técnica específica.

- Ejercicios linfokinéticos, buscan la contracción muscular.
- Medicación específica personalizada, Lyncem comprados, crema y polvo
- Cuidados higiénicos de la piel, para evitar la recidiva.

Bibliografía

- Belcher, Anne E, "Enfermería y Cáncer", Madrid, Mosby, 1995.
- Equipo de Enfermería del Hospital Materno Infantil; Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas, Córdoba, 2000.
- Hussain, María, "Consejos prácticos de la A a la Z después de cirugía por cáncer de mama", 5ª edición, Munich, 1993.
- Marriner-Tomey; " Modelos y teorías de Enfermería". Madrid, Doyma, 1994.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud Programa Nacional de Control del Cáncer, "Manual de Oncología para el Primer Nivel de Atención"; 2008.
- OPS/OMS Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe, 1991.
- Pineda EB, Luz de Alvarado E, Hernández de Canales F. Metodología de la Investigación. 2ª edición Washington: OPS; 1994.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. Madrid: Espasa-Calpe; 1995.

Referencias electrónicas:

- www.americamamauruguay.com.uy
- www.efisioterapia.net
- www.med.unne.edu.ar/fisiologia/.../linfedema_postmastectomia.PDF
- www.msp.gub.uy

Presupuesto

Gasto	Monto (\$)
Impresiones	400
Material papelería	100
Traslados	1000
Internet	450
Antel/Ancel	100
Total	2050

Anexo N°2

Entrevista a las pacientes

1- Edad:

- menos de 35
- 35 a 50
- 50 a 65
- Mayores a 65

2- Nivel de instrucción:

- primaria incompleta
- primaria completa
- secundaria incompleta
- secundaria completa
- terciaria

3- Ocupación:

- desempleada
- empleada
- jubilada / pensionista
- estudiante

4- Cobertura asistencial:

- pública
- privada

5- Cuánto hace que fue mastectomizada?

- menos de 1 año
- de 1 a 5 años
- de 5 a 10 años
- de 10 a 15 años
- más de 15 años

6- Conoce que es el linfedema:

- sí
- no

7- Dónde recibió la información:

- | | | |
|--------------------|------|------|
| - área asistencial | - si | - no |
| - RIPAMA | - si | - no |
| - Otros | - si | - no |

8- Quién le brindo dicha información:

- | | | |
|------------------------|------|------|
| - Equipo médico | - si | - no |
| - Equipo de enfermería | - si | - no |
| - Fisioterapeuta | - si | - no |

9- Presenta linfedema?

- sí
- no

10- Conoce las medidas de prevención del linfedema?

- sí
- no

- brazo estirado al costado de la cabeza, cruzo el brazo llevando la mano hacia la cadera opuesta. - si - no

- brazo estirado al costado del cuerpo, subo el brazo a través de la cara? - si - no

14- cuales de éstos son signos de infección del brazo mastectomizados?

- Enrojecimiento - si - no
- Palidez - si - no
- Dolor - si - no
- Calor - si - no
- Frío - si - no
- Hinchazón - si - no
- Calambres - si - no
- Sensación punzante - si - no

15- Cumple con éstos cuidados?

- si
- no

16- Usted cumple con las visitas pautadas por su médico?

- si
- no

17- Usted sabe durante cuanto tiempo debe cuidarse?

- si
- no

18- Por cuánto tiempo debe cuidarse?

- | | | |
|------------------------|------|------|
| - menos de 1 año | - si | - no |
| - entre 1 año y 5 años | - si | - no |
| - entre 5 y 10 años | - si | - no |
| - entre 10 y 15 años | - si | - no |
| - más de 15 años | - si | - no |

Anexo N°3



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

MONTEVIDEO

Montevideo, marzo de 2010.

RIPAMA

Dra. Silvia Melgar:

Presente:

Las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, en etapa de elaboración del trabajo de investigación final que se denomina "información que recibieron las pacientes mastectomizadas para prevenir el linfedema", correspondiente a la Cátedra de Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, ante usted se presentan y solicitan:

Siempre y cuando lo estime pertinente, se autorice a las suscritas a obtener los datos estadísticos de las pacientes mastectomizadas del año 2009 y a realizar entrevistas en el área de ginecología con el fin de estudiar ¿Cuál fue la información que recibieron las pacientes mastectomizadas acerca del linfedema por parte del personal de enfermería, con los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población en estudio.
- Conocer cual fue la información que recibieron las pacientes sobre la prevención del Linfedema, sobre las variables en estudio.

La información recabada será utilizada para dicha investigación.

La fecha para realizar las entrevistas se coordinará con posterioridad a su autorización en caso de ser afirmativo.

Para su mejor ilustración se adjunta a la presente el instrumento que se utilizará para la recolección de datos.

Saludan a usted atentamente

Tutora:

Lic en Enf. Mercedes Pérez

Estudiantes:

Paula Bono

Valentina Martínez

Marcela Rodríguez

Natalia Santana

Verónica Tourreilles



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

MONTEVIDEO

Montevideo, marzo de 2010.

Hospital Central de las Fuerzas Armadas

Director del Hospital Central de las Fuerzas Armadas

Cnel. Guido Manini Ríos

Presente:

Las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, en etapa de elaboración del trabajo de investigación final que se denomina “ información que recibieron las pacientes mastectomizadas para prevenir el linfedema”, correspondiente a la Cátedra de Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, ante usted se presentan y solicitan:

Siempre y cuando lo estime pertinente, se autorice a las suscritas a obtener los datos estadísticos de las pacientes mastectomizadas del año 2009 y a realizar entrevistas en el área de ginecología con el fin de estudiar; Cuál fue la información que recibieron las pacientes mastectomizadas acerca del linfedema por parte del personal de enfermería, con los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población en estudio.
- Conocer cual fue la información que recibieron las pacientes sobre la prevención del Linfedema, sobre las variables en estudio.

La información recabada será utilizada para dicha investigación.

La fecha para realizar las entrevistas se coordinará con posterioridad a su autorización en caso de ser afirmativo.

Para su mejor ilustración se adjunta a la presente el instrumento que se utilizará para la recolección de datos.

Saludan a usted atentamente

Tutora:

Lic en Enf. Mercedes Pérez

Estudiantes:

Paula Bono

Valentina Martínez

Marcela Rodríguez

Natalia Santana

Verónica Tourcilles



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

MONTEVIDEO

Montevideo, marzo de 2010.

Centro Hospitalario Pereira Rossel

Jefe del Departamento de Enfermería.

Lic. en Enf. Dinora Piñeiro

Presente:

Las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, en etapa de elaboración del trabajo de investigación final que se denomina “información que recibieron las pacientes mastectomizadas para prevenir el linfedema”, correspondiente a la Cátedra de Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, ante usted se presentan y solicitan:

Siempre y cuando lo estime pertinente, se autorice a las suscritas a obtener los datos estadísticos de las pacientes mastectomizadas del año 2009 y a realizar entrevistas en el área de ginecología con el fin de estudiar, Cuál fue la información que recibieron las pacientes mastectomizadas acerca del linfedema por parte del personal de enfermería, con los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población en estudio.
- Conocer cual fue la información que recibieron las pacientes sobre la prevención del Linfedema, sobre las variables en estudio.

La información recabada será utilizada para dicha investigación.

La fecha para realizar las entrevistas se coordinará con posterioridad a su autorización en caso de ser afirmativo.

Para su mejor ilustración se adjunta a la presente el instrumento que se utilizará para la recolección de datos.

Saludan a usted atentamente

Tutora:

Lic en Enf. Mercedes Pérez

Estudiantes:

Paula Bono

Valentina Martínez

Marcela Rodríguez

Natalia Santana

Verónica Tourreilles



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
MONTEVIDEO

Montevideo, abril de 2010.

Comité de ética del C.H.P.R

A quien corresponda:

Las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, en etapa de elaboración del trabajo de investigación final que se denomina “información que recibieron las pacientes mastectomizadas para prevenir el linfedema”, correspondiente a la Cátedra de Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, ante usted se presentan e informan que dicha investigación no es financiada por agentes externos sino por las estudiantes involucradas en el proyecto.

Dicha investigación será difundida únicamente dentro de la Facultad de Enfermería no siendo publicada en revistas científicas, ni en sitios de Internet.

Saludan a usted atentamente

Tutora: Lic en Enf. Mercedes Pérez

Estudiantes:

Paula Bono

Valentina Martínez

Marcela Rodríguez

Natalia Santana

Verónica Tourreilles



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

MONTEVIDEO

Montevideo, abril de 2010.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he comprendido la información que me ha sido brindada por las estudiantes de enfermería y mis dudas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio serán anónimos y podrán ser publicados o difundidos en el Trabajo de Investigación final dentro de la facultad de enfermería sobre "la información en relación a la prevención del linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas, por parte del personal de Enfermería". Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma de la participante

Fecha

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL INVESTIGADOR:

He explicado a la Sra. _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado

si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

MONTEVIDEO

Montevideo, junio de 2010.

Asociación Española de Socorros Mutuos

Sr. Oscar Magurno

Presente:

Las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, en etapa de elaboración del trabajo de investigación final que se denomina “información que recibieron las pacientes mastectomizadas para prevenir el linfedema”, correspondiente a la Cátedra de Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, ante usted se presentan y solicitan:

Siempre y cuando lo estime pertinente, se autorice a las suscritas a obtener los datos estadísticos de las pacientes mastectomizadas del año 2009 y a realizar entrevistas en el área de ginecología con el fin de estudiar: ¿Cuál fue la información que recibieron las pacientes mastectomizadas acerca del linfedema por parte del personal de enfermería?, con los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Objetivos Específicos:

- **Caracterizar la población en estudio.**
- **Conocer cual fue la información que recibieron las pacientes sobre la prevención del Linfedema, sobre las variables en estudio.**

La información recabada será utilizada para dicha investigación.

La fecha para realizar las entrevistas se coordinará con posterioridad a su autorización en caso de ser afirmativo.

Para su mejor ilustración se adjunta a la presente el instrumento que se utilizará para la recolección de datos.

Saludan a usted atentamente

Tutora:

Lic. en Enf.: Mercedes Pérez

Estudiantes:

Paula Bono

Valentina Martínez

Marcela Rodríguez

Natalia Santana

Verónica Tourreilles



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
MONTEVIDEO

Montevideo, marzo de 2010.

I.N.C.A,

Lic. en Fisioterapia, Carmen Corvino,

Presente:

Las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, en etapa de elaboración del trabajo de investigación final que se denomina “ información que recibieron las pacientes mastectomizadas para prevenir el linfedema”, correspondiente a la Cátedra de Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, ante usted se presentan y solicitan:

Siempre y cuando lo estime pertinente, se autorice a las suscritas a obtener los datos estadísticos de las pacientes mastectomizadas del año 2009 y a realizar entrevistas en el área de ginecología con el fin de estudiar, Cuál fue la información que recibieron las pacientes mastectomizadas acerca del linfedema por parte del personal de enfermería, con los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Objetivos Específicos:

- **Caracterizar la población en estudio.**
- **Conocer cual fue la información que recibieron las pacientes sobre la prevención del Linfedema, sobre las variables en estudio.**

La información recabada será utilizada para dicha investigación.

La fecha para realizar las entrevistas se coordinará con posterioridad a su autorización en caso de ser afirmativo.

Para su mejor ilustración se adjunta a la presente el instrumento que se utilizará para la recolección de datos.

Saludan a usted atentamente

Tutora:

Lic en Enf, Mercedes Pérez

Estudiantes:

Paula Bono

Valentina Martinez

Marcela Rodriguez

Natalia Santana

Verónica Tourreilles



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

MONTEVIDEO

Montevideo, marzo de 2010.

Dirección de I.N.C.A,

A quien corresponda,

Presente:

Las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, en etapa de elaboración del trabajo de investigación final que se denomina “ información que recibieron las pacientes mastectomizadas para prevenir el linfedema”, correspondiente a la Cátedra de Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, ante usted se presentan y solicitan:

Siempre y cuando lo estime pertinente, se autorice a las suscritas a obtener los datos estadísticos de las pacientes mastectomizadas del año 2009 y a realizar entrevistas en el área de ginecología con el fin de estudiar ¿Cuál fue la información que recibieron las pacientes mastectomizadas acerca del linfedema por parte del personal de enfermería, con los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar cual fue la información acerca del Linfedema que recibieron las pacientes mastectomizadas por parte del personal de enfermería.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población en estudio.
- Conocer cual fue la información que recibieron las pacientes sobre la prevención del Linfedema, sobre las variables en estudio.

La información recabada será utilizada para dicha investigación.

La fecha para realizar las entrevistas se coordinará con posterioridad a su autorización en caso de ser afirmativo.

Para su mejor ilustración se adjunta a la presente el instrumento que se utilizará para la recolección de datos.

Saludan a usted atentamente

Tutora:

Lic en Enf. Mercedes Pérez

Estudiantes:

Paula Bobo

Valentina Martínez

Marcela Rodríguez

Natalia Santana

Verónica Tourreilles

Anexo N°4

ANALISIS Y VALORACION DEL TRATAMIENTO KINESICO EN EL LINFEDEMA POSTMASTECTOMIA

AUTORES:

Licenciada en Kinesiología, Liliana E. Falcón

Personal Full Time Hospital " Dr. Julio C. Perrando" Resistencia- Chaco- Argentina.

Kinesiologa Burich, Ida Cristina.

Personal Full Time Hospital "Dr. Julio C. Perrando"

RESUMEN:

Estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas desde Enero del año 2000 a Marzo del 2004 de Pacientes con diagnóstico de Linfedema o Cirugía de Mama con el fin de determinar la incidencia de Linfedema Posmastectomía en el servicio de Kinesiología y evaluar los resultados terapéuticos.

Palabras claves: Linfedema, valoración.

INTRODUCCION:

El linfedema posmastectomía es de origen secundario a la afectación tumoral ganglionar, resección quirúrgica, inflamación o fibrosis pos radiación de los ganglios axilares. Condición que genera un mecanismo de obstrucción mecánico con enlentecimiento del flujo linfático. Existe entonces una combinación de sobreproducción de linfa y obstrucción mecánica obvia que resulta en una akinesia ya descrita por Beninson ,J. En 1999. 1 La disminución de movimientos en dedos,

muñeca, codo y fundamentalmente hombro provocan mayor estancamiento linfático generándose un círculo vicioso de dolor – inmovilidad – pesadez – dolor.

Podemos distinguir según el tiempo de aparición dos tipos de linfedemas el temprano que aparece en el postoperatorio inmediato y el tardío relacionado con la terapia radiante.

2 Cuando existe éstasis linfática ésta puede evacuarse por vías colaterales y pueden formarse anastomosis además el aumento de presión hidrostática abre las uniones intercelulares y permite el paso macromoléculas (descrito por Casteley- Smith 1980), también aumentan los macrófagos en el intersticio, fagocitando proteínas. Si estos mecanismos fallan dan lugar al edema que progresivamente pueden llevar a una fibrosis del tejido.

La cuantificación del volumen del linfedema es fundamental en la valoración y en el seguimiento del mismo. Algunos autores definen existencia de edema con una diferencia de 1,5-2 cm en los perímetros de dos puntos simétricos en ambas extremidades. 3 Sin embargo se considera un indicador más sensible para el diagnóstico una diferencia del 10% entre las dos extremidades en este sentido según Mortimer la medición de múltiples circunferencias es un método fiable.

La terapia física como el drenaje linfático manual que procura con movimientos suaves de las manos generar un estímulo mecánico para reducir el edema a través del ingreso a los capilares de las proteínas, la presoterapia secuencial que colaborará con el ingreso de agua a los capilares linfáticos, la utilización de vendajes de contención y la actividad

programada intentaran restablecer el volumen del brazo que hagan compatible su uso con las actividades de la vida diaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo en el que se realizó la revisión de Historias Clínicas desde Enero del año 2000 a Marzo del año 2004, incluyéndose en la selección todos los pacientes ingresados al Servicio de Kinesioterapia del "Hospital Perrando" en ese lapso de tiempo y que contara con diagnóstico de Linfedema de miembro superior o Cirugía de mama , que hubieran realizado tratamiento y pacientes con diagnóstico de limitación de la movilidad de hombro en los que se hubieran detectado edema del miembro superior. Se registraron 71 pacientes, todos del sexo femenino , con una edad mínima de 28 años y una máxima de 81 años con una media de 51 años.

Las mediciones de circunferencia del miembro afecto se realizó con cinta métrica tomándose como referencia 4 medidas El número de pacientes con limitación a la movilidad de hombro fue de 18 lo que representó el 25,35% esto se registró como un déficit en el rango de movimiento tanto de la flexión como de la abducción. Una de las complicaciones más registradas fue el edema costal que se presentó en 11 pacientes (15,49%).

RESULTADO:

De los 71 pacientes ingresados 36,62% (26 pacientes) presentaron patología mamaria derecha, 63,38 % (58 pacientes) del lado izquierdo. De los pacientes que presentaron edema costal hallamos edema costal concomitante al edema del miembro superior en 3 pacientes (4,23%) y con edema costal exclusivamente 11 pacientes (15,49%).

El grado mínimo de edema circunferencial hallado fue de 1cm y el máximo de 9 cm. En los segmentos medidos.

El tiempo mínimo de concurrencia al tratamiento registrado fue de 1 sesión el máximo de 88 sesiones y una media de 7 sesiones. Se han hallado adherencias pericicatrizaes en doce (12) pacientes (16,90%).

CONCLUSION:

La incidencia de linfedema postmastectomía en nuestro servio es del 2,38 %. De fos 71 pacientes ingresados el 74,64% (53pacientes) presentó algún grado de edema. La información recabada nos reveló que el linfedema postmastectomía no se limita exclusivamente al miembro superior sino que puede involucrar a la parrilla costal hallándose 14 pacientes el 19,72% con dicha afección. La cirugía de mama ocasionalmente genera alteración en el movimiento articular del hombro hallándose 18 pacientes con alguna disminución en el rango total de movimiento. En el tratamiento de estos pacientes se utilizó drenaje linfático manual sin presoterapia en 44 pacientes el 48,35%. Drenaje linfático manual con presoterapia en 18 pacientes el 25,35%. Posterior al tratamiento con Drenaje linfático manual , Presoterapia secuencial, Ejercicios en posición de drenaje, Bandage, Medidas Higiénicas, solo 5 pacientes (7,04%) mostraron edema residual, se justificó la indicación de manga de contención en 2 pacientes. El tratamiento implementado arrojó un resultado positivo en su aplicación si tenemos en cuenta que de 53 pacientes con edema solo 5 quedaron con edema residual.

DISCUSION:

Brazo 10 cm proximal al olécranon.

Antebrazo 10 cm distal al olócranon.

Muñeca Apófisis estiloides del cúbito.

Mano Cabeza de metacarpianos.

Edema miembro Superior exclusivamente

Edema costal Limitación de hombro

Adherencias Pericicatrizales

Edema costal y en Miembro Superior

N= 39 (54,91%) 11 (15,49%) 18 (25,35%) 12 (16,90%) 3 (4,23%)

Es evidente que el tratamiento de linfedema conlleva a una terapia compleja ya señalada por Foldi, que la colaboración del paciente es fundamental tanto para asistir a las sesiones de tratamiento, para la realización de los ejercicios, el uso del vendaje de contención como para tener en cuenta las medidas higiénicas que previenen infecciones y complicaciones. La frecuencia de linfedema no está relacionado a la limitación de hombro. Se nos revelan como complicaciones independientes el linfedema de miembro superior y la rigidez articular que estaría más asociada a la técnica quirúrgica.

Toda la terapéutica conjunta colabora con el resultado satisfactorio y en todo caso queda abierta a la investigación específica de resultados del drenaje manual versus presoterapia.

BIBLOGRAFIA

1-A simple clinical classification of lymphedema:J. Brunna, A.J.Muller. D. Beninson.
Eur. J.Plast. Surgery (1999) 22:404-405.

2-Linfedema secundario a linfadenectomía axilar: concepto y valoración: M. Avellanet,MA. Gonzalez Viejo, M.J. Condon Huerta y A. Saenz Guerrero. Rehabilitación (Madrid 2003); 37(4):215-221.

3-Acerca de la frecuencia del linfedema de hombro miembro superior y de rigidez de hombro después del tratamiento de Cáncer de mama:Dr. Jean Claude Fernandez,Dres. S. Le Von. D. Serin. Clínica Saint Catherin. Avegnon. Pag. 9-16.

4-Linfedema : Mauro Figueredo Carvalho de Andrade. Pitta GBB, castro A.A, Burinhan.E .Angiología e Cirugía Vascular: guía ilustrada Maccio:UNCISAL/ECMAL;2000 pag. 1-15.

5-Casley-Smith,J.R.In Foldi M: and Casley-Smith:Lymphangiology.F.KSchattauer Verlag Sttutgar1983

© <http://www.efisioterapia.net> - portal de fisioterapia y rehabilitacion Tens y electroestimuladores

Anexo N°5

Revista Médica del Nordeste – N° 3 – Diciembre 2002

CUIDADOS DEL MIEMBRO SUPERIOR EN EL LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA

Dora Alicia Meiriño de D'Angelo, Alicia Silvana D'Angelo

INTRODUCCIÓN.

El objetivo de este artículo consiste en resaltar los cuidados que se le deben proporcionar al miembro superior de una paciente mastectomizada y destacar de qué manera los integrantes del equipo multidisciplinario de salud pueden prevenir y detectar las graves complicaciones que pueden surgir, producto de un linfedema crónico.

Todos sabemos que la piel es nuestro escudo protector ante miles de agentes externos que nos agreden cotidianamente. Es por eso que debemos mantenerla en excelentes condiciones para que pueda cumplir eficazmente con su función específica de defensa y con más razón frente a un linfedema de miembro superior, secundario a una mastectomía.

La posibilidad de desarrollar un cáncer de mama aumenta progresivamente con la edad, de tal manera que el 95% se diagnostica por encima de los 40 años. Muchos autores están de acuerdo en que existen dos picos en la edad de comienzo del cáncer de mama, uno alrededor de los 45 años y otro cerca de los 60. También se sabe que la incidencia de cáncer mamario varía en los distintos países, encontrándose las más altas frecuencias en EEUU, Europa y en América Latina; las más bajas frecuencias, por otra parte se dan en Asia. En Chile por ejemplo, el ca. de mama ocupa el segundo lugar como causa de

muerte por tumores malignos en las mujeres y se estima que 1 de cada 14 mujeres chilenas va a desarrollar un cáncer mamario en el transcurso de su vida. En lo que se refiere a España, el ca. de mama ocupa el 5º lugar en los registros de tumores (detrás de los ca. de piel, de intestino y de estómago) siendo el tumor maligno más frecuente en el sexo femenino y se calcula que de cada 15 a 20 mujeres españolas, una desarrollará un ca. de mama durante su vida.

Entre los factores de riesgo que aumentan significativamente la posibilidad de desarrollar un ca. de mama se encuentran: la obesidad, menarca precoz (antes de los 11 años), menopausia tardía (después de los 55 años), la nuliparidad, la falta de lactancia y los antecedentes de cáncer mamario por la línea materna.

El cáncer de mama es una de las primeras causas de mortalidad en las mujeres debida a un tumor maligno, por lo que se puede deducir el gran impacto que esta patología tiene en nuestra comunidad así como en la de otros países. De ahí la importancia que se le debe dar a su prevención y detección precoz como, asimismo, a tratar de prevenir o en su defecto minimizar, las secuelas funcionales y estéticas de una mastectomía.

DESARROLLO.

Cualquier mujer que haya sido sometida a una cirugía de cáncer de mama con extirpación de ganglios axilares y con más razón si fue seguida de radioterapia, corre el riesgo de sufrir un linfedema del miembro superior del lado afectado, con sus nefastas consecuencias.

En ocasiones el linfedema es el resultado de un inadecuado tratamiento kinésico postoperatorio, de la falta de indicación médica respecto a la necesidad de rehabilitación

o de la carencia de información acerca de las medidas higiénica-dietéticas que la mujer operada por cáncer de mama tiene que observar por el resto de su vida.

Es necesario recordar que en nuestro organismo el sistema linfático tiene la función de reabsorber, transportar y evacuar el líquido tisular remanente al igual que las proteínas de alto peso molecular que se acumulan en el espacio intersticial. El linfedema es la tumefacción causada por una acumulación de líquido en el intersticio, debida a trastornos o dificultades en la absorción y el retorno del mismo a través de la circulación linfática. Se trata de una patología crónica y evolutiva que puede responder a diferentes causas y que se caracteriza principalmente por cuatro componentes: edema, exceso de proteínas, inflamación crónica y fibrosis.

Epidemiología.

Los estudios epidemiológicos sobre el linfedema son escasos y de dudosa fiabilidad; tal es así que en Australia del Sur, en un estudio realizado en 1982 se estimó que la morbilidad ocasionada por los linfedemas secundarios es de 1.258 pacientes por millón de habitantes por año. En nuestro país no existen datos estadísticos confiables sobre este tema.

Incidencia de linfedemas en las mastectomías.

Como resultado de investigaciones sobre alternativas terapéuticas en pacientes operadas de cáncer de mama, efectuadas por el profesor asociado del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia, Dr. William INATRA (1995), el tratamiento del cáncer de mama causa el 90% de los linfedemas de la extremidad superior y aunque la cirugía o la radioterapia pueden causar linfedema en forma separada, la asociación de ambas incrementa la incidencia. Aproximadamente un 10 o 15% de pacientes sometidas a mastectomía radical desarrollan una significativa inflamación post-operatoria del brazo. La misma, que se inicia en la parte superior del brazo, no empieza inmediatamente y por lo general se demora alrededor de un año, particularmente si va seguida de radioterapia.

Mecanismo de producción del linfedema post-mastectomía.

En condiciones normales el sistema linfático representa el camino por el cual el líquido acumulado en el espacio intersticial puede reabsorberse y fluir hacia la sangre. La acumulación del líquido tisular es soportado por este sistema que es capaz de drenarlo, evitando su depósito en exceso. Pero una vez que el índice de filtración supera al flujo linfático, el sistema ya no es capaz de garantizar totalmente la evacuación del líquido iniciándose así la sobrecarga linfática que, sumada a las presencia de proteínas de gran peso molecular, dan origen al linfedema.

Entre los linfedemas de tipo secundario se encuentra el edema braquial postmastectomía, que es un edema provocado por una lesión o alteración del sistema linfático.

Generalmente se debe a la extirpación de los ganglios y vías linfáticas axilares producto de la cirugía, sobre todo si ésta ha sido radical y a una obstrucción vascular por fibrosis, con más razón si se efectuó tratamiento radioterápico postoperatorio. En este caso la linfa no encuentra vías de circulación adecuadas y comienza a acumularse en el tejido intersticial de la porción superior del brazo afectado, dando lugar a la instalación del linfedema.

Es fácil comprender que en estas circunstancias el traumatismo quirúrgico y la propia radioterapia, interrumpen y destruyen las vías normales de drenaje linfático de la extremidad correspondiente.

Los linfedemas pueden tener una evolución muy disímil y en ocasiones, pueden mantenerse en una fase de latencia de duración variable que se interrumpe cuando

aparecen mecanismos desencadenantes que rompen el equilibrio entre la absorción y el transporte linfático. Así, por ejemplo, se han observado casos donde el linfedema hizo su aparición de 5 a 10 años después de la cirugía.

El líquido del linfedema es rico en proteínas y en células como los fibroblastos con lo cual tiende a producirse una fibrosis de la dermis y del tejido celular subcutáneo; esto causa a su vez la obliteración progresiva de los linfáticos superficiales e incrementa la acumulación de líquido. Éste fenómeno junto a frecuentes complicaciones inflamatorias e infecciosas (linfangitis) son responsables del progresivo empeoramiento del linfedema cuando el mismo se ha vuelto crónico.

Mecanismo de producción de lesiones en la piel de un miembro con linfedema.

La acumulación del líquido más la reacción tisular conducen con el tiempo a un edema masivo del miembro afectado. La piel se vuelve lustrosa, tensa, sensible al tacto y a cualquier agresión como traumatismos, escoriaciones, exposición al calor, quemaduras, picaduras de insectos, micosis, etc, las que pueden agravar el cuadro

inflamatorio. Con frecuencia la puerta de entrada de las complicaciones infecciosas suele ser una micosis interdigital donde el rascado facilita la instalación rápida de una linfangitis o de una erisipela; en tal caso el proceso inflamatorio avanza apareciendo placas cutáneas de color rojo, dolorosas, con aumento de temperatura local y frecuente presencia de adenitis.

A medida que el linfedema avanza se desarrolla una fibrosis dérmica responsable del empeoramiento progresivo del cuadro y es en este momento que se puede observar la aparición de otras lesiones tales como: hiperqueratosis o fistulas linfáticas, linforragias,

etc. pudiendo estas últimas determinar la pérdida de grandes cantidades de proteínas. Todo esto, sumado a la aparición de ulceraciones, está indicando una larga evolución del proceso y por lo general un tratamiento incorrecto.

Tratamiento.

Hasta ahora no existen métodos que permitan detectar precozmente a las pacientes que desarrollarán un linfedema braquial post-mastectomía, razón por la cual se deben implementar una serie de cuidados preventivos, con más razón cuando la cirugía de resección ha sido muy agresiva y se efectuó vaciamiento linfático axilar.

El tratamiento del linfedema de estas características es de tipo conservador y se basa, fundamentalmente, en la combinación de la fisioterapia y el drenaje linfático manual realizado por kinesiólogos especialistas. Asimismo son muy útiles: la compresión neumática intermitente, el vendaje elástico, la manga de contención externa, los ejercicios linfo-kinéticos, el soporte farmacológico, la aplicación de reglas higiénicas dietéticas y las recomendaciones sobre el estilo de vida. Por otra parte, es indispensable preparar la piel del brazo afectado por la cirugía del cáncer de mama para que soporte el déficit de drenaje provocado por la excéresis de los ganglios y vías linfáticas.

Para lograr este objetivo y evitar las graves secuelas de un linfedema crónico es necesario cumplir con una serie de recomendaciones para pacientes mastectomizadas, con las cuales se logra atenuar las complicaciones y mejorar el estilo de vida. Son las que se enumeran a continuación:

□ La piel debe mantenerse limpia, seca y sana, lo que le permite rechazar los contaminantes ambientales. Se la puede humectar usando cremas hidratantes adecuadas.

□ No se debe tomar la presión arterial en el brazo afectado, ni aplicar inyecciones o realizar otro tipo de venopunturas.

□ Ante cualquier cambio observado como ser: inflamación, eritema, erupción, micosis, eczemas, ampollas, rash, enrojecimiento, aumento de temperatura, etc., se debe consultar inmediatamente al médico.

□ No se deben realizar grandes esfuerzos con el brazo afectado ni exponerlo a golpes, quemaduras, rasguños, picaduras o lesiones deportivas. Conviene emplear guantes para realizar las tareas del hogar.

□ No hay que utilizar cintas, bracetes y ropas ajustadas en el miembro afectado, ni exponerlo a calor excesivo como el de estufas, hornos, saunas y ceras de depilación caliente.

□ Las pacientes con linfedema braquial deben usar una manga de contención externa que deberá ser controlada periódicamente por un kinesiólogo, como así también practicar ejercicios físicos recomendables como la natación, el aerobismo o el yoga.

□ Es conveniente que mantengan un peso ideal merced a una dieta balanceada rica en frutas, verduras y fibras, con abundante líquido y bajo contenido en sodio, evitando el cigarrillo y los estimulantes como el café, las bebidas alcohólicas y el chocolate.

CONCLUSIÓN.

Nunca serán demasiados ni el tiempo ni el esfuerzo que se utilicen en dar consejos y recomendaciones sobre el cuidado de la piel, la asistencia kinésica y el control médico del miembro superior afectado por un linfedema secundario a una mastectomía, ya que el resultado final contribuirá a mejorar sustancialmente la calidad de vida de este

tipo de pacientes.

Si bien no pueden evitarse las secuelas propias de una cirugía necesaria para tratar una patología maligna, sí en cambio pueden adoptarse medidas conducentes a cuidar y proteger la piel de un miembro que, inevitablemente, sufrirá las consecuencias de un edema postoperatorio.

Fundamentalmente se deberá prevenir y evitar la instalación de vías de entrada de infecciones cutáneas y para ello hay que conocer y extremar las medidas higiénicas y de cuidado de la piel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casley Smith, Judith. Fisioterapia del linfedema. *Linfología*, No 17, 15-23, 2000.
2. Coutinho M., Mayall A., Coutinho F. y Mayall R. La importancia del tratamiento clínico interdisciplinario actual después de la microcirugía linfática. *Rev. Pan. de Fleb. y Linf.* 43, 30-33, 2001.
3. Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. Edición en CD-Rom. 13ª Edición. Pag. 662-663.
4. Internet. <http://www.inscampatvas.com/linfaticos.htm>.
5. Memorias del Symposium Zyma Sobre Linfedema. V Congreso Panamericano de Flebología y Linfología. Ed. ZYMA S.A., Barcelona, España, 1993.

Anexo N° 6

RESUMEN DE DATOS

Actividades	Si	No	No contesta
Control de P.A	9%	81%	9%
Punción del brazo afectado	7%	79%	14%
Levantar peso	14%	77%	9%
Usar joyas	28%	65%	7%
Realizar tareas hogareñas	49%	37%	14%
Portar la cartera	16%	74%	9%
Brazo en alto	68%	23%	9%

Ejercicios	Si	No	No contesta
Cerrar y abrir la mano	74%	21%	5%
Separar y juntar los dedos	63%	30%	7%
Subir y bajar el puño	60%	33%	7%
Círculos con el puño a un lado y a otro	49%	40%	11%
Doblar y estirar el codo	59%	35%	7%
Cruzar brazo hacia cadera opuesta	59%	35%	7%
Subir brazo a través de la cara	47%	35%	19%

Signos de infección	Si	No	No contesta
Enrojecimiento	70%	19%	11%
Palidez	7%	51%	42%
Dolor	60%	19%	21%
Calor	63%	16%	21%
Frío	12%	42%	47%
Hinchazón	65%	16%	19%
Calambres	16%	42%	42%
Sensación punzante	53%	19%	28%