

Complicaciones y limitaciones posquirúrgicas en el cáncer de mama

M.E. Henriques. *Profesora de la Universidade Federal da Paraíba (Brasil).*

C. Villaverde. *Profesora de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada (España).*

J.G. De Luna. *Profesor titular de Estadística de la Universidade Estadual de Paraíba (Brasil).*

R. Freire de Miranda Henriques. *Estudiante de Enfermagem de nivel superior. Paraíba (Brasil).*

A.M. Fernandez Perez. *Profesor de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada (España).*

RESUMEN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres a nivel mundial y su tratamiento pasa necesariamente por la cirugía.

Objetivo: El propósito de este trabajo ha sido el de trazar un perfil sumario de las mujeres del estudio, verificando la incidencia y tipo de complicaciones en las mujeres mastectomizadas granadinas y describiendo las limitaciones posquirúrgicas más frecuentes.

Pacientes y método: Se trata de un estudio descriptivo, realizado con una muestra de 16 mujeres pertenecientes a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y Asociación de Mujeres Mastectomizadas (AMAMA), las cuales decidieron participar voluntariamente en el estudio tras recibir información sobre el mismo. Los datos fueron obtenidos por entrevista personal.

Resultados: El perfil sumario de las mujeres del estudio fue el siguiente: mujeres de 50 a 71 años; con un nivel de estudios primarios, trabajadoras no cualificadas, jubiladas, con mastectomía radical más vaciamiento ganglionar, siendo el linfedema y la infección las complicaciones más frecuentes. Las limitaciones posteriores afectaron a las actividades de la vida diaria y actividades sexuales. No hubo limitaciones para las actividades religiosas y sociales.

Conclusion: El estudio nos ha permitido concluir que la mujer mastectomizada necesita integrarse en un grupo de apoyo con personas que presenten la misma dificultad, para compartir las dudas, incertidumbres y decisiones que les faciliten la integración en la familia y sociedad, mejorando su calidad de vida.

Palabras clave: cáncer de mama, cirugía, complicaciones, grupos de apoyo.

ABSTRACT

Breast cancer is the most frequent tumor in the women at world-wide level, taking to the women to radical or partial surgery for the extirpation of the tumor. This article has like objective: - to draw up a summary profile of the women of the study; - to verify the incidence and type of complications in the women mastectomized from Granada (Spain) and to describe its post-surgical limitations. This is a descriptive study, made it with a sample of 16 usuary women of the Spanish Association Against Cancer and Asociation of Women Mastectomized, who decided to participate to them voluntarily in the study after receiving informations of the same one.

The procedure followed for the collection of data was the personal interview. The results appear in tables to facilitate discussion of such. The summary profile of the women of the study was the following one: women of 50 to 71 years, most of then with a level of primary studies, nonqualified workers, pensioners, with mastectomia radical and ganglionary evacuating. Linfedema and the infection, are frequent complications. The later limitations affected to the activities of the daily life and sexual activities. There were no limitations for the religious and social activities. In conclusion, that the mastectomized woman needs a support group with people who presents the same difficulty, to share the doubts, uncertainties and decisions that facilitate her integration in the family and society, improving her quality of life.

Key Words: breast cancer, surgery, complications

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres a nivel mundial. Aunque no se conoce la causa, existe una serie de factores de riesgo, además de la edad, que debe conocer la mujer y evaluar el médico. Actualmente afecta a una de cada diez mujeres europeas. Entre 45-55 años, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores malignos en España, por delante del cáncer de pulmón. Datos de la Asociación Española contra el Cáncer ponen de relieve la importancia de esta patología, cuyo diagnóstico en España se eleva a 15.000 cánceres de mama al año que provocan la muerte a unas 6.000 mujeres, mientras que el resto vive y convive con este diagnóstico (AECC).

En Granada, más de 300 mujeres cada año padecen la enfermedad, el 50% de las cua-

les tienen menos de 50 años, con una mortalidad anual que supera las 50 mujeres en la provincia. Sin embargo, una frase de una de estas mujeres que puede ser representativa de la mayoría es «cuando te diagnostican una enfermedad como ésta, no le tienes miedo a la muerte».

En este contexto, el cáncer de mama se revela como una amenaza para todas las mujeres de este siglo. Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer puede representar una de las experiencias más estresantes y temidas por las mujeres de nuestra sociedad actual. En poco tiempo, la mujer que inicialmente no se siente enferma, tiene que hacer frente al diagnóstico, pruebas, tratamientos, efectos secundarios, posibles cambios en el esquema corporal, en la forma de vida, etc. que terminan afectándole profundamente, tanto física como psicológicamente (AECC).

Después de establecido el diagnóstico, las mujeres describen su paso por cirugía «como estar en una nube». Según la situación individual de cada mujer, la extirpación quirúrgica del tumor puede suponer una mastectomía radical o cuadrantectomía. La práctica clínica nos revela que en esos momentos, la mujer centra su pensamiento en el procedimiento quirúrgico, deseando que le quiten la enfermedad y sobrevivir a la cirugía. Para Bergamaso y Ángelo, la mujer después de la cirugía cree que le quitaron el cáncer, enfermedad que tiene para ella incertidumbres, sufrimiento y cambios importantes en su vida.

Tras el procedimiento quirúrgico, otros tratamientos como radioterapia y quimioterapia, además del tratamiento psicológico, son añadidos en busca de la curación del cáncer. Para Bittar, en el cáncer de mama, las dificultades se presentan después del sencillo procedimiento quirúrgico. La pérdida de la mama tiene su importancia y validez terapéutica, pero provoca un trauma físico y emocional intenso para la paciente. Los miedos ahora son muchos como muerte, mutilación, conflictos emocionales y temor de no poder realizar las actividades físicas y cotidianas. Cuando ha pasado el miedo de la cirugía, muchas mujeres se enfrentan a un postoperatorio que les depara complicaciones, inmediatas o tardías, como el linfedema que acompañará a la mujer durante toda su vida.

Henriques al estudiar la incidencia de complicaciones en un grupo de mujeres mastectomizadas en Brasil, encontró que las más frecuentes fueron: seroma (acumulación de líquido en la región de la mastectomía); infección de la herida quirúrgica; quemaduras tras la radioterapia; necrosis; formación de queloides en la cicatrización; apertura de la sutura y linfedema en el brazo.

Corbineau, mediante abordaje psicoanalítico, observa que en las mujeres mastectomizadas, la cicatriz de la mastectomía pasa a ser a nivel corporal, una herida que abre y cierra, conforme aparecen dolencias psicológicas. Para el autor se produciría una integración somatopsíquica, que ilustra en palabras de una mujer mastectomizada como «esto es dolor y el precedente era el silencio de una lesión que ahora habla».

Las limitaciones posmastectomía suponen una realidad, en muchas ocasiones, con las que la mujer tiene que aprender a convivir el resto de su vida. Estas pueden ser de orden físico o psicológico, y pueden afectar a las actividades de la vida diaria, actividades sexuales, religiosas y sociales. El presente estudio tiene como objetivos establecer el perfil sumario de las mujeres mastectomizadas; verificar la incidencia y tipo de complicaciones en las mujeres mastectomizadas granadinas; describir las limitaciones posquirúrgicas que se producen en las mujeres mastectomizadas estudiadas en la ciudad de Granada.

PACIENTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo principal es recoger las complicaciones más frecuentes en un grupo de mujeres mastectomizadas.

La muestra estuvo compuesta por 16 mujeres que asistían a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y Asociación de Mujeres Mastectomizadas (AMAMA). Los datos fueron recogidos a través de entrevista personal, los días de la semana (lunes y jueves) en que las mujeres asistían a reuniones programadas por la AMAMA o a las clases de manualidades de la AECC. El instrumento para la recogida de los datos estaba com-

puesto por una serie de preguntas relativas a las complicaciones y limitaciones que se presentan en las mujeres mastectomizadas. Para la realizaci3n de las entrevistas se cent3 con el consentimiento informado de las mujeres y con la autorizaci3n de los responsables de ambas asociaciones. Los datos recogidos se han organizado en tablas para facilitar la discusi3n de los mismos.

DISCUSI3N DE LOS RESULTADOS

En la tabla 1 puede observarse que la edad predominante de las mujeres del estudio se encuentra entre 51 a 70 a3os, seguida por las mujeres de 41 a 50 a3os y de 70 a 80 a3os, en la misma proporci3n. Estos datos coinciden con la bibliograf3a consultada y corroboran que la mujer puede estar tanto en el climaterio como en fase posmenopausica, encontrandose en una situaci3n de fragilidad a causa de la propia transformaci3n hormonal. Esta situaci3n es preocupante, ya que el c3ncer de mama con la consecuente mastectom3a puede llevar a la mujer a una crisis de identidad, que engloba su percepci3n y bienestar como mujer, esposa o compa3era y madre. Es importante recordar que los senos son 3rganos muy valorados por su repre-

sentaci3n en la femineidad y por la funci3n que desempe3an.

Panobianco en un estudio realizado en Brasil, en mujeres con c3ncer de mama, encontr3 un 5,9% de pacientes con edades inferiores o no superiores a 40 a3os, siendo el mayor porcentaje el de mujeres con edades inferiores a 50 a3os. Henriques en su estudio con mujeres brasile3as encontr3 un 22,3% de mujeres con edad inferior a 40 a3os y una media global de 53 a3os en su muestra compuesta por 18 mujeres mastectomizadas. En nuestro estudio de Granada hemos encontrado un 6,3% de mujeres menores de 40 a3os. A pesar de no ser tan elevada la tasa de mujeres menores de 40 a3os como en el estudio de Brasil, es importante rese3ar que estas llevaban algunos a3os mastectomizadas, de las cuales 10 (62,5%) llevaban entre 5 y 10 a3os; 4 (25%) de 1 a 5 a3os y 2 (12,5%) m3s de 10 a3os, considerando el momento de la cirug3a. Estos datos revelan que las mujeres del estudio fueron en su mayor3a intervenidas tempranamente.

Con relaci3n al nivel educativo, la tabla 1 muestra que la mayor3a de mujeres ten3an estudios primarios sin t3tulo (37,5%) seguidas de un 25% con estudios universitarios. En la pr3ctica se observa que cuanto mayor

TABLA 1. Distribuci3n de las mujeres del estudio estratificadas por edad y nivel educativo

Grupo de edad	Nivel educativo				Total
	Estudios primarios	Bachillerato	T3cnico de grado medio	Universitario	
30-40 a3os Rec. %	—	1 33,3%	—	—	1 6,3%
41-50 a3os Rec. %	1 16,7%	1 33,3%	—	1 25,0%	3 18,8%
51-70 a3os Rec. %	3 50,0%	1 33,3%	3 100,0%	2 50,0%	9 56,3%
70-80 a3os Rec. %	2 33,3%	—	—	1 25,0%	3 18,8%
Total Rec. %	6 100,0%	3 100,0%	3 100,0%	4 100,0%	16 100,0%

es el nivel educative, más facil es la comprensión de la enfermedad, tratamiento y prevention de recidivas, aunque tambien puede provocar en la mujer más miedo por el conocimiento de la gravedad que representa el cáncer, lo que resulta favorable como condition para cuidarse mejor.

Para Freire, investigador brasileno con una larga experiencia, la education para la salud tendria como principal objetivo un cambio de actitud. Cambiar de actitud es importante para la mujer que ha sufrido una mastectomía, pues el futuro no solo puede afrontarlo como una peor calidad de vida, sino tambien como la supervivencia a una enfermedad grave aunque sufra una mutilation. En este sentido es importante que los profesionales que trabajan con mujeres mastectomizadas les informen acerca de su enfermedad, tratamiento y bienestar, de acuerdo con su nivel educative. Generalmente los equipos multidisciplinarios de salud, facilitan el procedimiento y suelen orientar a las mujeres hacia la mejora de su calidad de vida. En este contexto, los grupos de autoayuda como reto, Amama, Ancova y Asociacion Espanola Contra el Cancer, entre otros grupos, son indispensables para apoyar a la mujer y a los familiares para «vivir como antes» (programa de la AECC).

En la tabla 2 se muestra el tipo de cirugía utilizado en las mujeres del estudio, siendo la

mastectomia radical con resection ganglionar la tecnica de election. Este tipo de abordaje no significa que el cirujano o la mujer la hayan elegido, sino que depende directamente del estadio y tamaho del tumor La tecnica radical (tambien Hamada de Halted), consiste en la extirpation del tumor con un margen de tejido sano más o menos amplio, incluso musculos y ganglios axilares, manteniendo el resto de la mama (AECC, 2001).

La tecnica radical no puede garantizar una supervivencia mayor, ya que puede haber metastasis por migration de celulas malignas. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento no solo debe ser la curation, sino tambien los cuidados que proporcionen el bienestar de la paciente con cáncer. A este respecto, los avances de la medicina, sumados a una nueva cultura de la salud, han llevado a los cirujanos a conservar algunas estructuras del seno, con la finalidad de una posterior reconstruction de la mama, que va a producir enormes beneficios en la calidad de vida y en la autoestima de la paciente. Para Rosello es extraordinariamente significativa la siguiente frase de una mujer mastectomizada refiriendose al seno «Yo no lo quiero grande, yo no lo quiero pequeño, yo solo quiero tenerlo».

Las temidas complicaciones posmastectomia, pueden aparecer en el postoperatorio inmediato o pueden tardar algun tiempo. En el grupo de nuestro estudio, 7 mujeres que

TABLA 2. Tipo de cirugía y complicaciones en las mujeres del estudio

Complicaciones		Tipo de cirugía						Total	
		Radical		Radical más ganglios		Parcial			
Sin complicaciones	Recuento %	1	50,0%	6	50,0%	—		7	43,8%
Infeccion	Recuento %			2	16,7%			2	12,5%
Linfedema	Recuento %	1	50,0%	4	33,3%	2	100,0%	7	43,8%
Total	Recuento %	2	100,0%	12	100,0%	4	100,0%	16	100,0%

representan el 43,8% del total de la muestra, presentaban linfedema. El brazo con linfedema suele ser foco de atención de otras personas y puede acarrear la pérdida de interés de la mujer que presenta esta complicación, por las relaciones sociales, al no querer ser observada (Marisley, 2002).

Para disminuir, controlar y prevenir el edema linfático se precisa de técnicas fisioterapéuticas, las técnicas de masaje manual favorecen el retorno proteico y, posteriormente, se utilizan los vendajes multicapa para el retorno acuoso del edema. Se puede asociar presoterapia (A. Leduc, 2002). Una vez estabilizado el linfedema se recomienda manguito de compresión media durante todo el año.

El tratamiento físico es el tratamiento de elección en la lucha del linfedema, siempre asociado a una correcta educación sanitaria. El tratamiento con láser de baja potencia permite mejorar un tercio de los casos de linfedema que se producen después de una mastectomía. Este tipo de láser ya se había empleado con éxito para mejorar la cura de determinadas heridas y cicatrices. Aunque el láser no tuvo efecto inmediato, dos o tres meses después de las sesiones, las mujeres de un grupo de estudio de la Universidad de

Adelaida en Australia experimentaron significativas mejoras en comparación con sus compañeras.

La infección se presentó en 2 (12,5%) de las mujeres del estudio. Es esta una complicación que puede conducir a una necrosis e incluso provocar la muerte. Requiere por lo tanto tratamiento urgente. Se puede presentar 48 horas después de la cirugía o más tarde. Generalmente se acompaña de enrojecimiento de la cicatriz y signos de inflamación. Para Henriques, la complicación se presentó cuando las mujeres ya estaban de alta hospitalaria y era constatada cuando volvían para retirar los puntos, siendo entonces cuando se prescribía antibioticoterapia.

En la tabla 3 puede observarse que el 31,2% de las mujeres participantes en el estudio eran trabajadoras cualificadas y un 18,8% amas de casa. En la actualidad el 75% son jubiladas. Esta condición no es buena ya que la inactividad profesional de los individuos de cualquier segmento profesional puede propiciar cambios con relación al estilo de vida y suponer un gran esfuerzo de adaptación. Estar jubilada puede significar no solo la pérdida del rol profesional, sino también la pérdida de su papel familiar y so-

TABLA 3. Grupo profesional y situación laboral de las mujeres del estudio

Grupo Profesional		Jubilación				Total	
		Sí		No			
Trabajador no cualificado	Recuento %	2	16,7%			2	12,5%
Trabajador cualificado	Recuento %	5	41,7%			5	31,3%
Empleado civil nivel medio	Recuento %	2	16,7%	1	25,0%	3	18,8%
Empleado civil nivel alto	Recuento %	1	8,3%			1	6,3%
Autónomo	Recuento %	1	8,3%			1	6,3%
Agricultura	Recuento %	1	8,3%			1	6,3%
Ama de casa	Recuento %			3	75,0%	3	18,8%
Total	Recuento %	12	100,0%	4	100,0%	16	100,0%

cial. Cuando esto ocurre por las limitaciones funcionales de la enfermedad, puede tener repercusiones negativas en la organización personal (Souza, 1997).

No obstante, la mujer mastectomizada cuando frecuenta una Asociación de mujeres con una situación similar, puede beneficiarse del intercambio personal de experiencias. Generalmente, estas asociaciones y grupos de apoyo atienden a los grupos de mujeres mastectomizadas según tres categorías: sobre la enfermedad (como afrontar la misma y los procesos de rehabilitación); sobre la pareja o familia y sobre la experiencia de personas que han pasado por la misma situación.

Con relación al cambio en las actividades desarrolladas por la mujer mastectomizada, hemos observado en nuestro estudio que las tareas relacionadas con la limpieza de la casa como usar la fregona y planchar, fueron las actividades más difíciles o imposibles de realizar por la limitación funcional. Cuando la cirugía afecta el lado del brazo predominante, la dificultad es máxima. Le siguieron en dificultad los cuidados personales como abrochar el sujetador, seguido de peinarse y vestirse.

La fisioterapia tiene un papel muy importante para devolver la movilidad al brazo afectado por las limitaciones. Las mujeres de nuestro estudio también tuvieron limitaciones en sus actividades sexuales y la pérdida de la mama influyó en la disminución de la sexualidad. Uno de los aspectos más afectados en la mujer mastectomizada es su relación de pareja. La mujer se vuelve más vulnerable por su estado anímico afectado. El hombre se sumerge en periodos de angustia ante el problema de su esposa y la impotencia de no poder remediarlo. La vida de la mujer con frecuencia se focaliza en su problema, siente pena de su cuerpo y siente que las cosas ya no pueden ser como antes. Según

Rosello, son habituales los sentimientos de rabia, asociados a los de culpa, frustración, ansiedad y tristeza. En algunos momentos puede haber dolor intolerable, con llanto frecuente y dificultad para realizar sus actividades normalmente (Rosellb, 2002).

Con relación a las actividades religiosas, las mujeres del estudio no sufrieron cambios significativos. Es común que la enfermedad tenga influencia en algunas personas que pasan a frecuentar más el templo, como apoyo para su mal o por el contrario que se distancien de la iglesia por atribuir su desdicha a Dios, como si de un castigo divino se tratara.

Por su parte, las relaciones sociales de las mujeres del estudio no se vieron afectadas. Las mujeres siguieron frecuentando los mismos sitios que antes de la cirugía.

CONCLUSIÓN

El cáncer de mama constituye una gran preocupación a nivel mundial, que lleva a muchas mujeres a la muerte de forma temprana. El tratamiento para la extirpación del tumor es la cirugía (mastectomía), procedimiento que provoca la mutilación física y emocional del órgano o parte de él. Las complicaciones pueden presentarse en el postoperatorio inmediato o tardío. La infección y el linfedema fueron las complicaciones más frecuentes en las mujeres de nuestro estudio. Además de las complicaciones, las limitaciones funcionales son una realidad que se evidencia en las actividades de la vida diaria (ambiente y personal) y en actividades sexuales. Las actividades religiosas y sociales no sufrieron alteraciones en las participantes del estudio. En conclusión, y en vista de nuestros resultados, se hace necesario canalizar todos los esfuerzos necesarios para integrar a la mujer mastectomizada en un grupo de

apoyo, donde pueda compartir las dificultades y experiencias y obtenga la información necesaria para que las dificultades sean superadas de la mejor forma posible contribuyendo a su bienestar y a mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española Contra el Cáncer. «Cáncer de mama. Una guía práctica». Madrid, 2001.
2. Bittar, H.F. «Cáncer de mama e mutilação». J. Bras. Ginec. V.91, n.2, p. 125-26, 1991.
3. Corbineau, G. O. «Un grupo de mastectomizadas: explicates da psicandlise no trabalho institucional». Inform Psiquiatr. V.8, n.1. 1989, p.10-18.
4. Cardenas, C. R «Atención integral a pacientes oncológicos en la Atención Primaria de Salud». Rev. Cubana Med gen Integr, 2001, 17 (3). 263-7.
5. Fernandez. A. F. C. «O cotidiano da mulher con cáncer de mama». Fortaleza, Brasil.
6. Fundação Cearense de Pesquisa e cultura, 1997.
7. Freire, P. Educato como pratica da liberdade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
8. Henriques M.E.R.M. «Reabilitação de mulheres mastectomizadas e complicates ps operatorias.» Ribeirao Preto, 1999. 129 p (Tese doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, Universidade de Sao Paulo.
9. Marisley. «Complicaciones y intercorrencias asociadas al edema de brazo en los tres primeros meses despues de la mastectomia». Ribeirao Preto, 2002 (Dissertate de Mestrado).
10. Panobianco, M.S. «Acompanhamento dos tres primeiro meses pds-tratamento cirOrgico do eSneer de mama: estudo das compli- cates intercorrencias ao edema de brat»- Ribeirao Preto, 1998, 94p. Dissertato (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, Universidade de Sao Paulo.
11. Roselid 205. «La perdida del seno: Una parte de la vida que se muere». Art. Medica Colombiana. Colombia, 2002 (Colaboración del Centro Medico Imbanaco de Santiago de Cali).
12. Souza, A.L.L; Pimentel, B. S. «O idoso no Brasil. O sistema social e o idoso». Salvador. Brasil, 1997 (Monografia de conclusao de curso).
13. «Un laser para la inflamacion del brazo tras una mastectomia» < [http:// el mundo salud.el mundo.es/elmundo salud/2003/oncologia/1066737201.html](http://el mundo salud.el mundo.es/elmundo salud/2003/oncologia/1066737201.html)> acceso em 13/11/2003.